

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

# **Zážitky sdílené smrti jako transpersonální zkušenost**

**Shared death experiences as a transpersonal experience**



**Magisterská diplomová práce**

**Autor: Mgr. Margareta Johnová**

**Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.**

Olomouc

2016

**Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Zážitky sdílené smrti jako transpersonální zkušenost“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.**

**Ráda bych na tomto místě také poděkovala vedoucí své práce, PhDr. Olze Pechové, PhD., za cenné připomínky a podporu při vedení mé práce a rovněž zaměstnancům nemocnic, hospiců a dalších zařízení zdravotnických či sociálních služeb, díky kterým jsem mohla výzkum na jejich pracovištích uskutečnit. Velmi děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou své prožitky sdílet a bez nichž by tato práce nevznikla.**

**V Praze dne 31. 3. 2016**

**Podpis:.....**

## Obsah:

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	7
1. Paradigma transpersonální psychologie .....	7
1.1 Základní východiska a modely rozšířených stavů vědomí.....	7
1.2 Proces spirituálního otevírání.....	10
1.2.1 Transpersonální zážitky a psychospirituální krize.....	10
1.2.2 Spouštěcí mechanismy a symptomy .....	11
1.2.3 Diferenciální diagnostika.....	14
1.3 Formy transpersonálních zkušeností a psychospirituálních krizí dle Grofa a Grofové.....	16
2. Zážitky sdílené smrti (SDE).....	18
2.1 Popis jevu SDE.....	18
2.2 Intrapsychické fenomény provázející SDE .....	19
2.3 Způsoby prožití SDE.....	22
2.4 Důsledky prožitku a potenciál SDE.....	23
2.5 Možná vysvětlení SDE.....	24
2.6 Výzkum SDE.....	27
3. Provázení umírajících a SDE.....	29
3.1 Formy prožitků spojených se smrtí a umíráním v kontextu rozšířených stavů vědomí.....	29
3.2 Spiritualita a paliativní péče.....	33
3.3 Role doprovázejícího v kontextu SDE, provázení a truchlení.....	34
II Empirická část.....	38
4. Výzkumný problém a výzkumné otázky.....	38

4.1 Výzkumný problém a cíle práce.....	38
4.2 Výzkumné otázky.....	39
5. Metodologie výzkumu.....	40
5.1 Plán výzkumu.....	40
5.2 Výzkumný soubor.....	40
5.2.1 Výběr výzkumného souboru.....	40
5.2.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	42
5.3 Metody získávání dat .....	43
5.4 Etické zásady výzkumu.....	45
6. Zpracování získaných dat.....	46
6.1 Metody zpracování .....	46
7. Výsledky výzkumu.....	47
7.1 Analýza dat polostrukturovaných interview .....	48
7.1.1 Analýza dat nových respondentů ve výzkumu – průběh a elementy SDE.....	48
7.1.2 Analýza dat celého výzkumného souboru.....	59
7.2 Analýza dat, která nesplňovala kritéria pro SDE.....	77
8. Odpovědi na výzkumné otázky.....	79
9. Diskuze.....	86
10. Závěry.....	90
11. Souhrn.....	91
Použitá literatura.....	94
Přílohy	

## Úvod

Tato práce se věnuje zážitkům sdílené smrti v kontextu transpersonální psychologie a volně tak navazuje na mou bakalářskou práci (Johnová, 2013). Zážitky sdílené smrti (angl. shared death experiences, SDE) byly dlouho opomíjeným tématem, samostatné výzkumy se jim dosud věnovaly jen omezeně a spíše byly jen okrajově zmiňovány v kontextu více zkoumané oblasti – zážitků blízké smrti.

Zážitkům blízké smrti je věnována pozornost již několik desetiletí – jsou to niterné, vysoce osobní prožitky, které často určují příští směřování dotyčného, mění ho zevnitř. Transpersonální psychology byly zařazeny jako zážitky překračující hranice času a prostoru do transpersonální mapy lidského vědomí (Grof, 2000) a od roku 1994 jsou zahrnuty v kategorii spirituálních a religiozních problémů v DSM IV. Jsou rovněž uvedeny jako samostatná forma fenoménu psychospirituální krize, neboť jako všechny zkušenosti mimořádných stavů vědomí v sobě obsahují obrovský potenciál, ale také možná rizika.

Zážitky sdílené smrti zatím nebyly v tomto kontextu zmiňovány, ačkoliv mohou tyto zkušenosti představovat podobný potenciál a rizika, jako je tomu u zážitků blízké smrti. V této práci bych ráda upozornila na to, že zážitky sdílené smrti patří do prožitků transpersonálního charakteru a jako takové mohou být intenzivním a formativním prožitkem, který má obrovský potenciál v rozvoji osobnosti.

Hlavním cílem výzkumné části mé práce je pokusit se popsat tyto zážitky v širším kontextu životů respondentů, zjistit, jakým způsobem mohou být tyto intenzivní prožitky konstruktivně zpracovány a integrovány do životů těch, kteří se s SDE setkali a jakým způsobem mohou tyto zkušenosti ovlivnit jejich směřování v osobním i profesním životě. Důležité pro mne bylo rovněž pokusit se zjistit, jak lidé prožívají období po SDE a co by po tomto prožitku potřebovali, ať už tuto zkušenost prožijí při doprovázení svých blízkých, nebo při výkonu svých profesí jako zaměstnanci nemocnic, hospiců a dalších zdravotnických či sociálních zařízení. Protože má diplomová práce navazuje na výsledky výzkumu realizovaného v rámci mé bakalářské práce (2013), mým záměrem bylo rovněž pokusit se rozšířit vzorek respondentů a získat další výpovědi, které by se týkaly samotného prožitku SDE.

Cílem mé práce v žádném případě nemá být pokus o explanaci těchto fenoménů, nejen z důvodu limitů a omezení této práce, ale zejména kvůli samotné podstatě tematiky, kde jsou jakékoliv jednoznačné závěry a pokusy o jedinou možnou explanaci limitované naším vnímáním a úrovní současného poznání.

# I. Teoretická část

## 1. Paradigma transpersonální psychologie

### 1.1 Základní východiska a modely rozšířených stavů vědomí

*„Vědomí je ten nejznámější fakt našeho života. Doprovází nás od narození až do smrti. Je jedinečné a zdá se, že patří jedinečně každému z nás. A přesto „moje“ vědomí nemusí být výhradně moje. Spojení, která svazují moje vědomí s vědomím druhých lidí, dobře známá tradičním – takzvaným primitivním, ale ve skutečnosti v mnoha ohledech sofistikovaným – národům, jsou dnes znovu objevována v řízených experimentech zkoumajících přenos myšlenek a představ a účinky mysli jednoho člověka na druhého (...) Zatímco lidská komunikace a interakce je podle konzervativního názoru omezena na naše smyslové orgány, přední psychologové a psychiatři objevují, že jsme spojeni také hlubšími způsoby. Moderní vědecká literatura nazývá tato spojení transpersonálními.“ (Laszlo, 2005, str. 51)*

Chceme-li dobře porozumět tématice mimořádných zážitků spojených se smrtí a umíráním v rámci transpersonálního přístupu, musíme se nejdříve seznámit s některými pojmy a teoriemi, které jejich podstatu a vznik vysvětlují. K těmto důležitým pojmům patří zejména pojmy jako rozšířené stavy vědomí, psychospirituální či transpersonální zkušenost, psychospirituální krize (dále také jako PK) a transpersonální oblast vědomí.

Transpersonální psychologie, která bývá označována jako „čtvrtá síla“ v psychologii, se objevila na konci 60. let 20. století jako reakce na neúplné vnímání člověka především behaviorálními a psychoanalytickými směry. Transpersonální psychologie vnímá člověka jako celistvou bytost, která směřuje k transcendenci své existence, růstu a přesahu, kterého může dosahovat prostřednictvím mimořádných prožitků v rozšířených stavech vědomí. Rozšířený stav vědomí můžeme definovat jako vnitřní psychologický proces, zahrnující kvalitativní změny ve vnímání, pro který jsou charakteristické zážitky transpersonálního charakteru.

Transpersonální znamená překračující běžnou biografickou úroveň vědomí (Grof, 2004). Hartelius, Caplan a Radin (2007) analyzovali 160 definicí transpersonální psychologie, které se objevily v literatuře mezi lety 1968 a 2002. Autoři takto dospěli ke zjištění, že transpersonální psychologii lze definovat v základě třemi přístupy. První přístup ji popisuje jako psychologii překračující ego a zabývá se jejím obsahem. Obsah tvoří stavy překračující ego, osobnostní vývoj překračující ego, způsoby vedoucí k překročení ega - např. meditace, mystika a kontemplace, aspirace překračující ego - smysl, význam, vyšší hodnoty a v neposlední řadě fenomény překračující ego. Druhý přístup popisuje transpersonální psychologii jako psychologii integrující osobnost jako bio-psycho-socio-spirituální celek a zabývá se kontextem specificky lidské situace, která je dle transpersonální psychologie podmíněna rovněž spirituálně. Třetí přístup popisuje transpersonální psychologii jako katalyzátor pro proměnu člověka jako jedince i lidstva jako celku a zabývá se možnostmi psycho-spirituálního růstu (Hartelius, Caplan, Rardin, 2007).

Mezi zakladatele transpersonální psychologie patří Stanislav Grof, Christina Grof, Frances Vaughan, Roger Walsh, Abraham Maslow, Ronald David Laing, Charles Tart, Anthony Sutich, Roberto Assagioli a Ken Wilber, kteří se v roce 1967 sešli v Kalifornii s cílem vytvořit novou psychologii, která by obsáhla celé spektrum mimořádných stavů vědomí. Původní název této nové psychologie zněl „transhumanistická“, který však brzy nahradili Grofovým pojmem „transpersonální“.

Stanislav Grof komplexně zmapoval oblast lidského vědomí a rozdělil ji na úroveň biografickou, perinatální a transpersonální (Grof, 1999). Biografická úroveň v sobě zahrnuje všechny zážitky počínající narozením a vztahuje se k současnému životu jedince. Transpersonální úroveň vědomí se ještě před tím dotkl švýcarský psycholog a psychiatr Carl Gustav Jung, který zavedl pojem „kolektivní nevědomí“, které je starší než nevědomí individuální a nechrání obsahy našeho já, ale kolektivní dědictví celého lidstva (Jung, 1995). Podle Junga právě z kolektivního nevědomí pocházejí základy mýtů i legend a téměř v každém mýtu se setkáváme s některými z kolektivních archetypů – archetypem stínu, matky země, moudrého starce, animy, anima, hrdiny a mnoha dalších. Motivy z kolektivního nevědomí, zejména pak mýtů a pradávných rituálů, se vyskytují často i v rozšířených stavech vědomí a jsou obsaženy v některých formách transpersonálních zážitků. Jung se mimo jiné zabýval i výzkumem synchronicit a fenoménem Kundalini šakti, jednou z nejčastějších forem psychospirituální krize. Perinatální oblast vědomí tvoří přechod mezi biografickou a transpersonální oblastí a obsahuje 4 bazální perinatální matrice, kterými procházíme



v průběhu porodu a které se zjednodušeně řečeno váží k základním archetypům a emocím. Grof zde navázal na Rankovu teorii porodního traumatu (Rank, 1929). Transpersonální oblast vědomí dle Grofa překračuje hranice těla, Ega, času a prostoru a je dostupná pouze v tzv. „holotropním“ stavu vědomí. Slovo holotropní bychom mohli volně přeložit jako „směřující k celistvosti“. Transpersonální prožitky můžeme rozdělit do třech kategorií – zážitky překračující hranice prostoru (např. zážitky identifikace a ztotožnění s druhými osobami, národy, rostlinami, nebo celým universem), zážitky překonání lineárního času (např. zážitky ze života předků, zážitky z rasového a kolektivního nevědomí nebo minulých inkarnací). Třetí kategorii tvoří zážitky setkání či ztotožnění s různými božstvy, archetypy, návštěvy mytologických krajín a komunikace s jinými entitami a bytostmi z jiných dimenzí.

Tyto tři dimenze vědomí - biografická, perinatální a transpersonální jsou navzájem propojeny a sdružují se v tzv. COEX systémy, komplexní a dynamické sestavy zhuštěných zkušeností. Každý COEX obsahuje základní téma, které prostupuje každou z dimenzí našeho vědomí (Grof, 2007).

Vědec a filosof Ervin Laszlo, který svou transpersonální teorii popsal v díle „Integrální teorie všeho“ (2005) považuje za základní faktor ve vesmíru informační pole. Všichni a všechno je vzájemně propojeno v rezonančních polích, jež pronikají do nejhlubších úrovní bytí. Vesmír je nejen hmota a energie, ale také informace, které spojují všechny předměty v prostoru a čase, ve skutečnosti pronikají skrze prostor a čas. Vesmír, spolu se vším živým, je holografický informační mechanismus, který zaznamenává historické zkušenosti hmoty. Toto vesmírné pole, které spojuje vědomí všeho živého, nazývá Laszlo „Akášické pole“ (2005). Holotropní stavy vědomí umožňují přijímat informace z tohoto pole, naproti tomu v běžných, „hyotropních“ stavech vědomí (Grof, 1999) je přístupná pouze biografická oblast zážitků – vše ostatní zůstává skryto v nevědomí. V holotropních stavech vědomí se vědomí rozšiřuje i na tuto běžně nedostupnou, nevědomou oblast, překračující hranici lidského Ega.

Ego plní úlohu filtru, který zabraňuje tomu, aby se informace transpersonálního charakteru dostávaly bez kontroly do běžného stavu vědomí. Funkce Ega není tedy pouze omezující, ale je především ochranná. Právě filtr v podobě Ega má jedince chránit před nekontrolovatelným zahlcením informací transpersonálního charakteru do vědomí, které ještě dotyčná osoba není připravena přijmout (Lukoff, 2007).

## 1.2 Proces spirituálního otevírání

### 1.2.1 Transpersonální zážitky a psychospirituální krize

S rozšířenými stavy vědomí přímo souvisejí pojmy „psychospirituální krize“ a „transpersonální“ zážitek. Termín transpersonální zážitek odkazuje k přirozenému, život obohacujícímu aspektu lidského vývoje, který hledá své uskutečnění a smysl ve spojení s tím, co přesahuje osobní identitu. Takovéto zkušenosti mohou vést k vyšší schopnosti oceňovat a integrovat kvality jako moudrost, soucit a také respekt k životu jako celku, tedy k hlubšímu vyjádření pocitu osobního naplnění a vnitřního míru. Transpersonální zážitky mají léčebný, transformační a evoluční potenciál (Grof, 2007) a mohou vést k procesu postupného rozšiřování vědomí a spirituálního otevírání – spirituální emergenci.

Pokud jedinec však ještě neměl potřebný rámec pro přijetí této zkušenosti, může být tímto zážitkem natolik dezintegrovan, že tato zkušenost vyústí v psychospirituální krizi (Vančura, 2002). Termínem psychospirituální krize rozumíme epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí. V těchto epizodách je patrný přesah obvyklých hranic a prožívání vlastního Já, tj. posun k transpersonálním zážitkům. Zahlcující vynořování těchto neobvyklých zkušeností se může proměnit ve výrazné potíže a pocit ohrožení (Lukoff, 1998).

V anglické terminologii se pro český ekvivalent pojmu „psychospirituální krize“ používají různé výrazy – nejčastěji „psychospiritual crisis“ a „spiritual emergency“. Rovněž pojem „transpersonální“ či „psychospirituální“ zkušenost či zážitek odpovídá významu více termínů - setkáváme se zejména s termíny „psychospiritual experience“, „transpersonal experience“ a „spiritual emergence“. To, že se spíše než o statický zážitek jedná o dlouhodobý vnitřní proces, je vyjádřeno právě termínem „spiritual emergence“ - spirituální emergence, který můžeme přeložit také jako spirituální či duchovní otevírání, vynořování. V literatuře je proto důležité rozlišovat pojem „spiritual emergence“, který označuje proces spirituálního otevírání a vynořování a „spiritual emergency“, kdy jsou tyto zážitky již vnímány jako ohrožující a vyvolávající krizi (Lukoff, 1998).

K nejznámějším transpersonálním modelům pro výklad dynamiky lidského vědomí patří Wilberův a Washburnův model. Wilberův model vychází z vývojové psychologie a popisuje vědomí jako lineární děj o třech stupních: před vznikem Ega, ve stupni zralého Ega a ve stupni přesahu Ega (Wilber, 1980). Psychospirituální krize je zde chápána jako přechod mezi stupněm zralého Ega a přesahem Ega – vzdání se lpění na vlastním Egu, přesah od Ega k celku. Toto pojetí přesahu Ega pochází z východní filozofie - v hinduismu je takto popisován návrat *Átmá* k *Brahma* (Zbavitel, 2001), v buddhismu je přesah Ega spojen s probuzením a osvobozením se z karmického řetězce, *Nirvánou*. Washburnův model vychází z psychodynamické psychologie, je rovněž třífázový, není však vývojově lineární, ale spirálový, střídavě stoupající a klesající. Důraz je kladen na dynamiku mezi dvěma póly – univerzálním pólem vědomí a pólem Ega. Zpočátku je pól Ega obsažen v univerzálním pólu vědomí, později se začíná postupně oddělovat a mezi oběma póly vzniká membrána, jakási bariéra. Ta je zpočátku průchozí, když ještě není Ego dobře ohraničeným Já, odděleným od ostatních. Postupně se ale membrána stává neprůchozí a pól univerzálního vědomí je postupně odcizen vědomí a potlačen. Poté následuje třetí fáze, fáze přesahu Ega, kdy se Ego znovu spojuje s univerzálním vědomím, vrací se ke kořenům a dostává se ke zdroji informací, které jsou obsaženy v univerzálním vědomí (právě zde podle Washburna probíhá proces psychospirituální krize). Tento proces se neustále opakuje a díky této dynamice dochází k transcendenci, k vývoji, možná i k obnově a aktivaci léčivých procesů (Washburn, 1995).

Přirozeně neexistují přesná diferenciativní kritéria k tomu, abychom mohli odlišit co je transpersonálním zážitkem a procesem spirituální emergence a co je již psychospirituální krizí, která může být ohrožující – v obou případech mohou být projevy a prožitky velmi intenzivní. Důležitým může být subjektivní pocit zvladatelnosti procesu a jeho kontroly a také schopnost plnit nároky každodenního života, ačkoliv i toto může být velmi individuální.

### 1.2.2 Spouštěcí mechanismy a symptomy

Proces vzniku psychospirituální krize či spirituální emergence je spjat s mechanismem oslabení funkce Ega jako filtru a následným rozšířením běžně dostupné části vědomí na oblast nevědomí – místo hylotropního stavu vědomí prožíváme holotropní stav. Počátek transpersonální zkušenosti může být spojen s existencí konkrétního spouštěcího mechanismu, ale nemusí to být podmínkou, neboť se tyto zkušenosti mohou vynořit i spontánně z našeho nevědomí.

Vančura (2002) udává jako nejčastější spouštěče PK:

1. Intenzivní meditační praxe nebo jiné duchovní praktiky, které mohou vést ke změněným stavům vědomí
2. Silné emoční prožitky, např. ztráta blízké osoby, traumatizace, porod
3. Užití psychedelických látek nerespektující dobrý "set a setting",
4. Série životních nezdaru

Samostatnou oblast spouštěcích mechanismů tvoří události spojené se smrtí, umíráním a porodem. Právě smrt a zrození tvoří významnou událost transformace Ega – smrtí individuální Ego, jak ho běžně vnímáme, zaniká, a novým zrozením se znovu začíná formovat. Smrt a zrození jsou důležitou spojnicí mezi biografickou, perinatální a transpersonální oblastí vědomí (Grof, 2002). Z tohoto důvodu mohou vést události spojené se smrtí či perinatální tematikou k transcendenci Ega jedince. Tento proces je vysoce individualizovaný a pro každého jedinečný.

Mezi další spouštěče patří silné emoční zážitky, které souvisejí se ztrátou obvyklé struktury a pevně daných hranic, vedoucí k radikální změně života. V podstatě se může jednat o jakékoli psychické či fyzické trauma, které zapříčiní oslabení psychických obranných mechanismů člověka.

K iniciaci procesu duchovního otevírání či psychospirituální krize může dojít také vlivem velké fyzické zátěže a pobytem v extrémních podmínkách, spánkovou deprivací, půstem, změnami dechového rytmu apod... Tyto techniky jsou některými domorodými kulturami cíleně užívány k vyvolání mimořádných stavů vědomí (Eliade, 1997). Hladovění a insomnie jsou kromě role možného spouštěče rovněž i doprovodnými příznaky PK, které zapříčiňují setrvávání či prohlubování její akutní fáze (Lukoff, 1998).

K prokazatelným spouštěčům psychospirituální krize může patřit užití některé psychotropní látky, jako LSD, lysohlávek, meskalinu, atp., za předpokladu, že nebyl respektován dobrý set a setting. PK mohou vyvolat také intenzivní techniky sloužící k navození mimořádných stavů vědomí, například holotropní dýchání. Dobrý facilitátor

holotropního dýchání proto provádí tuto techniku s ohledem na maximální bezpečnost, zahrnuje následné ošetření dýchajících i sitterů a nabízí možnost následné péče pro případ obtížné integrace zážitku.

Katalyzátory procesu mohou být dlouhodobě praktikované duchovní techniky, jako je jóga, pranájáma, bojová umění, zen-buddhistická meditace a další. Tyto dlouhodobé postupy vedou rovněž k postupnému otevírání psychiky a prohlubování vědomí.

Obecně můžeme konstatovat, že významnými spouštěči PK jsou významné psychosociální události jako například trauma, rozchod, ztráta, které mohou být ještě umocněny duchovními praktikami či užitím psychedelických látek. Experimentování s psychedelickými látkami a meditační praxí, zkoušení něčeho nového, co má silný emoční doprovod, je často v období psychosociálních stresorů vyhledáváno jako možný prostředek řešení životní situace, copingový mechanismus nebo způsob jak nalézt novou životní cestu. Tyto prostředky mohou být tím, co spustí psychospirituální krizi a zároveň jedinci umožní posunout se dál a radikálně změnit svůj přístup k životu.

*„Široké spektrum spouštěcích mechanismů duchovní krize zcela jasně poukazuje na skutečnost, že připravenost jedince na vnitřní proměnu sehrává mnohem důležitější roli než vnější podněty“* (Grof, 2004, str. 143).

Doba nástupu psychospirituální krize může být dlouhá až tři měsíce, ale také jen několik dnů či dokonce hodin (Bragdon, 1990). Mezi předzvěsti přicházející psychospirituální krize může patřit například častý výskyt synchronicit - smysluplných koincencí, neboli zvláštních shod okolností, jejichž výskyt překračuje veškerou statistickou pravděpodobnost (Jung 1960). Synchronicity se mohou vyskytovat jednak jako předzvěst přicházející psychospirituální krize, ale také v průběhu krize samotné.

Obecným znakem provázejícím PK je pocit „být mimo vlastní tělo“ a špatný kontakt s tělem, rovněž může docházet ke změně stravovacího režimu (omezení příjmu potravy) a insomnii (Bragdon, 2005). Mohou se také objevit spontánní změny v dechovém rytmu – dýchání se může stát rychlejší a mělčí, aniž by šel tento proces vědomě kontrolovat (Lukoff, 1998). Ve východní literatuře se těmto jevům říká *krije* – souvisí často s probuzením *Kundalini šakti* – prostřednictvím dýchání či samovolnou cestou dochází k aktivaci energie čakr celého těla. Pokud není intenzivní praxe dechových cvičení právě spouštěcím mechanismem PK, mohou být *krije* jejím druhotným, samovolným doprovodem.

Spánková deprivace, hyperventilace a hladovění celý proces PK ještě umocňují a mohou znemožňovat její ústup a rovněž vyústit v celkové vyčerpání jedince (Lucas, 2011). Proto pokud dosáhne krize takové úrovně, že se stane příliš zahlcující, je třeba zakročit a pracovat na tzv. groundingu – uzemnění, případně zvážit i medikaci (Lukoff, 1998).

Trpěl-li jedinec různými fyzickými či psychosomatickými potížemi, je možné, že tyto obtíže v průběhu PK vymizí. Je to zjevné zvláště v případě atopických ekzémů, chronických zánětů kůže, bronchitidy, astma. Po odeznění PK se tyto potíže mohou, ale také nemusí vrátit. Na druhou stranu může akutní ataka PK způsobit náhlou bolestivost starých zranění, mohou se objevit příznaky starých, dávno překonaných nemocí – může být aktivována jakási energetická paměť těla, která si je přesně vědoma míst, kde byla harmonie protékající energie porušena. Tyto příznaky jsou ale přechodné a po odeznění PK většinou mizí. Možné je rovněž objevení nových, často velmi bolestivých fyzických obtíží a nemocí, souvisejících s probuzením *Kundalini Šakti* a s šamanskou iniciací - s duchovním procitáním, které přestavuje nejen náš vnitřní prostor, ale i fyzické tělo (Prevatt, 2006).

### 1.2.3 Diferenciální diagnostika

Při podezření na psychospirituální krizi je diferenciální diagnostika prvním krokem jakékoliv intervence a zvláště ve fázi akutních projevů je klíčová pro další postup. Základem by mělo být lékařské vyšetření, které vyloučí poruchu organického původu (Grof, 2004). Dalším důležitým krokem je zvážení rizika sebevražedného nebo pro okolí nebezpečného chování. Pokud má klient nutkavé sebevražedné myšlenky, projevuje se autodestruktivně, nebo má tendenci napadat okolí, je nutné zabránit tomuto nebezpečí a zvolit tradiční postup spojený s medikací a případnou hospitalizací klienta.

V současné době jsou podle DSM IV rozpracována určitá kritéria, na základě kterých můžeme zařadit některé nepatologické projevy do diagnostické kategorie psychospirituální krize, nebo použít termínu „mystické zážitky s psychotickými příznaky“, jehož autorem je David Lukoff (1998).

Emma Bragdon (1990) odlišuje PK od diagnózy schizofrenie a akutní či přechodné psychotické poruchy především na základě těchto kritérií - symptomy PK následují obvykle do 3 měsíců po rozpoznatelném psychosociálním stresoru (trauma, rozchod, ztráta), dřívější fungování jedince v běžném životě bylo až do té doby bezproblémové. Celý proces provází

spíše extatická nálada, ačkoli může být přítomna i úzkost, přiměřený strach, nebo žal, který byl vyvolán traumatizujícím spouštěčem (Lukoff, 1998).

PK obsahuje následující elementy (Bragdon, 1990):

1. Extatická nálada
2. Pocit nově získaných znalostí
3. Změny vnímání
4. Bludy se tématicky týkají mytologie
5. Nenarušené konceptuální myšlení
6. Pozitivní, explorativní zájem o probíhající zkušenost a její význam
7. Schopnost vytvořit adekvátní terapeutický vztah

Důležitým ukazatelem pro diferenciaci mezi PK a duševní poruchou je klientův kontakt s reálným, hmotným světem. „*Během holotropních stavů dochází ke kvalitativní, velmi hluboké a fundamentální změně vědomí, které však není hrubě porušeno, jako je tomu u organických psychóz nebo triviálních delirií. Prožíváme jiné rozměry bytí, které mohou být velmi intenzivní a zaplavující, avšak současně jsme schopni se plně orientovat v časoprostoru a neztrácíme zcela kontakt s běžnou skutečností*“ (Grof, 2004, str. 14). Pozornost bychom měli věnovat také tomu, jakým způsobem klient své zážitky líčí a jeho stylu komunikace – protože při PK není narušeno konceptuální myšlení, projevy klientů bývají souvislé, artikulované, ačkoliv sdělovaný obsah může být velmi zvláštní.

Tématu diferenciací diagnostiky PK se věnuje ve své dizertační práci rovněž Monika Goretzki (2007), která se rovněž podílela na tvorbě škály psychospirituálních krizí (Goretzki, Storm, Thalbourne, 2013).

Cílem diferenciací diagnostiky je odlišit klienty s PK od klientů s psychózou či jinou duševní poruchou a umožnit tak těm, kteří procházejí PK, aby mohli své zážitky dostatečně zpracovat a integrovat, bez nutnosti hospitalizace a silné medikace, která může celý proces transformace potlačit. Podle odhadů Spiritual Emergency Network, na kterých se odborníci v

této oblasti shodují, je psychiatricky diagnostikováno a klasickým způsobem léčeno asi 15 % pacientů, kteří ale ve skutečnosti procházejí psychospirituální krizí (Vančura, nedat.).

### 1.3 Formy transpersonálních zážitků a psychospirituálních krizí dle Grofa a Grofové

Ačkoliv je v případě transpersonálních zážitků obtížné vytvořit ucelenou klasifikaci, především proto, že transpersonální oblast vědomí je v podstatě neomezená a navíc jsou tyto zážitky často propojeny a vynořují se ve více formách, o klasifikaci těchto prožitků se v případě psychospirituálních krizí pokusili američtí psychiatři a psychologové v DSM IV (1994), pod kategorií s názvem „Náboženské a duchovní problémy“. Do evropské MKN zatím tyto prožitky zahrnuté nebyly – zařazením do MKN by sice došlo k jakési legalizaci těchto zážitků a vyřešením možných problémů se zdravotními pojišťovnami, na druhé straně zařazením mezi duševní choroby by cenou byla jistá patologizace těchto prožitků.

Stanislav Grof a Christina Grof se na základě svých výzkumů a psychotherapeutické praxe pokusili seřadit zážitky transpersonálního charakteru do několika skupin (Grof, 2007):

- 1, Šamanská krize
- 2, Probuzení kundalíni
- 3, Epizody sjednocujícího vědomí
- 4, Psychologická obnova přes návrat ke středu
- 5, Krize otevření jasnoviděckých schopností
- 6, Zážitky z minulých životů
- 7, Komunikace s duchovními průvodci a „channeling“
- 8, Zážitky blízké smrti (NDE)
- 9, Blízká setkání s UFO a zážitky únosu mimozemšťany
- 10, Stavy posedlosti
- 11, Alkoholismus a drogová závislost



Zážitky blízké smrti, kterými jsou zde míněny mimořádné stavy vědomí, jejichž původcem je nejčastěji prožití klinické smrti nebo akutního ohrožení života, mohou vyústit v psychospirituální krizi, neboť jedinec je během svého zážitku na druhém břehu i po návratu zpět konfrontován se skutečnostmi, které mohou dramaticky změnit jeho světonázor a především pak realitu každodenního života (Perera, Jagadheesan, Peake, 2012).

Dosud však nebylo v této souvislosti věnováno více prostoru fenoménu zážitků sdílené smrti, ačkoliv tyto zážitky mohou být podobně dramatické a intenzivní, neboť silný zážitek sdílené smrti umožňuje rovněž kontakt s transpersonální oblastí vědomí a v tom případě v sobě nese jak silný potenciál k transformaci a osobnostnímu rozvoji, tak i možná rizika spojená se vznikem psychospirituální krize.

## 2. Zážitky sdílené smrti (SDE)

### 2.1 Popis jevu SDE

Zážitky sdílené smrti ( Shared death experiences = SDE), jsou mimořádné prožitky v blízkosti umírajících. Mimořádnost prožitků je dána především tím, že tyto prožitky překračují hranice běžného vnímání časoprostoru a odporují tak karteziánsko-newtonskému paradigmatu vnímání světa. Zážitky sdílené smrti můžeme tedy také vysvětlit jako mimořádné, rozšířené stavy vědomí, které prožívá fyzicky a psychicky zdravá osoba, přičemž rozšíření stavu vědomí je pravděpodobně způsobeno fyzickou či duševní blízkostí umírající osoby. Osoba, která se nachází v blízkosti umírajícího, či je s ní spojena silným poutem, začne od určitého okamžiku sdílet prožitky s umírajícím, nikoliv pouze na duchovní, spirituální úrovni, ale rovněž na úrovni smyslové nebo dokonce fyzické. Dalo by se říci, že u přítomné osoby dojde ke změněnému, rozšířenému stavu vědomí, určitým způsobem se telepaticky spojí s umírajícím, aniž by mezi nimi probíhala verbální komunikace. Tyto prožitky přímo souvisejí s procesem umírání jiné osoby a nedají se jednoduše vysvětlit pomocí exaktních věd. Zážitek sdílené smrti může prožívat jedinec, jsou ale popsány i hromadné případy zážitku sdílené smrti, například několik členů rodiny u lůžka umírajícího příbuzného (Moody, 2010). Prostorová blízkost u lůžka umírajícího není podmínkou SDE, mnozí mohou zážitek sdílené smrti prožívat na dálku, často i ve snu. Můžeme tedy shrnout, že zážitky sdílené smrti jsou mimořádné transpersonální prožitky v blízkosti umírajících, přičemž se nemusí jednat pouze o blízkost prostorovou, protože tyto zážitky překračují hranice časoprostoru a běžného vnímání reality a vznikají na základě změněného, rozšířeného stavu vědomí. Rovněž bychom mohli říci, že zážitky sdílené smrti jsou vlastně zážitky blízké smrti u lidí, kteří nebyli v ohrožení života, nebo že jsou sdílenými vizemi na úmrtním loži, které sahají až do okamžiku smrti a přechodu. Všechny tyto typy zážitků můžeme začlenit do skupiny mimořádných prožitků souvisejících s umíráním a smrtí.

## 2.2 Intrapsychické fenomény provázející SDE

Na úvod této podkapitoly je důležité nejprve podotknout, že je velmi obtížné obsáhnout všechny elementy SDE, už jen proto, že systematický výzkum tohoto jevu je zatím v počátcích. Na základě dosavadních výzkumů (Moody, Osis, 2011) můžeme přesto zmínit elementy zážitků sdílené smrti, které byly zatím pozorovány s nejvyšší četností:

### Změna geometrických tvarů místnosti

Prožitek změny geometrických tvarů místnosti je častým jevem. Prožívající ho popisují jako změnu tvarů místnosti, zahrnující zaoblení rohů, zhroucení geometrie prostoru a zároveň rozšíření, expanzi místnosti, nafouknutí místnosti vzduchem apod. Ti, kteří se v průběhu SDE setkají s tímto prvkem, většinou dodávají, že se změnou tvarů místnosti přichází vhléd do jiné úrovně reality, prostorové i časové (Moody, 2010). Někteří zároveň s tímto jevem popisují objevení světelného portálu v některé části místnosti, který vnímají jako vstup do jiné dimenze.

### Mystické světlo

Lidé prožívající SDE často spatřují kolem umírajícího zářivé světlo a v některých případech i do tohoto světla vstupují. Toto světlo popisují jako křišťálové jasné, ale neoslepující, mystické, nadpozemské, jako čistotu a jas (Moody, 2010). Někteří rovněž vnímají pulzování světla. Toto světlo je podle prožívajících esencí lásky, míru, moudrosti a hlubokého klidu. Setkání s tímto světlem a vstoupení do něj představuje jeden z nejsilnějších prvků SDE, mnozí poté popisují, že vstoupení do světla pro ně bylo právě jedním z nejosobnějších zážitků, který silně ovlivnil jejich další život.

## Hudba a další zvuky

Slyšení hudby je jedním z prožitků, které může mít současně sdílející i umírající osoba v rámci vizí na úmrtním loži a NDE (Sartori, 2008). Hudba bývá většinou popisována jako překrásná a nadpozemská, například jako mystický chrámový chór o tisíci notách tvořících jedinečnou harmonii (Moody, 2011). Zvuky a vysoké tóny jsou zase spojovány s pocitem opuštění těla a exsomatickými zážitky (OBE). Samotná hudba může provázet jakýkoliv element a fázi zážitku, od spatření mlhoviny vycházející z těla zemřelého až po dosažení nadpozemské krajiny. Kromě hudby mohou také někteří sdílející slyšet zvonění, vysoké či hluboké tóny.

## Mlha či mlžný oblak vycházející z těla umírajícího

Ti, kteří jsou přítomni u lůžka umírajícího, často popisují, že ve chvíli smrti spatřili vycházet z těla umírajícího mlžný útvar, který měl podobu kouře či mlžného obrysu lidského těla. V tomto mlhovinovém útvaru někteří vnímají proudění energie.

## Exsomatický prožitek (Out of body experience = OBE)

Pokud je prožitek sdílené smrti dostatečně hluboký, můžeme-li v tomto ohledu vůbec prožitky kvalitativně odlišovat, zažívají někteří pocit výstupu z vlastního těla, kdy seshora sledují sami sebe a umírajícího, či spíše již právě zemřelou osobu. Ve chvíli opuštění těla je pro sdílející typické, že od této chvíle již tělo umírajícího seshora vnímají pouze jako tělesnou schránku a naopak popisují intenzivní prožitek duchovní nehmotné blízkosti umírajícího (nebo právě zemřelého). Nehmotnou podstatu zemřelého nejčastěji popisují jako přízračný obraz jeho fyzické podoby nebo jen jako duši. Je možné se domnívat, že k OBE dochází u sdílejícího a umírajícího současně, nicméně tato myšlenka je těžko dokazatelná, i při existenci dostatečného množství kvalitativních výzkumných dat. OBE prožívají lidé na úmrtním loži (death bed visions), lidé prožívající NDE při klinické smrti, ale také lidé v okamžiku náročné nejčastěji život ohrožující události, lidé praktikující dlouhodobou meditační praxi, jógu, OBE se může rovněž dostavit po požití psychotropní látky či v průběhu holotropního dýchání, obecně tedy ve změněných stavech vědomí. Je otázkou, čím je OBE u sdílejících vyvoláno, na základě čeho se vůbec sdílející dostává do změněného, rozšířeného stavu vědomí. Ve většině

případů je OBE sdílejících zaznamenáno v prostorové blízkosti umírajícího, nikoliv však u SDE na dálku, kde se jedná o spojení překračující prostorové hranice. To by znamenalo, že je exsomatický prožitek SDE způsoben fyzickou přítomností umírajícího a vysvětlení by bylo třeba hledat jinde než v oblasti telepatického spojení s umírajícím. Mímotělesný prožitek či pocit výstupu z těla se většinou ohlašuje výrazným zvukovým efektem, např. jako pískající konvice ve chvíli, když se začne vařit voda (Moody, 2011). Prožívající popisují samotný jev jako vystoupení z těla a sledování scény shora od stropu, případně seshora z rohu místnosti. V některých případech popisují lidé s prožitkem SDE výstup vzhůru zároveň s duší umírajícího (či právě zemřelého) člověka, kdy při stoupání neexistují žádné překážky v podobě hmotných věcí, stoupají nad strop a skrze strop, nad budovu, nad město... Někteří zde rovněž popisují následný vstup do tunelu či portálu do „jiného světa“.

#### Promítnutí vzpomínek ze života umírajícího

Lidé prožívající SDE často spatřují důležité vzpomínky ze života umírajícího, ať už jako panoramatický zrychlený film, nebo jen jako fragmenty zážitků. Mnozí sdílející uvedli, že spatřili vzpomínky svých blízkých na jejich přátele a události, o kterých předtím vůbec nevěděli. Tyto vzpomínky se později při pátrání v minulosti zemřelého ukážou jako pravdivé.

#### Vstoupení do nadpozemské krajiny či města

Ti, kdož měli možnost umírajícího doprovázet dále a udržet s ním kontakt delší dobu, hovoří o tom, že po průchodu tunelem a světlem vstoupili do nadpozemsky krásné krajiny či města. Zde sdílející popisují nepředstavitelně jasné a zářivé barvy, zelené pláně, kopce zalité světlem, vzdálená města světla.

#### Setkání se zemřelými

Spatření či vnímání zemřelých rodinných příslušníků nebo blízkých přátel může přijít v kterékoliv fázi prožitku. Může to být již u lůžka umírajícího, zemřelí se mohou ale také objevit až po prožitku mímotělesné zkušenosti nebo také až po průchodu tunelem a vstupem do světla či krajiny, kde plní úlohu průvodců na druhý břeh. Zemřelými rodinnými příslušníky

a přáteli rozumíme blízké na straně umírajícího (v případech umírajících příbuzných se často jedná o společné blízké bytosti), nicméně byly zaznamenány i zážitky, kdy sdílející spatřil „na druhé straně“ i další zemřelé osoby, které byly blízké pouze jemu. Někdy sdílející popisují zemřelé blízké na straně umírajícího, které však sami nikdy nepoznali, ale ve chvíli prožitku s jistotou věděli, o koho se jedná a v jakém vztahu byl s umírajícím.

### Dosažení hranice či bariéry

K tomuto zážitku dochází tehdy, udrží-li sdílející s umírajícím dostatečně dlouhý kontakt, projde s ním tunelem, světlem a vstoupí až do krajiny (či jiné obdoby nadpozemské říše). V krajině se po určité chvíli nebo již na dohled objeví hranice či bariéra, která může mít mnoho podob – může se jednat o cestu, řeku, most nebo jen určitou čáru, kterou nelze sdílejícímu překročit. Ten, kdo sdílí prožitek smrti, se u této bariéry zastavuje, s pocitem, že v překročení hranice mu brání jakási neviditelná síla či pouze vědomí toho, že překročení této hranice je mu zapovězeno. Zde, u této bariéry, zážitky sdílené smrti a provázení umírajícího podle dosavadních výzkumů vždy končí. Jako poslední ze zážitku sdílející uvádějí obraz rychle se vzdalující postavy zemřelého, kterou již dále nemohou následovat. Pokud sdílející dosáhne bariéry, často může cítit po návratu zpět určité rozčarování a zklamání z toho, že ve světelné krajině nemohl zůstat a nebylo mu dovoleno tuto hranici překročit (Moody, 2010).

## 2.3 Způsoby prožití SDE

Zážitky sdílené smrti mají více podob a mohou vzniknout za různých okolností. Společným prvkem je vždy proces umírání a smrt člověka, tedy sdílení prožitku smrti a umírání. U části případů se tak děje v prostorové blízkosti umírajícího, nejčastěji u jeho lůžka. Objevují se ale i případy, kdy prostorová blízkost není nutná a ke sdílení dojde na dálku, nebo i ve snu. Dosavadní výzkumy doktora Moodyho ukazují, že v případě prostorové blízkosti u umírajícího není pro SDE nezbytně nutný bližší vztah k umírajícímu, naproti tomu v případech SDE na dálku blízký vztah k umírajícímu existoval vždy (Moody, 2010). Zážitek sdílené smrti na dálku popisuje jako svou vlastní zkušenost také doktorka Annie Cap ve své

knize *Beyond Goodbye – an extraordinary true story of shared death experience* (Cap, 2011). Zážitky SDE rovněž přicházejí nehledě na okolnosti umírání a příčiny smrti, objevují se jak v případě náhlých úmrtí (nehoda, infarkt...), tak i v případě úmrtí, jejichž příčinou byla dlouhodobá nemoc. SDE prožívají ženy i muži, lidé všech věkových kategorií. Zatím nebylo shromážděno mnoho případů, kdy by SDE prožilo dítě, nicméně současná západní kultura děti z přítomnosti procesu umírání vyčleňuje. Děti většinou nebývají přítomny u lůžek umírajících, ani pokud jde o členy rodiny umírající v rodinném prostředí. Thanatoložka Elisabeth Kübler-Ross na toto vyčleňování dětí z důležitých životních okamžiků poukázala jako na negativní jev západní moderní společnosti (Kübler-Ross, 1999). Zajímavý by byl jistě výzkum SDE v kulturních oblastech, kde jsou děti u lůžek umírajících dosud přítomny.

Společným prvkem všech zážitků SDE bývá téměř vždy hluboký pocit klidu v průběhu zážitku a rovněž po něm. Zdá se, že prožitek SDE mívají osoby, které nejsou ve větším emočním napětí, ale naopak jsou relativně klidné a smířené s odchodem umírajícího člověka, a to i v případě, že se jedná o člověka blízkého. Raymond Moody si ve své poslední knize *Záblesky věčnosti* vytyčil několik specifických otázek a snaží se na ně hledat odpovědi. Některé otázky se mu již podařilo zodpovědět, nad některými stále přemýšlí a polemizuje. Zjistil, že zážitky sdílené smrti mají ve stejné míře muži i ženy, ale ženy jsou ochotnější o této zkušenosti vypovídat. Dále zjistil, že zážitek SDE může mít stejně tak věřící osoba a osoba se silným náboženským založením, ale také úplný ateista. Víra v Boha nebo v posmrtný život tedy nehraje žádnou roli. Žádnou roli rovněž nehraje kulturní pozadí, zážitky SDE mají lidé napříč kontinenty. Otevřené však stále zůstávají tyto otázky: Jakým způsobem můžeme zážitky SDE vysvětlit? Proč někdo tuto zkušenost má a někdo ne? Proč se u lidí, kteří jednou SDE prožili, neobjevuje tento zážitek pokaždé? Ovlivní či změní tento zážitek hodnotovou orientaci člověka, případně změní ho i jinak?

#### 2.4 Důsledky prožitku a potenciál SDE

Raymond Moody, Kenneth Ring, M. Atwater a mnoho dalších vědců shromáždilo za desetiletí svého výzkumu zážitků blízké smrti dostatek informací nejen o průběhu zážitku NDE, ale také informace o tom, jak tento prožitek na dotyčné zapůsobil, jakým způsobem změnil jejich budoucí život, případně i osobnostní rysy. Obecně by se dalo říci, že zážitky NDE přinášejí do života lidí nový duchovní rozměr a pocity nové a hlubší smysluplnosti (Moody, 1991). Zvyšuje se vnímavost a citlivost ke všem bytostem a všemu živému, objevují

se pocity sounáležitosti s celou planetou. Lidé popisují zvýšení senzitivity a soucitu k druhým, prohloubení vztahů a získání schopnosti více a nesobecky milovat. Prohlubuje se duchovnost a spiritualita, ta je však nesakrální, nesouvisející s žádnou oficiální náboženskou doktrínou. Důsledkem této spirituality je často neotřesitelná víra v posmrtný život, víra v převtělování a vymizení strachu ze smrti. Objevuje se rovněž schopnost mimosmyslového vnímání a zesílení intuice (Perera, Jagadheesan, Peake, 2012). Zkušenost NDE se v životě dotyčného také často projevuje na fyzické úrovni, například zmírněním i úplným vymizením dřívějších tělesných obtíží, rapidním snížením spotřeby alkoholu, tabáku i jiných návykových látek, nebo dokonce úplným se zbavením jakékoliv závislosti. U některých je také pozorována zvýšená elektrická a magnetická vodivost, v neposlední řadě rovněž větší vitalita (Atwater, 1996).

Analýza dosavadních dat ukázala, že vliv prožitků SDE na život a osobnost je ve velmi podobný vlivu NDE. Lidé, kteří prožili SDE, popisují zvýšenou vnímavost, intuici a zesílení schopnosti mimosmyslového vnímání (Moody, 2010). Shodují se také v tom, že od tohoto prožitku u nich vymizel strach ze smrti, věří v posmrtný život. Projevují rovněž menší zájem o materiální cíle, místo toho se posiluje jejich spiritualita a ochota pomáhat druhým. U některých dochází po tomto prožitku podobně jako v případě NDE k radikální změně hodnotové orientace, začínají se zajímat o studium psychologie, filozofie a duchovních nauk a pokud do této doby pracovali v podnikatelské či technické sféře, často mění povolání směrem k pomáhajícím profesím (Cap, 2011).

## 2.5 Možná vysvětlení SDE

Zážitky sdílené smrti zažívá osoba, která se nenachází v akutním ohrožení života, je v tu chvíli bez jakýchkoliv zdravotních obtíží. Není pod vlivem léků, její mozkové funkce nejsou žádným způsobem narušené, netrpí nedostatkem kyslíku. Zážitky sdílené smrti není tedy možné vysvětlit na základě fyziologických či neurologických poruch mozku. Různé způsoby a místa prožitků taktéž vyvracejí vysvětlení, že by se mohlo jednat jen o halucinace, vyvolané například únavou a stresem. SDE zažívají i lidé, kteří nejsou přítomni u lůžka umírajícího a často vůbec nevědí, že je dotyčný v ohrožení života. Nejsou tedy fyzicky či psychicky vyčerpáni dlouhodobou péčí o nemocného, neprojevuje se u nich spánkový deficit nebo příznaky masové hysterie... Za určitých okolností by bylo možné vysvětlit zážitek SDE u lůžka umírajícího člena rodiny jako zbožné přání o posmrtném životě a přetrvání duše navzdory smrti fyzického těla (Moody, 2010). To, že někteří lidé prožívají SDE navzdory



prostorové vzdálenosti nebo dokonce ve snu a často o špatném zdravotním stavu svých blízkých vůbec nevědí, naznačuje, že se o fantazie či přání nejedná. Nabízí se tedy otázka, jaké povahy vlastně tyto zážitky jsou a zda je lze v současné době vůbec vysvětlit. Pro vysvětlení SDE zatím existují tyto teorie:

### Empatický systém

Tato teorie vysvětluje SDE tím, že lidé mohou disponovat dalším smyslem, který umožňuje vnímání paranormálních jevů. Pět základních lidských smyslů bylo v průběhu posledních desetiletí rozšířeno o nové smysly – například o smysl pro rovnováhu, smysl pro bolest, pro rozdíl teplot. Barbara Wildová z Tübingenské univerzity uvádí, že sdílet zážitky na emoční rovině můžeme díky empatickému systému mozku. Tento systém je tvořen zrcadlovými neurony, mozkovými buňkami, které začnou fungovat, když pozorujeme dělat někoho i nepatrné pohyby. Podle Wildové právě zrcadlové neurony způsobují, že lidé mohou pocítit emoce druhých lidí (Moody, 2010). Prostřednictvím těchto neuronů by rovněž mohlo dojít v jisté formě k přenosu myšlenek ve chvíli smrti, která by zpřístupnila pocity a emoce umírajícího osobě, která je silně empatická. Moody podotýká, že výzkum se ještě nezabýval empatickým systémem a jeho možností přenášet myšlenky druhých, tedy určitým typem telepatie. Kontroverzní téma telepatie bylo doposud jeho příznivci vysvětlováno přenosem mozkových vln, nicméně Moody si tuto telepatii vysvětluje spíše jako přenos myšlenek prostřednictvím chemické reakce v empatickém systému a doporučuje vědcům zaměřit se více na toto téma.

### Plošný spoj mysticismu

Doktor Melvin Morse, přítel Raymonda Moodyho, který měl sám prožitek SDE, vysvětluje tento jev na základě schopnosti lidského mozku komunikovat telepaticky. Podle Morseho toto umožňuje pravá část spánkového laloku, kterou označuje jako plošný spoj mysticismu. Ve chvíli, kdy dojde k mystické události, ať už je to zážitek blízké či sdílené smrti, pobyt mimo tělo nebo jiné spirituální jevy, aktivuje se pravá část spánkového laloku, která umožní vnímání

tohoto jevu. Díky aktivaci plošného spoje mysticismu vysvětluje Morse objevení mnoha význačných vědeckých vynálezů, například vakcíny proti obrně Jonasem Salkem nebo dokonce Einsteinovy teorie relativity. Zda vedla k těmto význačným objevům opravdu aktivace plošného spoje mysticismu, to nelze žádným způsobem dokázat. Víme ale, že Albert Einstein měl před objevením teorie relativity zvláštní mystický sen, ve kterém jel na světelném paprsku a Jonas Salk zase šokoval svět tím, že uvedl, že jeho nejvýznačnější myšlenky jsou poselstvím z jiného světa, se kterým komunikuje ve chvílích, kdy se ocitá v transu (Moody, 2011).

### SDE jako holotropní stav vědomí

Dalším možným vysvětlením zážitků SDE je Grofova teorie holotropního vědomí. Podle Grofa má každý člověk s ohledem na vyspělost svého Ega a potřebném rámci pro vnímání transpersonálních prožitků možnost přijímat informace v rozšířeném, holotropním stavu vědomí. Může tak vnímat množství zážitků pocházející z transpersonální oblasti, do které SDE patří. Ervin Laszlo (2005) by zde mluvil o napojení se na akášické pole.

Teorie o holotropním vědomí ale nevyklučuje předchozí dvě možné teorie o funkci empatického systému a pravého spánkového laloku. Vnímáme-li člověka v současně uznávaném pojetí jako bio-psycho-socio-spirituální jednotu a celek, víme, že jsou mezi sebou tyto jednotlivé roviny silně propojeny a každá změna či nerovnováha v jedné z nich se projeví i v ostatních, s tím, že není vždy možné odlišit příčinu od následku. Zážitky sdílené smrti můžeme vnímat na spirituální rovině jako změněné, holotropní stavy vědomí, na biologické rovině pak jako akci empatického systému či pravé části spánkového laloku, nebo dokonce obojího. Nemůžeme s jistotou říci, zda biologická rovina reaguje na rovinu spirituální, protože je dost možné, že tyto i další roviny fungují současně. Na psychosociální rovině lidé popisují změny ve vztahu k živým bytostem, větší prožívanou blízkost, empatii, vřelost a odpovědnost za druhé, udávají také změnu hodnotové orientace, ztrátu strachu ze smrti, často i změnu některých osobnostních vlastností (Cap, 2011). U zážitků blízké smrti, které byly již podrobeny mnohaletému systematickému výzkumu, byly zjištěny důsledky NDE na biologické rovině, například větší vitalita, byly zaznamenány i změny mozkových funkcí. Lidský organismus ve snaze o obnovení harmonie umožňuje plnou integraci těchto

zážitků do celku a současně také rozvoj a vývoj lidské bytosti na všech těchto rovinách a úrovních.

V tuto chvíli nedokážeme SDE s jistotou vysvětlit na základě jediné teorie. Je možné, že i v případě, kdy budou shromážděny a analyzovány stovky a tisíce případů SDE, nebude už pro samotnou povahu těchto jevů možné přijmout jediné vysvětlení. Víme ale, že zážitky sdílené smrti existují a zatím to vypadá, že mají pozitivní dopad na život i osobnost těch, kteří je prožijí. Díky zážitkům sdílené smrti se posouvají hranice poznání opět o krok dále, objevují se nové otázky, vyvstávají pochybnosti nad dosud uznávanými vysvětleními mimořádných prožitků spojených se smrtí. Tyto zážitky jsou výzvou k dalšímu a komplexnějšímu bádání, jsou výzvou k transcendenci, opuštění starých a překonaných teorií a rigidních způsobů myšlení.

## 2.6 Výzkum SDE

Sdílené prožitky smrti se zdánlivě jeví jako nový fenomén, nicméně pouze z toho důvodu, že nikdy nebyly zkoumány samostatně. Záznamy o SDE se dlouhou dobu vedly jako součást předsmrtných vizí umírajících, s tím, že vidění měl nejen umírající, ale i lidé u jeho lůžka. Na konci 19. století byla v Anglii založena „Společnost pro výzkum psychických a spirituálních jevů“. Výsledkem studií uskutečněných v této společnosti byla rovněž sbírka více jak sta případů vidění umírajících, z nichž se v několika případech jednalo o zkušenost sdílenou – vize a mimořádné zážitky měl nejen umírající, ale rovněž pečující zdravotnický personál či příbuzní umírajícího. Další případy SDE zveřejnil v roce 1926 doktor William Barrett ve své knize *Předsmrtné vize: zážitky umírajících* (Barrett, 1986). Kniha obsahuje případy SDE prožívané jak příbuznými umírajícího, tak i zdravotnickým personálem. Barrett zde popisuje SDE u lůžek umírajících, rovněž ale také SDE prožívaná navzdory prostorové vzdálenosti, kdy prožívající netuší, že dotyčný blízký člověk právě umírá.

V roce 2001 zveřejnili kliničtí psychologové Howarth a Kellehear svůj článek, ve kterém v návaznosti na zážitky blízké smrti uvedli několik případů SDE a pokusili se otevřít problematiku vysvětlení těchto zkušeností. O tomto jevu zatím psali jako o sdílených prožitcích blízké smrti (Shared Near-death), protože v té době ještě nebyl ustálen termín zážitek sdílené smrti (Shared death experience). Howarth a Kellehear se zaměřují na sociální kontext mimořádných prožitků při sdílení smrti či závažné nemoci. Článek se neomezuje na

sdílení zážitku smrti v okamžiku smrti, ale i na mimořádné prožitky spojené s dlouhodobým procesem umírání blízké osoby. Poukazují na to, že sdíleny nemusí být pouze prožitky smrti, ale rovněž proces umírání a postupné odcházení z tohoto světa (Howarth, Kellehear, 2001).

Dalším výzkumníkem, který popsal několik případů SDE, je Peter Fenwick, neuropsychiatr, předseda výzkumného výboru Nadace pro integrovanou medicínu, který se zajímá o otázku podstaty vědomí. Jeho případové studie obsahují rovněž SDE prožívané dětmi. Ve své poslední publikaci se věnuje zážitkům umírajících, popisuje, že cca 2 týdny před svou smrtí se umírající pohybují mezi dvěma odlišnými sférami, hovoří se svými již mrtvými blízkými a sdělují zdravotnickému personálu, že jim tito zemřelí příbuzní a přátelé slibují, že se pro ně brzy vrátí. Fenwick je přesvědčen o tom, že tyto vize nejsou navozeny medikamenty či slábnoucím vědomím umírajícího. Věnuje se také fenoménu, který označuje jako „koincidence smrtelného lože“, při nichž se umírající v okamžiku smrti ukáže blízkému člověku, na něhož je citově vázán, bez ohledu na vzdálenost, která je odděluje. Pokud dojde k úmrtí v noci, umírající blízkou sobu navštíví ve snu a často jí sdělí, že zemřel, ale zároveň ji ubezpečí, že je vše v pořádku. Fenwick popisuje i další jevy, které často ve spojitosti s odchodem umírajícího zaznamenává pečující personál a rodinní příslušníci, jako například siluety a obrysy opouštějící tělo či světlo obklopující umírajícího (Fenwick, Lovelaceová, Brayneová, 2009). Několik případů přímo ze své praxe popsala také ve svých výzkumech Dr. Penny Sartori (2008), která pracovala 17 let jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče.

Fenomén SDE nicméně začal samostatně zkoumat až profesor Raymond Moody ve spolupráci s Paulem Perrym. Desítky případů zveřejnili v knize *Glimpses of eternity*, která se věnuje pouze tématu SDE (Moody, Perry, 2010). Samostatnou knihu o SDE napsala doktorka Annie Cap, ve které detailně popisuje svou vlastní osobní zkušenost s tímto fenoménem (Cap, 2011). Momentálně se výzkumem SDE zabývá několik organizací, sdružující vědecké pracovníky z celého světa, například International association for Near-death studies (IANDS), Near death experience foundation (NDERF), After death research communication foundation (ADRCF), Share death study organization, zaštitěná přímo profesorem Moodym a mnoho dalších. Tomuto fenoménu jsem se věnovala ve své bakalářské práci (Johnová, 2013), nenašla jsem však žádnou další zmínku o tom, že by se tomu tématu v ČR věnoval ještě někdo jiný.

### 3. Provázení umírajících a SDE

#### 3.1 Formy prožitků spojených se smrtí a umíráním v kontextu rozšířených stavů vědomí

Témata smrti a umírání byla spojována s rozšířenými stavy vědomí již v preindustriálních společnostech, napříč kulturami a náboženstvími. Tibetská kniha mrtvých *Bardo Thódal*, egyptská *Peret em heru*, aztécký *Codex Borgia*, evropská literatura *Ars Moriendi* popisují zážitky, jež může prožít duše po vlastní tělesné smrti a během své posmrtné cesty. Součástí těchto spisů jsou rovněž popisy prožitkových praktik, kterými můžeme ještě za života svou duši připravovat na okamžik smrti a samotný přechod. Všechny tyto spisy mají společné to, že tyto speciální přípravné praktiky zahrnují změněné stavy vědomí, které Grof označil jako „holotropní“ (Grof, 2009). Informace, že v okamžiku smrti se dostáváme do změněného, rozšířeného stavu vědomí, byla všeobecně známá již před mnoha staletími. Tyto spisy rovněž zdůrazňují důležitou úlohu průvodce, který umírajícího doprovází v okamžiku přechodu – nejznámějším návodem k umírání je pravděpodobně *Bardo Thódal*, která obsahuje návody k provázení umírajícího všemi bardy, přičemž předčítající nekončí provázení ve chvíli fyzické smrti, ale pokračuje u těla mrtvého i po pohřbu dál, neboť kniha obsahuje podrobné časové informace, v jakém bardu se duše právě nachází (Rinpočche, 1996). Tibetský buddhismus zmiňuje hranici 40 dní, ve kterých duše po smrti fyzického těla dlí v bardech, vztahujících se k jejímu předchozímu fyzickému životu. Zajímavou paralelu tvoří křesťanská pravoslavná víra, kde se teprve po 40 dnech od úmrtí koná tzv. „sorokova“, definitivní rozloučení s duší, jehož součástí jsou modlitby a zpěvy širokého kruhu blízkých nebo celé komunity, které duši za svitu svíce provázejí na cestu dál.

Jako mimořádné prožitky spojené se smrtí a umíráním, při kterých pravděpodobně dochází k rozšířeným stavům vědomí, můžeme označit několik fenoménů, které jsou v tomto kontextu zmiňovány.

Patří sem tzv. „vize na úmrtním loži“, nebo také „koincidence smrtelného lože“ (death bed visions), prožitky umírajících osob, které jsou zaznamenány zdravotnickým personálem u úmrtního lože pacientů. Výzkumem mimořádných prožitků umírajících se zabýval ve svém mnohaletém výzkumu doktor Karlis Osis, který shromáždil stovky výpovědí zdravotních sester a dalšího zdravotnického personálu, který byl přítomen u lůžek umírajících. Osis se nezaměřil na prožitky zdravotních sester, ale na jejich výpovědi o tom, co říkali a viděli umírající těsně před smrtí. Zjistil, že mezi nejčastější jevy, které umírající popisují, patří vize světla, kontakt se zemřelými blízkými, obrazy nadpozemských krajín a scénérií, komunikace s duchovními bytostmi, hluboký pocit klidu a míru (Osis, 2004). Tyto prožitky bývají často vysvětlovány jako halucinace způsobené horečkou a medikací ovlivňující jasnost vědomí, nicméně ve výzkumném souboru Karla Osise se pacientům žádné podobné typy léků nepodávali a nebyla u nich rovněž zaznamenána zvýšená teplota (Osis, 2004).

Dalším typem zkušenosti jsou zážitky blízké smrti – „near death experiences“ (NDE) - mimořádné prožitky lidí, které zažili ve stavu klinické smrti nebo vážného ohrožení života. Klinická smrt je charakteristická zástavou dechu a srdeční činnosti. Ne všichni lidé, kteří projdou klinickou smrtí, mají zkušenost NDE – prevalence tohoto jevu se pohybuje kolem 20% (Kupka, 2000). Je však pravděpodobné, že ne všichni si tento zážitek po probuzení pamatují. U dětí je četnost výskytu NDE v průběhu klinické smrti až 75% (Atwater, 1996). Tyto zážitky obsahují elementy jako cesta tmavým tunelem, setkání se světlem a vstup do světla, exsomatické prožitky, setkání se zemřelými a duchovními průvodci, vize krajín, slyšení hudby a zvuků, dospění k bariéře, kterou není možné překonat a často také informaci, že je třeba se vrátit zpět. Zážitky tohoto druhu bývají vysvětlovány pomocí farmakologických a neurofyziologických teorií, ačkoliv žádná z nich nedokáže vysvětlit zážitky slepců, kteří měli ve chvíli klinické smrti zážitky mimotělesné existence a do nejmenších podrobností popsali dění v místnosti, ale rovněž v dalších místnostech a někdy i vně budovy (Ring, Cooper, 1997). K nejznámějším výzkumníkům v této oblasti patří např. dr. Raymond Moody, Paul Perry, Elisabeth Kubler-Ross, Kenneth Ring, Phyllis Atwater a Jean Ritchie.

Zážitky sdílené smrti, které prožívá osoba doprovázející umírajícího, ať už si svou roli průvodce uvědomuje či ne, tvoří určitý přechod mezi mimořádnými zážitky spojenými

s umíráním (NDE) a mimořádnými prožitky spojenými se smrtí (koincidence smrtelného lože) – jsou to sdílené zážitky přechodu (viz kapitola 2).

Byly však popsány i další fenomény, související s komunikací s již zemřelými osobami. Někteří lidé popisují během vlastní NDE tzv. zkušenost „Peak in Darien“ – ve stavu klinické smrti jsou v kontaktu s blízkou osobou, o které však ještě neví, že již zemřela (Greyson, 2010). V průběhu kontaktu jim tato blízká osoba sdělí informace o své smrti a často je také ubezpečí, že se jí daří dobře a vše je v pořádku. Tento jev navázání komunikace s blízkým člověkem, o kterém dotyčný netuší, že již zemřel, není vázán na prožitky ve stavu klinické smrti – byly popsány i případy úmrtních vizí, kdy umírající osoba těsně před smrtí sdělila okolostojícím, že pro ni „přišel“ blízký člověk, o jehož smrti se dosud nevědělo.

Dalším úkazem je navázání komunikace zemřelého krátký čas po jeho smrti s blízkým pozůstalým, nejčastěji během spánku (který je sám o sobě změněným stavem vědomí). Obsah sděleného bývá vždy velmi podobný – zemřelý pozůstalému v nějaké formě sdělí, že je v pořádku a daří se mu dobře, někdy ještě předá vzkaz od některého dalšího zemřelého člena rodiny. Tyto zážitky mohou být sice vysvětleny jako přání pozůstalého po kontaktu a pouhý sen, nicméně tato sdělení a vzkazy od zemřelého často obsahují detailní informace, které mohl vědět jen on sám – například o vypůjčených věcech, které je zapotřebí vrátit konkrétní osobě apod...Případy, v nichž zesnulý sdělí určitou a specifickou informaci, kterou lze později ověřit, nebo je jejich sdělení spojeno s nějakou mimořádnou synchronicitou, si zaslouží zvláštní pozornost. Stanislav Grof (2009) popisuje případ, kdy s jeho pacientem, který se v průběhu sezení LSD terapie dostal do zvláštního astrálního světa, navázal kontakt mladý muž. Tento muž se představil jako Ladislav a požádal ho, aby zavolal jeho rodičům a řekl jim, že se má dobře a je v pořádku. Muž poskytl přesné údaje týkající se jmen rodičů, jejich adresy v Kroměříži a telefonního čísla. Po určitém váhání Grof vytočil udané číslo rodičů a chtěl mluvit s Ladislavem - na druhém konci v telefonu se rozplakala žena a sdělila Grofovi, že syn Ladislav zemřel před 3 týdny. Z tohoto případu je patrné, že silné citové pouto se zemřelým je pro spojení zřejmě velmi důležité, avšak není nezbytné a nemusí se vždy jednat o kontakt ve spánku, ale zřejmě v jakémkoliv stavu rozšířeného vědomí.

Raymond Moody (2005) popisuje další jev či spíše metodu, jak navazovat komunikaci se zemřelými – nazval ji *psychomanteum* - ve starém Řecku bývala takto označována technika vyvolání obrazu blízkých zemřelých na vodní hladině velkého měděného kotle. Moody za použití velkého zrcadla a černých sametových závěsů vytvořil jakousi komoru, která sloužila

k navození změněného stavu vědomí a k navázání komunikace se zemřelým. Moody popisuje případy, kdy se zjevení skutečně vynořilo a volně se pohybovalo po místnosti jako trojrozměrný holografický obraz. Moody těmto zážitkům připisuje především hluboký terapeutický efekt. Psychoterapeut Allan Botkin a jeho kolegové ze Střediska pro traumatické ztráty v Illinois tvrdí, že úspěšně vyvolali posmrtnou komunikaci u tří tisíc pacientů a že tyto zážitky nezapadají do žádné známé kategorie halucinací (Laszlo, 2005). Laszlo k těmto typům zážitků dodává, že dle jeho mínění neznamenaají přežití osobnosti po smrti hmotného těla, například na úrovni jiné dimenze – Laszlo tyto zážitky vysvětluje na základě teorie informovaného vesmíru – akášíckého pole, jež obsahuje holografické otisky každého života – hologramy těla, mozku i prostředí, v němž žijeme. Domnívá se, že jsme schopni číst nejen všechny své vlastní zážitky, které jsme od narození prožili, ale rovněž informace druhých osob – můžeme tedy prožívat i jejich vlastní zážitky, především prostřednictvím změněných stavů vědomí.

Touto teorií napojení by se pravděpodobně daly do určité míry vysvětlit některé elementy NDE – například setkání se zemřelými po vstupu do světla – podle teorie akášíckého pole by byl člověk ve stavu klinické smrti schopen vnímat holografické informace, které byly do akášíckého pole uloženy jeho blízkými zemřelými. Tato teorie však nevysvětluje například případy, kdy došlo k navázání kontaktu se zemřelým a ten pozůstalému sdělil informaci, že je v pořádku a předal mu novou informaci, která se poté ukázala být pravdivou a která se vztahovala k něčemu aktuálnímu v životě pozůstalého. Laszlo se rovněž vyjadřuje k výzkumům Iana Stevensona (1987), který provedl výzkum více než 3000 případů dětí, které si pamatovaly podrobnosti své předchozí inkarnace takovým způsobem, že dokázaly věrně popsat místa i důležité osoby svého minulého života a rovněž i podrobnosti vlastní smrti. Laszlo se domnívá, že se nejedná o jakási převtělení té samé duše, ale myšlenky a představy, které vstupují do našeho vědomí z vakua, z akášíckého pole. Tato domněnka však podle mého nevysvětluje vše ze Stevensonových závěrů - například silné citové pouto, které tyto děti mají k důležitým osobám ze svých předchozích životů a silné emoce a strachy, které pociťují ke svým dřívějším nepřátelům či věcem, které je v jejich údajné předchozí inkarnaci ohrožovaly nebo vedly k jejich smrti. Pokud by se jednalo pouze o napojení se na informační akášícké pole, lze jen obtížně vysvětlit, jakým způsobem by v něm mohly být zachyceny a předány tak silné emoce a pocity konkrétních osob a jak by mohly být tyto emoce, ať už pozitivní či negativní, zcela převzaty další osobou. Laszlo dodává, že se nejedná o identifikaci se zemřelou osobou, ale o napojení se na hologram této zemřelé osoby a na informace o životě,



který prožila. Nicméně v prožitcích těchto dětí byl pocit indentifikace s dříve zemřelou osobou velmi silný a intenzivní. V některých případech měly děti, které uvedly, že zemřely násilnou smrtí, mateřská znaménka či deformace kůže v místech ran, která vedla ke smrti člověka, s nímž se ztotožňovaly (Stevenson, 1987). Teorii napojení se na hologram dříve zemřelé osoby a přečtení informací o jejím životě se výsledky Stevensonových výzkumů nedají rovněž zcela vysvětlit. Podle buddhistických, hinduistických, starokřesťanských a dalších učení se každá duše opakovaně vrací na tělesnou úroveň, důvodem je snaha o vyrovnaní karmy, učení se a plnění vývojových úkolů. Tuto myšlenku opakují často i lidé, kteří byli v průběhu zážitku NDE „posláni“ zpět do života, s tím, že jim bylo sděleno, že jejich čas ještě nenadešel, protože ještě v tomto životě nenaplnili vše, co měli (Perera M., Jagadheesan, K, Peake, A., 2012). Určitá individualita duše přežívající smrt je zmiňována ve většině náboženství, stejně jako to, že každá duše směřuje k návratu do celku, k návratu domů – prostřednictvím konečného splynutí s Brahma, Bohem či Akášou...

Ať už jsou teorie vedoucí k vysvětlení těchto mimořádných fenoménů jakékoliv, můžeme konstatovat, že rovněž v případech zážitků sdílené smrti hrají pravděpodobně roli změněné, rozšířené stavy vědomí, že tyto zážitky jsou pro prožívající velmi reálné a že je lze za určitých okolností prožít buď v roli osoby blízké, která provází umírajícího, nebo v roli pracovníka, který přichází s umírajícími do kontaktu – nejčastěji v zařízeních poskytující zdravotnické či sociální služby. Domnívám se, že role a vztah, v jakém se provázející osoba vůči umírajícímu nachází, jsou důležitými faktory ovlivňující jak průběh, tak i způsoby zpracování těchto prožitků.

### 3.2 Spiritualita a paliativní péče

Profese zaměstnanců nemocnic, hospiců a zařízení sociální péče, kteří se při výkonu své práce dostávají do kontaktu s umírajícími, je nesmírně náročná - na odborné i lidské rovině. Pokládám proto za nesmírně důležité, aby byl personál těchto zařízení připraven na možnost takovýchto zážitků a aby byl průběžně pregraduálně i postgraduálně vzděláván v oblasti nejen biologických, psychických a sociálních potřeb pacientů a klientů, ale také potřeb spirituálních, které jsou již nyní reflektovány v poslání některých hospicových hnutí, ať už poskytují služby

lůžkové, či mobilní, terénní (Marková, 2010). Důležité je uvědomit si, že všechny potřeby, které potřebují k naplnění plnohodnotného života, jeho závěru a odchodu pacienti, potřebují naplnit i ti, kteří se o ně starají a pečují – zdravotnický personál a pracovníci v sociálních službách, kteří pracují s umírajícími. Bez reflektování vlastní spirituality není možné reflektovat spiritualitu umírajícího.

Spiritualita v procesu péče o umírající by proto neměla být opomíjeným tématem. Puchalski, Kilpatrick, McCullough a Larson (2003) upozorňují na to, že v letech 1994 – 1998 bylo v 5 odborných periodikách věnovaným paliativní péči prezentováno 1117 odborných článků k tématu umírání a paliativní péče, ale pouze 6,3 % z nich se věnovalo tématu spirituality a duchovní péče. Přesto však dodávají, že pozornost věnovaná tomuto tématu se postupně zvyšuje.

V knize „*Paliativní péče pro sestry všech oborů*“ zmiňují autorky problematiku duchovních a spirituálních otázek při péči o umírající a udávají různé příklady, kdy specializovaný multidisciplinární tým paliativní péče nebyl především po duchovní stránce dobře připraven na úmrtí pacientů a nebyl proto schopen pacienta v posledních chvílích doprovázet tak, jak by si to bývali všichni přáli (O'Connor, Aranda, 2005). Z tohoto důvodu autorky navrhuje, aby byla s pacientem v rámci poskytovaných služeb spirituální péče plánována. Je zde však zmiňováno riziko, že personál paliativních týmů může mít pocit, že je povinen duchovní péči poskytovat, nikoliv jen nabízet – veškeré plánování a případné vyhodnocování by proto mělo být prováděno otevřeným způsobem a na velmi jemné úrovni, tak, aby bylo jasné, že není důležitá objektivita, ale kvalita vztahů a že duchovní péče se odehrává ve vzájemných lidských interakcích (O'Connor, Aranda, 2005). Profesionální tým paliativní péče by měl být schopen poskytnout pacientům holistickou péči - poskytnout umírajícímu člověku nejen potřebnou technickou expertizu a znalosti, ale také svou vlastní přítomnost a lidskost.

Unikátní a celostní systém péče o umírající, paliativní pracovníky, provázející a truchlící byl vytvořen před 30 lety v Japonsku - systém vychází z buddhistických tradic a nese název „Vihára“. Hnutí Vihára se rozšiřuje i za hranice Japonska a prvky tohoto systému jsou již aplikovány ve vybraných hospicích v USA (Watts, Tomatsu, 2012).

### 3.3 Role doprovázejícího v kontextu SDE, provázení a truchlení

Zážitky sdílené smrti je možné prožít jak v roli zdravotnického pracovníka či profesionálního pečovatele, tak v roli osoby, která doprovází ve chvílích umírání a smrti blízkého člověka – příbuzného či přítele. Zážitky sdílené smrti, ačkoliv po obsahové stránce nesou podobné elementy, dostávají v kontextu role doprovázejícího k umírajícímu jiný rozměr.

Moody (2011) ve svém výzkumu uvádí zážitky osob v obou rolích – ve spojitosti se zdravotnickým personálem zmiňuje například příběh lékaře, který na interně prožil zážitek sdílené smrti u svého pacienta. Lékař vypověděl, že od té doby necítí žádný strach ze své smrti, ani strach ze smrti svých blízkých. Díky tomuto zážitku se začal cítit více vyrovnaně, klidně a šťastněji. „*Ačkoliv si moji kolegové této změny všimli, nebyl jsem jim schopen o svém zážitku vyprávět*“ (Moody, 2011, str. 32). Moody také popisuje mnoho případů zážitků sdílené smrti u pracovníků zdravotnických profesí, ačkoliv tyto zážitky prožily u úmrtního lože svých blízkých – v této souvislosti je možné položit si otázku, zda může být výskyt SDE při doprovázení blízkých u těchto pracovníků vyšší z důvodu pravidelného kontaktu s umírajícími. Vysvětlením může být ale také to, že Moody se jako lékař pohybuje v okruhu zdravotnických pracovníků.

Vzhledem k tomu, že výzkum zážitků sdílené smrti je zatím v začátcích, neexistují dosud publikace, které by se tomuto tématu věnovaly pouze v kontextu pracovníků zdravotnické či přímo paliativní péče – z toho, co však bylo již napsáno, se domnívám, že způsob uchopení mimořádných prožitků související se smrtí a umíráním (nejen zážitků sdílené smrti), může souviset s postojem a otevřeností ke spiritualitě pacientů a rovněž s prožíváním a reflektováním spirituality vlastní, přičemž důležitou roli může hrát i postoj vedoucích pracovníků k těmto otázkám. Ve své bakalářské práci (Johnová, 2013) jsem uvedla zkušenost zdravotní sestry z oddělení paliativní péče, která prožila SDE v rámci pacientova úspěšně dokonaného pokusu o sebevraždu. Zdravotní sestra uvedla, že po svém zážitku se z důvodu transpersonálních prožitků, které následovaly a vyznačovaly se vysokým stupněm naléhavosti, obávala o své psychické zdraví a uvažovala o vyhledání péče psychiatra. Pomohl jí však chápavý a otevřený přístup primáře oddělení a rovněž čas, který jí byl ochoten věnovat. Prožitek SDE byl zde zřejmě natolik dezintegrující, že by pravděpodobně splňoval některá kritéria pro psychospirituální krizi (Lukoff, 1998). V této souvislosti mne napadají otázky, co by pracovníci přicházející do každodenního kontaktu s umírajícími potřebovali,

aby pro ně bylo setkání s těmito zážitky bezpečné a srozumitelné a aby měli o existenci těchto zážitků alespoň základní informace - a zda by se toto mohlo následně projevit na úrovni holistické péče o pacienty.

Moody (2011) udává, že psychické rozpoložení před zážitkem sdílené smrti pravděpodobně hraje pro samotný vznik této zkušenosti důležitou roli – doprovázející osoby, ať už jsou v roli profesionála či jsou osobou blízkou, popisují před samotným zážitkem svůj stav jako klidný a vyrovnaný. K podobným závěrům jsem dospěla i v rámci svého výzkumu (2013), kde všichni respondenti uvedli, že před samotným prožitkem se nacházeli ve stavu klidu – pokud tento zážitek prožili v roli profesionála, převládal u nich profesní odstup, pokud SDE prožili při doprovázení blízkého, popisovali hluboký klid, mír a především smíření s odchodem blízkého člověka. Respondent, který SDE prožil ve spánku, popsal, že v průběhu zážitku necítil žádné negativní emoce. Jednotlivé zážitky se od sebe odlišovaly různými elementy a různou hloubkou prožitku - na základě kazuistik uváděnými Moodym lze říci, že intenzivnější a hlubší SDE je prožívána spíše při doprovázení blízkého člověka a ve stavu hlubokého uvolnění. Například element dosažení hranice, kterou již není možné překročit, se objevoval pouze u SDE, kde byl doprovázející osobou blízkou. Tento element se neobjevuje příliš často – Moody ho zaznamenal pouze v několika případech, z něhož jedním byl hluboký prožitek SDE ve spánku, kdy žena nevědomky provázela svého umírajícího manžela, který v tu dobu umíral násilnou smrtí (Moody, 2011, str. 59-61). Ve svém předchozím výzkumu jsem prvek dosažení hranice zaznamenala rovněž u respondenta, který prožil SDE ve spánku, ve spojitosti s předčasným úmrtím blízkého přítele.

Doposud nebylo blíže zkoumáno, zda a jakým způsobem mohou zážitky sdílené smrti ovlivnit proces truchlení, pokud je zážitek sdílené smrti prožit ve vztahu k blízké osobě. Předpokládám však, že tyto zážitky mohou vnést do procesu truchlení další aspekty. Truchlení je samovolný přechodový proces, v jehož průběhu se pozůstalý odděluje od zemřelého, a po jeho skončení se vrací do života bez zesnulého jako někdo jiný (Baštecká, 2005). Úkolem truchlení je uvědomit si důsledky ztráty blízkého, aktivizovat obranné mechanismy, prožít si zármutek, prozkoumat a zhodnotit ztracený vztah, znovu nastolit pocit integrity a citově se odpoutat od zemřelého a investovat energii do nových vztahů (Špaténková, 2008). Elisabeth Kübler-Ross (1969) popsala proces ztráty a truchlení v několika stádiích - stádiu šoku, stádiu popření, stádiu hněvu, stádiu bolesti a smutku, stádiu přijetí a klidu. Jakým způsobem mohou zážitky sdílené smrti do celého procesu zasáhnout, je otázkou. Moody uvádí, že v okamžicích SDE a bezprostředně po zážitku cítilo mnoho

doprovázejících intenzivní pocity radosti, míru a klidu – tyto pocity nejsou typické pro žádnou z raných fází truchlení. V některých případech, kdy byl zážitek SDE intenzivní a hluboký a provázející dospěl s umírajícím až k hranici, kterou již sám nemohl překročit, udávali pozůstalí naopak pocity zklamání a obtíže při návratu zpět, protože si přáli s blízkým pokračovat dál, překročit hranici a nevracet se již do tohoto života (Moody, 2011). Moody většinou již dále neuvádí, jakým způsobem po tomto zážitku prožívali tito truchlíci svou ztrátu, ale můžeme se domnívat, že zážitky SDE v této podobě do celého procesu truchlení vstoupily a mohly ho ovlivňovat. To, jakým způsobem tyto zážitky proces truchlení ovlivní, může záviset na celé řadě faktorů – může to být například způsob prožití SDE, hloubka a intenzita prožitku, okolnosti úmrtí, osobnost doprovázejícího, vztah k zemřelému, atd.

Kontext těchto prožitků vzhledem k minulosti a budoucnosti prožívajících zatím nebyl zkoumán, stejně jako potřeby pozůstalých a potřeby zdravotníků a pečovatелů, kteří se s těmito zážitky mohou při výkonu své profese setkávat. V následující výzkumné části bych se proto ráda pokusila s ohledem na limity svého výzkumu popsat zážitky sdílené smrti v širším kontextu životů respondentů, důsledků prožitku na jejich osobní i profesní životy a jejich potřeb po tomto zážitku. Naváží při tom volně na svou bakalářskou práci, jejímž cílem bylo především popsat samotné elementy zážitků sdílené smrti.



## II Empirická část

### 4. Výzkumný problém a výzkumné otázky

#### 4.1 Výzkumný problém a cíle práce

Tento výzkum se zaměřuje na bližší kontext fenoménu zážitků sdílené smrti v České republice a volně navazuje na mou bakalářskou práci, jejímž cílem byl pokus o detailní popis základních elementů SDE a prožitků, které lidé v průběhu SDE prožívají. Samostatný výzkum zážitků sdílené smrti je zatím v počátcích a nenašla jsem zatím zmínku o tom, že by byl v České republice již realizován. Přesto se domnívám, že si tento jev zaslouží stejnou pozornost jako častěji zmiňované fenomény, například zážitky blízké smrti. Jako každý zážitek transpersonálního charakteru v sobě nese každý tento zážitek obrovský potenciál, ale také možná rizika. V kontextu s transpersonálními zážitky mluvíme na jedné straně o potenciálu k transcendenci a obohacení života (svého i těch druhých), na druhé straně jsou však zmiňována rizika spojená s možnou obtížnou integrací těchto prožitků a rizikem vzniku psychospirituální krize.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na popis základních elementů tohoto jevu a díky tomuto výzkumu bylo rovněž potvrzeno, že se tyto zážitky vyskytují i v populaci ČR. Předchozí výzkum však přinesl rovněž mnoho otázek, týkajících se kontextu a okolností těchto typů zážitků, především co se týče toho, co v životech respondentů samotnému zážitku předcházelo a toho, co následovalo, v různém časovém odstupu.

Hlavním cílem výzkumné části mé práce je pokusit se popsat tyto zážitky v širším kontextu životů respondentů, zjistit, jakým způsobem byly v jednotlivých případech tyto intenzivní prožitky zpracovány a integrovány do osobnosti a životů těch, kteří se s SDE setkali a jakým způsobem mohou tyto zkušenosti ovlivnit jejich směřování v osobním i profesním životě. Důležité pro mne rovněž bylo pokusit se popsat, jak lidé prožívají období po SDE a co by po tomto prožitku nejvíce potřebovali, ať už tuto zkušenost prožijí při doprovázení svých blízkých, nebo při výkonu svých profesí jako personál nemocnic, hospiců a dalších zdravotnických či sociálních zařízení.

Kromě těchto specifických cílů mým cílem i nadále zůstává hledání nových respondentů, kteří SDE prožili a rozšiřovat tak data o nové výpovědi týkající se nejen kontextu, ale i samotného prožitku SDE. Ze své bakalářské práce jsem pro tento případ převzala první výzkumnou otázku, na kterou se budu snažit v případě nově nalezených respondentů rovněž odpovědět a na základě analýzy těchto nových dat pak případně doplnit svůj předchozí výzkum o další informace. S hledáním dalších respondentů a výpovědí je přirozeně spojena otázka navazování kontaktů s dalšími zařízeními poskytujícími zdravotnické či sociální služby a jejich informování o těchto zážitcích.

#### 4.2 Výzkumné otázky

- 1, Jak lidé prožívají SDE? (noví respondenti ve výzkumu)
- 2, Jakou měli ti, kteří měli zážitek SDE, případnou předchozí osobní zkušenost s událostmi spojenými se smrtí, umíráním či ohrožením života, případně s technikami pracujícími s rozšířenými stavy vědomí a dalšími transpersonálními zážitky?
- 3, Co lidé prožívají po zážitku SDE ( po psychické i fyzické stránce)?
- 4, Co by lidé po zážitku SDE nejvíce potřebovali?
- 5, Jakým způsobem mohou tyto prožitky ovlivnit osobní či profesní život?



## 5. Metodologie výzkumu

### 5.1 Plán výzkumu

Vzhledem k problematice a podstatě zážitků sdílené smrti jsem zvolila kvalitativní výzkum. Cílem kvalitativních výzkumů bývá popsat určitý jev a rozvíjet na základě získaných dat o těchto fenoménech různé teorie. Plán výzkumu mívá pružný charakter – rozvíjí se, přizpůsobuje a proměňuje dle okolností a dosavadních výsledků (Hendl, 2008). Protože téma zážitků sdílené smrti není ještě dostatečně prozkoumáno, zvolila jsem fenomenologický přístup.

Fenomenologický přístup se snaží o zachycení podstaty jevu jako prožitku a výsledkem výzkumu by mělo být co nejlepší autentické přiblížení tohoto prožitku i pro ty, kteří se s tímto jevem osobně nesečkali. (Hendl, 2008). V případě fenomenologického výzkumu se data shromažďují především prostřednictvím kvalitativních rozhovorů s otevřenými otázkami. Respondent je vyzván, aby reflektoval svoji zkušenost a vyprávěl, jaký význam pro něj měla. Prostředí, v němž se rozhovor koná, má vyvolávat pocit bezpečí a pohody. Výzkumník se může setkávat s respondentem několikrát, za účelem získání co nejpodrobnější výpovědi o respondentově zkušenosti.

### 5.2 Výzkumný soubor

#### 5.2.1 Výběr výzkumného souboru

Podobně jako ve svém předchozím výzkumu (Johnová, 2013) jsem do výzkumného souboru zařazovala jak respondenty, kteří prožili SDE při doprovázení blízkého člověka, tak zaměstnance zařízení poskytující zdravotnické či sociální služby, kteří SDE prožili při výkonu svých profesí. Při zpracování dat a jejich analýze jsem však již odlišné role respondentů reflektovala.

Pro výběr výzkumného vzorku jsem s ohledem na výzkumný záměr a povahu fenoménu zvolila techniku samosběru, příležitostného výběru a metodu sněhové koule. Tyto techniky jsou typické pro kvalitativní typ výzkumu a ani jedna z nich nezaručuje reprezentativní výběr vzorku populace (Mioviský, 2006). U kvalitativního výzkumu nám však obvykle nejde o reprezentativnost směrem k populaci, ale o reprezentaci konkrétního problému.

Technika samosběru je založena na principu aktivního a dobrovolného zájmu zapojit se do inzerovaného výzkumu, tedy vlastní rozhodnutí respondentů zúčastnit se daného výzkumu (Mioviský, 2006). Nevýhodou může být vysoká angažovanost a motivace respondentů na daném tématu, která může poskytnout i zkreslená, neobjektivní data, dále může být účast na výzkumu motivována i finanční či jinou odměnou, což může v některých případech snížit hodnověrnost získaných dat. V tomto výzkumu však účast na výzkumu nebyla finančně motivována, případní respondenti dostali informaci, že výzkum je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro vědecké účely. Díky této metodě jsem získala dva respondenty, kteří splňovali kritéria pro klasifikaci SDE. Díky této metodě se mi rovněž ozvalo několik respondentů, u nichž se nejednalo přímo o SDE, ale o jiný mimořádný prožitek spojený se smrtí a umíráním. Protože se nicméně jednalo o cenné výpovědi, rozhodla jsem se takto získaná data analyzovat a popsat v samostatné kapitole.

Techniku příležitostného výběru využíváme ve chvíli, kdy se nám naskytne možnost získat data od respondentů, o kterých víme, že by mohli mít s tématem výzkumu osobní zkušenost (Mioviský, 2006). Takto jsem získala 4 respondenty.

Technika sněhové koule spočívá ve výběru jedinců, při kterém nás původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny. Tuto formou jsem získala jednoho respondenta.

Protože jsem měla kontakty na respondenty ze svého výzkumu v roce 2013, oslovila jsem prostřednictvím e-mailu všechny 4 respondenty, kteří mi před 3 lety poskytli interview. Tři z nich odpověděli na mou žádost o další rozhovor kladně, e-mail od čtvrtého respondenta se vrátil jako nedoručený.

Kritérii pro zařazení do výzkumného souboru bylo prožití mimořádné zkušenosti transpersonálního charakteru v blízkosti umírajícího člověka. Tato blízkost se však neomezovala pouze na blízkost prostorovou, ale i psychickou nebo duševní – SDE je možné prožít i navzdory prostorové vzdálenosti, zejména v případě odchodu blízkého člověka. Mimořádnou zkušeností se rozuměl zážitek obsahující transpersonální prvky, přesahující běžné vnímání času, prostoru a hmoty.

Kritériem zařazení do výzkumu nebylo prožití SDE přesně ve chvíli smrti a to z několika důvodů – okamžik smrti se dá jen velmi omezeně stanovit okamžikem zastavení srdeční činnosti, nicméně jedná se spíše jen o lékařský termín. Smrt je spíše než okamžikem kontinuálním procesem a nikdo není schopen definovat přesný okamžik přechodu a oddělení – osobně se domnívám, že tento okamžik může být u každého umírajícího individuální a kromě biologických měřitelných pochodů zahrnuje i procesy, které nám dosud nejsou známy.

## 5.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu se zapojilo celkem 14 respondentů, 7 respondentů jsem na základě analýzy jejich výpovědí z výzkumného souboru vyřadila, neboť se nejednalo o SDE v pravém slova smyslu, ale o jiný mimořádný zážitek spojený se smrtí a umíráním – např. vize úmrtního lože či komunikaci z „druhého břehu“. Nicméně i těmito výpovědím jsem se rozhodla věnovat samostatnou kapitolu, neboť pro mne byly velmi cenné a dokreslují komplexnost a šířku mimořádných prožitků spojených s umíráním...

Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 7 respondentů, kteří prožili mimořádný prožitek ve spojitosti se smrtí či umíráním – všech 7 respondentů souhlasilo s osobním rozhovorem. 3 respondenti se s SDE setkali při výkonu své profese, 4 respondenti prožili SDE při doprovázení blízkého člověka.

Všech 7 respondentů byly ženy ve věkovém rozpětí 34 - 70 let. Jedna respondentka měla SŠ vzdělání, 3 respondentky VOŠ, 3 respondentky VŠ vzdělání. Všechny respondentky byly zaměstnané v pomáhajících profesích a vystudovaly humanitní či zdravotnické obory. V souboru byly 3 zdravotní sestry, 2 učitelky, 1 psycholožka a 1 sociální pracovníce. Jedna z žen byla zároveň zdravotní sestrou a sociální pracovnící, SDE však prožila v souvislosti s výkonem práce zdravotní sestry. Délka praxe zdravotních sester se pohybovala od 9 – 18 let.

Respondentky, které SDE prožily (či opakovaně prožívaly) v souvislosti s výkonem své profese zdravotní sestry, byly v čase svých prožitků zaměstnány v Hospici X ve Středočeském kraji, Interně – oddělení sociálních lůžek X nemocnice v Moravském kraji, JIP interny X nemocnice v Praze, JIP oddělení kardiochirurgie X nemocnice v Praze, Domově s pečovatelskou službou X v Moravském kraji, Hospici X v Moravském kraji. Výpovědi respondentek často obsahovaly důvěrné informace o jejich osobním životě a na základě

přesného zveřejnění míst jejich zaměstnání by bylo možné je snadno identifikovat, rozhodla jsem se proto neuvádět přesné názvy zařízení a nemocnic, s ohledem na ochranu jejich soukromí a etické zásady výzkumu. Přesnější údaje uvedu v následující kapitole, kde tato zařízení uvedu v seznamu zařízení zdravotních či sociálních služeb, která byla oslovena a jejichž zaměstnanci měli možnost se do výzkumu zapojit.

Jak jsem již výše zmínila, výzkumný soubor zahrnoval 4 nové respondenty a rovněž 3 respondenty, kteří byli opětovně požádáni o spolupráci na základě své předchozí účasti na výzkumu v rámci mé bakalářské práce (Johnová, 2013). Ačkoliv hlavním cílem tohoto výzkumu nebyl popis samotného jevu SDE a jeho elementů, ale jejich širší kontext a okolnosti, rozhodla jsem se v případě nových respondentů zařadit i výzkumnou otázku, které byla zaměřena na popis a prožití SDE. Hlavním motivem byla potřeba analyzovat jednotlivé prožitky SDE tak, abych mohla z každé výpovědi vytvořit stručnou kazuistiku, která by obsahovala popis jednotlivých SDE, okolnosti a kontext zážitků.

### 5.3 Metody získávání dat

Pro kvalitativní výzkum s fenomenologickým přístupem je nejpřínosnější metoda kvalitativního rozhovoru. Díky této metodě může výzkumník shromáždit velké množství dat i z jediného interview, přičemž tyto informace mívají často široký záběr, jsou velmi detailní a mohou zachytit podstatu zkoumaného problému více do hloubky (Hendl, 2008).

Pro vyhledání respondentů a navázání prvního kontaktu jsem využila metodu polostrukturovaných on-line dotazníků vytvořených přes webové stránky survio - <http://www.survio.com/survey/d/D2J1G6O8T0P9C6C6O>. Odkaz na tento dotazník jsem rozesílala prostřednictvím e-mailu spolu s průvodním dopisem a žádostí o spolupráci na výzkumu do vybraných hospiců a nemocnic. Oslovila jsem celkem 10 zařízení – Nemocnici v Praze pod Petřínem, Nemocnici Motol v Praze, Hospic Štrasburk, Hospic v Rajhradě, Hospic Čerčany, Nemocnici v Zábřehu na Moravě, Nemocnici v Ústí nad Orlicí, Hospic Cesta domů, Nemocnici v Hradci Králové, Hospic v Červeném Kostelci. Nejvíce se osvědčilo požádat o spolupráci přímo konkrétního zaměstnance zařízení, který poté mou žádost o spolupráci předal dalším zaměstnancům a případně plnil roli zprostředkovatele.

On – line dotazník obsahoval uzavřené i otevřené otázky inspirované cizojazyčnou obdobou Greysonovy NDE škály, nicméně ve velmi stručné podobě. Na konci dotazníku měl respondent možnost zanechat na sebe e-mailový, případně jiný kontakt a v samostatné otázce vyjádřit svůj souhlas s kontaktováním za účelem osobního setkání s výzkumníkem. Respondenty, kteří takto vyjádřili souhlas s osobním setkáním, jsem poté zkontaktovala prostřednictvím e-mailu a domluvila s nimi termín, čas a místo osobního setkání. Touto formou jsem získala dvě respondentky – obě dvě zdravotní sestry. Další dvě nové respondentky ve výzkumu jsem získala příležitostným výběrem – v rámci seminářů a kurzů o smrti a umírání, kterých jsem se v průběhu roku 2014-2015 zúčastnila, např. díky kurzu „Provázení umírajících“ pořádaným organizací Remedium. Zbývající tři respondentky se zúčastnily mého výzkumu již v roce 2013 a souhlasily s uskutečněním dalšího rozhovoru.

Kvalitativní interview se odehrávala na místech, která si respondentky vybraly a v čase, který si určily – rozhovory se odehrávaly na zdravotnických pracovištích, v čajovnách nebo přímo v místě bydliště respondentek. Kromě Prahy jsem za účelem rozhovoru navštívila také Hradec Králové, Mohelnici, Zábřeh na Moravě, Ústí nad Orlicí, Čerčany, Jirny. Data jsem sbírala v průběhu let 2014-2016. Výzkum byl časově velmi náročný, neboť se jedná o obtížně dostupnou cílovou skupinu respondentů a samotné téma zážitků sdílené smrti bývá rovněž leckdy vnímáno jako kontroverzní. Ne všechny uskutečněné rozhovory obsahovaly informace o zážitku SDE – ve dvou případech se jednalo spíše o vize úmrtního lože.

V úvodu rozhovoru jsem všem respondentům znovu zopakovala etické zásady výzkumu a připomněla jim možnost, že se mohou i v průběhu interview rozhodnout rozhovor předčasně ukončit. Požádala jsem je také o souhlas s nahráváním rozhovoru a poznámkováním, s tím, že nahrávka bude sloužit pouze k přepsání rozhovoru do písemné podoby a nebude nikde použita. Ačkoliv kvalitativní výzkumný rozhovor není v žádném případě rozhovorem terapeutickým, obsahem rozhovorů bylo velmi emočně silné téma a pro rozhovor byl maximálně důležitý citlivý přístup k respondentovi a respektování zásad aktivního naslouchání. Rozhovory byly vedeny jako polostrukturované s převahou otevřených otázek. Na každý rozhovor jsem se pečlivě připravovala a měla u sebe připravené otázky pro respondenta, které mne napadly v souvislosti s jeho odpověďmi ve vyplněném dotazníku a informacemi, které uvedl již dříve v e-mailové komunikaci. U nových respondentů, u kterých jsem zjišťovala jak podrobnosti o SDE, tak i zároveň jejich bližší kontext, jsem se opakovaně setkávala s nedostatkem času – většina z respondentů byla velmi časově vytížená a během jediného rozhovoru bylo obtížné získat všechny důležité informace. Na konci rozhovoru jsem

se proto dotazovala respondentů, zda bych se na ně mohla případně s několika dodatečnými otázkami obrátit ještě prostřednictvím e-mailu a této možnosti jsem ve 3 případech také využila. Jiné to bylo u respondentek, které se výzkumu účastnily opakovaně a měla jsem již k dispozici informace o průběhu jejich SDE – mohla jsem se díky tomu plně soustředit pouze na kontext zážitku.

#### 5.4 Etické zásady výzkumu

Kromě standardních zásad anonymity, mlčenlivosti, informovaného souhlasu, dobrovolnosti a možnosti rozhovor kdykoliv předčasně ukončit jsem se snažila maximálně dbát na ochranu respondentů, neboť již téma samo o sobě je velmi citlivé a to hned v několika rovinách. Všechny mimořádné zážitky jsou velice osobní, niternou záležitostí a není snadné je sdílet s druhými, není snadné o nich mluvit s úplně cizí osobou. V tomto výzkumu však mimořádný zážitek často přímo souvisel s úmrtím osoby, která byla respondentovi velmi blízká. Téma zážitků sdílené smrti je emočně velmi silné a kromě výše zmíněných zásad jsem vždy respektovala zásady dobře vedeného kvalitativního rozhovoru. Patří k nim především navození pocitu emočního bezpečí již v začátku rozhovoru, vytvoření uvolněné a přátelské atmosféry. V rozhovorech s podobnou tematikou se výzkumník zprostředkovaně stává svědkem klíčových a emočně silných okamžiků respondentova života, je konfrontován s intenzivními pocity a emocemi respondenta, které musí nějakým způsobem uchopit a poskytnout respondentovi zpětnou vazbu. Pokud je téma výzkumu emočně silné, může být často velmi náročné i pro samotného výzkumníka. Ve svém výzkumu jsem se několikrát v průběhu rozhovorů setkala s velmi intenzivními emocemi, v takových chvílích jsem se řídila hlavní zásadou rogeriánského rozhovoru, kterou je především autentičnost.

## 6. Zpracování získaných dat

### 6.1 Metody zpracování

Polostrukturované on-line dotazníky sloužily jako prostředek k navázání kontaktu s respondentem a zároveň jsem díky nim mohla oddělit zážitky spojené se smrtí, které však nesplňovaly přímo kritéria zážitků sdílené smrti. Těmito kritérii byla vnímaná mimořádnost prožitku a zároveň výskyt prvků transpersonálního charakteru, které v souvislosti s těmito prožitky popsal Moody (Moody, 2010). Téma zážitků sdílené smrti nicméně ještě nebylo zcela prozkoumáno a patří k tématům, které především již svou povahou nemohou být vnímány na základě určitých pevných kritérií a s každým dalším zaznamenaným prožitkem se toto téma může rozšiřovat o další elementy a kategorie prožitků. Kritérii pro konstatování zážitku blízké smrti v tomto výzkumu byla proto respondentem vnímaná mimořádnost prožitku, pocit sdílení zážitku s umírajícím a transpersonální charakter prožitku, tedy to, že určité prvky zážitku není možné v současné době vysvětlit jinak, než z hlediska transpersonální psychologie jako mimořádný prožitek přesahující běžný stav lidského vědomí. Ačkoliv došlo v průběhu posledních let k rozdělení těchto prožitků do určitých kategorií a tyto zážitky byly pojmenovány – zážitky blízké smrti, vize úmrtního lože, zážitky sdílené smrti, „peak in darien“, posmrtná komunikace apod., uvědomuji si, že se jedná jen o umělé rozdělení z důvodu potřeby lepšího uchopení těchto jevů, u kterých je však obtížné použít striktní kritéria a kategorizace. V případech, kdy jsem si nebyla zcela jistá, kam prožitek zařadit a zda zcela splňuje vytyčená kritéria tohoto výzkumu, jsem výpovědi respondentů analyzovala zvlášť a jejich popisu se věnuji v samostatné kapitole.

Prvním krokem ve zpracování získaných dat z dotazníků a zaslaných e-mailů byl výběr respondentů, jejichž výpovědi obsahovaly určité prvky SDE. I přes tato vytyčená kritéria někdy nebylo možné z on-line dotazníku či e-mailu rozpoznat, zda byl daný prožitek zážitkem sdílené smrti – především pokud se jednalo o jiný typ mimořádných prožitků souvisejících se smrtí a umíráním, který je obtížné zařadit či přesně definovat. I v těchto případech jsem s respondenty navazovala kontakt a během rozhovoru zjišťovala, o jaký prožitek se jednalo – pokud se zážitek nedal zařadit do kategorie SDE, vyhodnocovala jsem získaná data zvlášť.

Interview byla se souhlasem respondenta nahrávána, v průběhu rozhovorů jsem rovněž vedla písemné poznámky. První fází zpracování byla transkripce rozhovorů do elektronické písemné podoby. Následně jsem jako hlavní metodu analýzy dat zvolila metodu zakotvené teorie (Strauss, Glaser, 1967). Ta využívá především techniku kódování, kterým se rozumí rozkrývání dat směrem jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci (Hendl, 2008). Rozlišujeme otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování, každé z nich potom využíváme v jiné fázi analýzy dat. Kódování odhaluje v datech určitá témata a tematicky rozkrývá celý text. Výsledkem bylo vytvoření několika ústředních kategorií, které zachycují prožitky a kontext SDE v tomto výzkumném souboru co nejkomplexněji.

## 7. Výsledky výzkumu

Do výzkumu se zapojilo celkem 14 respondentů – 6 respondentů prostřednictvím online dotazníku, 5 respondentů mi odpovědělo přímo na rozesílaný e-mail s průvodním dopisem, aniž by vyplňovalo dotazník a dále 3 respondenti, kteří se zúčastnili již mého minulého výzkumu, odpověděli kladně na mou žádost o další spolupráci.

7 respondentů jsem na základě analýzy jejich výpovědí z výzkumného souboru vyřadila, neboť se nejednalo o SDE v pravém slova smyslu, ale o jiný mimořádný zážitek spojený se smrtí a umíráním – přesto mi přišly jejich výpovědi velmi zajímavé a z výzkumného hlediska cenné, věnuji se jim proto samostatně v kapitole 7.2.

Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 7 respondentů, kteří prožili mimořádný prožitek ve spojitosti se smrtí či umíráním – všech 7 respondentů souhlasilo s osobním rozhovorem. 3 respondenti se s SDE setkali při výkonu své profese, 4 respondenti prožili SDE při doprovázení blízkého člověka.

Všech 7 respondentů byly ženy ve věkovém rozpětí 34 - 70 let. Jedna respondentka měla SŠ vzdělání, 3 respondentky VOŠ vzdělání, 3 respondentky VŠ vzdělání. Všechny respondentky byly zaměstnané v pomáhajících profesích a vystudovaly humanitní či zdravotní obory, jedna respondentka byla v době rozhovoru již ve starobním důchodu. V souboru byly 3 zdravotní sestry, 2 učitelky, 1 psycholožka a 1 sociální pracovnice.



## 7.1 Analýza dat polostrukturovaných interview

### 7.1.1 Analýza dat nových respondentů ve výzkumu – průběh a elementy SDE

Díky téměř dvouletému hledání nových respondentů a navazování kontaktů s nemocnicemi, hospicemi a dalšími zařízeními jsem získala 4 nové respondentky – 3 zdravotní sestry, které prožily či opakovaně prožívaly SDE při výkonu svých profesí a 1 respondentku, povoláním učitelku, která prožila 2 SDE při doprovázení blízkého přítele a matky. Ačkoliv hlavním cílem tohoto výzkumu je pokus o popis širšího kontextu SDE, prvním krokem je v případě nově zapojených respondentů detailní popis jejich prožitku a základních elementů SDE.

Níže pro větší přehlednost uvádím tabulku, která zachycuje základní údaje o prožitcích SDE u nových respondentů (respondenti jsou uváděni pod čísly 3,5,6,7 dle pořadí uskutečněných rozhovorů) :

Základní údaje o respondentovi (Povolání, věk, vzdělání)	Vztah umírajícího k respondentovi	Podrobnosti SDE	Transpersonální prvky zážitku
<u>Respondent č. 3</u> Zdravotní sestra/sociální pracovníce VŠ vzdělání 42 let	Pacienti	Více zážitků v průběhu několika let během práce v LDN, interně v nemocnici, domě s pečovatelskou službou	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vidění světla vycházejícího z umírajících a provázení umírajících do světla</li><li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícími</li><li>- Pocit hlubokého klidu, míru, propadání se do světla</li><li>- Vnímání posvátna</li></ul>

Základní údaje o respondentovi (Povolání, věk, vzdělání)	Vztah umírajícího k respondentovi	Podrobnosti SDE	Transpersonální prvky zážitku
<p><u>Respondent č.5</u> Zdravotní sestra VOŠ vzdělání 44 let</p>	<p>Pacienti</p>	<p>Více zážitků v průběhu několika let během práce na oddělení JIP v nemocnici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize světelné mlhy vycházející z těla umírajícího</li> <li>- Zvláštní tělesné a emoční prožitky během zážitku, které nesou prvky probuzení kundalini šakti a jsou popisovány jako krije, např. hyperventilace, mravenčení v končetinách, neovladatelné emoce</li> <li>- Prožitky hluboké radosti</li> </ul>
<p><u>Respondent č.6</u> Zdravotní setra VOŠ vzdělání 40 let</p>	<p>Pacienti</p>	<p>Více zážitků v průběhu několika let během práce na oddělení kardiologie JIP v nemocnici a během práce v mobilním hospici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize nehmotného těla umírajícího</li> <li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícím</li> <li>- Pocit klidu, míru, smíření</li> </ul>
<p><u>Respondent č.7</u> Učitelka (nyní v SD) SŠ vzdělání 70 let</p>	<p>Přítel</p> <hr/> <p>Matka</p>	<p>Dva zážitky při doprovázení umírajícího přítele (SDE na dálku) a matky (u úmrtního lože)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vnímání přítomnosti umírajícího ačkoliv v tu dobu umíral v několik kilometrů vzdálené nemocnici</li> <li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícím</li> <li>- Vize světla a záře zaplňující místnost v okamžiku úmrtí</li> <li>- Slyšení zvuků</li> </ul>

Metodou různých typů kódování jsem z transkripcí rozhovorů postupně získávala několik hlavních kategorií, které zachycovaly hlavní elementy prožitků SDE. Některé kategorie jsem v dalších fázích analýzy sloučila do jediné, obecnější kategorie a naopak, některé kategorie jsem následně rozpracovala a rozdělila do více kategorií. Kódováním a kategorizací jsem takto vytvořila hlavní témata a elementy zážitků sdílené smrti, které se vyskytovaly ve výzkumném souboru čtyř nových respondentů. Případné rozdíly mezi prožitky uvnitř kategorie jsou vždy zmíněny.

### **Vícečetné prožití SDE a dalších mimořádných prožitků spojených se smrtí a umíráním**

V tomto souboru se nacházely 4 nové respondentky – 3 prožily SDE při výkonu svých profesí zdravotní sestry, z toho dvě udávají, že tyto prožitky zažily opakovaně a i nadále je při doprovázení umírajících zažívají. Další zdravotní sestra popsala jednu zkušenost, která se dala jednoznačně charakterizovat jako SDE a rovněž další mimořádné typy prožitků spojených se smrtí či umíráním. Respondentka, která se s SDE setkala mimo zaměstnání, měla prožitek dvakrát – při odchodu blízkého přítele a při odchodu matky.

Respondentky č. 3 a 5 (obě dvě zdravotní sestry) prožívají SDE běžně u úmrtního lože pacientů.

Respondentka č. 6 (zdravotní sestra) prožila jednou SDE u úmrtního lože pacienta, několikrát měla v souvislosti s úmrtím pacienta další mimořádné zkušenosti či prožitky, které by se daly popsat jako synchronicity či koincidence smrtelného lože (viz příloha č. 3, transkripty rozhovorů)

Respondentka č. 7 (učitelka ZŠ, nyní ve SD), prožila v souvislosti s úmrtím blízkých dvakrát SDE, několik let před tím rovněž vlastní NDE (viz příloha č. 3. transkripty rozhovorů).

### **Zážitek/zážitky jsou vnímány jako intenzivní, hluboké**

*„Byl to strašně silný, nesdělitelný zážitek“ (respondent č. 7)*

*„Byl to hodně intenzivní pocit a zážitek, na který nikdy nezapomenu“ (respondent č. 6)*

*„Byl to tak silný zážitek, že si ho vybavím ještě dnes. Bylo v tom něco posvátného a nebyly to takové ty slzy smutku, ale slzy, které pláčeme při takovýchto mimořádných okamžicích v životě“ (respondent č. 7)*

*„Je to tak silný pocit, že to nemohu ovládnout“ (respondent č. 5)*

Všechny nové respondentky popisují zážitek/zážitky SDE jako mimořádně intenzivní, hluboké či silně emotivní. Prožitek intenzity a hloubky byl jako základní element rovněž obsažen ve výpovědích respondentů v mé předchozí studii (Johnová, 2013).

### **Pocit hlubokého klidu, míru**

*„Cítila jsem klid, smíření. Určitě jsem se nebála“ (respondent č. 6)*

*„ ... je to o odevzdání se světlu, jako když propadáte vodní hladinou, klesáte stále hlouběji, blíže ke světlu“ (respondent č. 3)*

Prožitek klidu a míru v průběhu SDE popsaly dvě ze čtyř respondentek – obě dvě zdravotní sestry prožívající SDE při výkonu svých profesí. Třetí respondentka, která dvakrát prožila SDE v souvislosti s doprovázením blízkého umírajícího člověka, popsala spíše pocity obsahující témata smíření, dokončení, rozloučení. Čtvrtá respondentka, zdravotní sestra, prožívá SDE v průběhu umírání pacientů velmi intenzivně, včetně silných doprovodných emočních a tělesných projevů, které vnímá jako obtížně ovládnutelné. Z tohoto důvodu nejsou pro tuto respondentku zážitky SDE spojené s pocity klidu a míru.

Prožitek klidu a míru byl respondenty rovněž často zmiňován v mé předchozí studii (Johnová, 2013).

### **Nepopsatelnost prožitku**

*„To je těžké popsat... Asi je to nepopsatelné...“* (respondent č. 3)

*„...to nedokážu popsat. Viděla jsem ho jakoby periferním viděním. Nedokážu to popsat“* (respondent č. 6)

Dvě z respondentek, které prožily či prožívají SDE i silně vizuálně (vize světla, vize nehmotného těla umírajícího) sdělily, že nemohou najít slova, kterými by svou vizi popsaly. Respondentka, která komunikovala s umírajícím pacientem, jehož nehmotné tělo vnímala a viděla jinde, zatímco tělesná schránka umírajícího ležela v boxu JIP, použila pojem „periferní vidění“.

### **Zážitku předcházely spánkový deficit, únava a vyčerpání (ve 2 případech)**

*„...lékaři mi řekli, že to bude tak týden, ale máma umírala nakonec 2,5 měsíce. Přála si zemřít doma, takže jsem si vzala neplacenou dovolenou - v práci to vůbec nebylo dobře*

*přijato - a pečovala o mámu doma. Bylo to hodně náročné, protože mi další členové rodiny nepomohli, já se o maminku starala ve dne v noci, krmila ji po lžičkách vodou, protože nechtěla přijímat výživu uměle a naštěstí tu máme úžasnou doktorku, která maminku nenutila a nechala ji zemřít doma, bez nějakých drastických zásahů....Já byla ale strašně unavená a vyčerpaná...“ (respondent č. 7)*

*„...byla jsem hodně unavená, po 4 nočních, byla jsem v takovém tom stavu, který máte, když dlouho nespíte... Hodně jsem o tom zážitku přemýšlela, hlavně na té logické úrovni – říkala jsem si, jestli jsem třeba nebyla unavená, za sebou 4 noční, jestli to nebyla nějaká halucinace. Ale vím, že nebyla, ten rozhovor byl skutečný, i to, že v tu chvíli seděl opravdu vedle mne, ačkoliv jeho tělo bylo fyzicky o kus dál“ (respondent č. 6)*

Únavu a vyčerpání před samotným prožitkem uvedly dvě respondentky – respondentka č. 7, která několik týdnů pečovala o umírající matku (jednalo se však již už o její druhou zkušenost SDE, první prožila na dálku, bez přítomnosti únavy), a dále respondentka č. 6, zdravotní setra, která dává svou únavu do souvislosti se 4. za sobě jdoucí noční službou v nemocnici. Sděluje, jak při zpětném přemýšlení o této zkušenosti zvažovala, zda v souvislosti s únavou nemohla mít vizuální halucinaci, protože se pro zážitek snažila najít logické vysvětlení, nicméně dospěla k názoru, že prožitek byl skutečný, především z důvodu pocitu reálnosti telepatické komunikace s umírajícím pacientem.

Spánkový deficit může skutečně způsobit rozšířený stav vědomí, ve kterém jsme schopni vnímat prožitky transpersonálního charakteru (Grof, 2004). V mnoha domorodých kulturách stále patří odpírání spánku spolu s hladověním, změnám dechového rytmu a pobytem v extrémních podmínkách k záměrně navozovaným stavům, které způsobují rozšířené stavy vědomí a jsou příznivé pro vnímání transpersonálních jevů (Eliade, 1997).

**Motiv odpuštění, dokončení, rozloučení a smíření (u 3 respondentů)**

„Myslím, že každý by to měl zažít, aby ho to zase někam posunulo a nějaké věci mohl uzavřít... Já jsem byla i ráda, že jsem mohla dát v těch posledních týdnech mámě to, ona mi dát neuměla – mohla jsem jí dát svou péči, lásku, pozornost a čas...“ (respondent č. 7)

„... Cítila jsem klid, smíření...“ (respondent č. 6)

„ Abys mohl zemřít, musíš se nejdřív pustit, poddat se tomu...a vzdát se peněz, majetku, vztahu...Lidé, kteří nejsou smíření a něco je tu ještě drží, ať už majetek nebo nedořešený vztah, umírají velmi pomalu a někdy i bolestivě, ačkoliv nemají objektivně žádné fyzické bolesti... A naopak, lidi, kteří na životě nelpí, nelpí na penězích, domě a mají dořešené vztahy, nezůstávají na lůžku dlouho a vstupují do světla v klidu, beze strachu...On problém nemusí být někdy ani v tom umírajícím...Někdy ho tu drží rodina, děti, partner...A je to úplně vidět, jak už by ten člověk rád odešel, jak by se chtěl už pustit a zbavit se těla, které už neplní svou funkci, působí mu bolest a není tu pro něj už žádné místo, ale kvůli svým blízkým třeba ještě zůstává, protože oni se nehodlají smířit s tím, že ho ztratí...Někdy, když vidím, že to trvá dlouho, se snažím promluvit i s rodinou, aby svému umírajícímu zkusili říct, že to je v pořádku a že jestli už potřebuje, že může jít a pustit se... Paradoxně někdy obtížněji odcházejí lidi, kteří jsou ortodoxně věřící – katolíci...Ti někdy mají problém, mají velký strach, bojí se možná takových těch věcí jako očištění a posmrtné utrpení duše...Neříkám, že nic takového neexistuje...Myslím, že ten, kdo lpěl na životě, na penězích a jeho mezilidské vztahy nebyly dobré, může umírat opravdu bolestivě, teď nemyslím bolest způsobenou něčím tělesným...Viděla jsem lidi, kteří nebyli smíření a zoufale se drželi života a umírali za velkých bolestí, křičeli, aniž by měli na těle nějaké vnější nebo vnitřní zranění... Nepomohou jim ani ty nejvyšší dávky morfinu, po kterých by měli být úplně klidní a bez bolesti... A naopak jsem viděla lidi, kteří byli fyzicky opravdu bolaví a člověk se jich bál i dotknout, aby se třeba nedotkl nějakého otevřeného zranění, ale při umírání je vůbec nic nebolelo, a umírali smířeně, s úsměvem, aniž by brali jakékoliv léky na tlášení bolesti...“ (respondent č. 3)

„...Rodina často nechce svého blízkého pustit, často pláčou a říkají, co já tu budu bez něj dělat. Odchod jejich blízkých to samozřejmě ovlivňuje, zůstávají tu zbytečně připoutáni a čekají jen na to, až je jejich blízcí pustí, až jim dovolí umřít. Často s těmito lidmi pak musím

*mluvit, aby se se svým blízkým, který už dlouho umírá, dokázali konečně rozloučit, říci mu, že je to v pořádku, že může jít, že to zvládnou i bez něj. Pamatuji si zrovna nedávno paní, která když jsem jí tohle říkala, tak plakala, že to ještě nedokáže, že ještě není připravená se rozloučit. Pak to ale dokázala a tatínek druhý ten na to v klidu zemřel. To rozloučení je strašně moc důležité, pro všechny a ať už je klient doma, nebo tady, v hospici. Jedné kolegyni se stalo, že klient jí pozdě večer řekl, že by chtěl, aby za ním přišla jeho rodina. Jeho stav byl beze změn, stabilní. Kolegyně se nakonec rozhodla rodinu pozdě večer, nebo spíše už v noci nekontaktovat, říkala si, ještě by se zazvonění telefonu poděsili, mysleli by si, že se něco stalo, že zemřel. Nekontaktovala je a klient zemřel několik hodin na to, brzy ráno, aniž by se rozloučil se svými blízkými. Hodně jsme o té situaci mluvili, kolegyně z toho byla špatná. Pak ji jednou poprosil další klient, že by chtěl vidět svého syna. I když to bylo v hluboké noci, poslali jsme synovi sms. A syn brzy na to přijel, rozloučil se s ním, pobyli spolu a tatínek pak po synově odjezdu v klidu a v pokoji zemřel. Každý většinou ví, že nastává ta jeho chvíle, nevím, jestli vnímají, že jim ubyly síly, nebo komunikují s někým shora a vědí, že odchází někam dál...“ (respondent č. 6)*

Ačkoliv motiv odpuštění, smíření a dokončení nezmiňují respondenti přímo v souvislosti s SDE, ale často spíše se samotným prožitkem připravenosti na smrt na obou stranách, případně s prožíváním zvláštních synchronicit před samotným odchodem, domnívám se, tento motiv je pro témata spojená se smrtí a umíráním klíčový a je důležité ho nepřehlížet ani v kontextu mimořádných prožitků. Je možné, že tyto motivy smíření, rozloučení a odpoutání, které se opakují jak ve výpovědích zdravotnického personálu, tak osob, které doprovázely své umírající blízké, mají důležitou roli jak pro umírající, tak i blízké a pozůstalé a případně mohou i ovlivnit hloubku a kvalitu prožitku či samotný vznik sdíleného prožitku smrti.

### **Transpersonální prvky zážitků**

- **Vnímání světla** (ve 3 případech)



*„Je to o světle...Pokaždé, když na oddělení někdo odchází (umírá), tak to poznám...Snažím se mu odchod nějakým způsobem ulehčit, udělám mu hezké prostředí...Pak mám zážitek světla...Umím se na umírajícího naladit a to světlo vnímat...Někdy už nevnímám ani fyzické obrysy těla, ale vidím ho už jen jako světlo... Je teplé, jasné a obklopující. Smrt je o odevzdání se světlu...Ptám se, co by ještě (umírající) potřeboval, aby mohl jít...Beru je za ruku a snažím se na ně „naladit“ a pomoci jim ponořit se do světla... Zvláštní, že vždy na dotek ruky reagují, zklidní se a s každým výdechem se více a více ponořují a každý další nádech je mělčí a výdech delší a hlubší“ (respondent č. 3)*

*„Když vydechla (maminka) naposledy, celá místnost se prozářila světlem a září, cítila jsem obrovskou energii...Neviděla jsem ji, ale vnímala jsem její energii. Četla jsem jí ještě chvíli po tom, co zemřela, Tibetskou knihu mrtvých, měla jsem ji doma a instinktivně jsme po ní sáhla, říkala jsme si, že to je ten správný čas, kdy ji využít.“ (respondent č. 7)*

*„ Já totiž poznám, když má někdo brzy umřít. Ne, že bych si řekla, jo tak ten vypadá špatně, ale vidím a cítím to, tu světelnou mlhu, co z něj vychází. Je to úžasný pocit... Někdy to vnímám až ve chvíli smrti, nebo už pár hodin před smrtí, někdy už dřív, třeba když je ten člověk v kómatu, tak odchází postupně...Je to taková mléčná světelná mlha, nebo spíš kouř, je v tom světlo. Někdy vidím, jak vychází jakoby z hlavy, někdy jakoby z prsou, z hrudníku...“ (respondent č. 5)*

Vnímání jasného, zářivého světla je často uváděným elementem prožitku SDE, ať už se jedná o světlo vycházející z umírajícího, vizi světla, kam umírající odchází nebo světlo, kterým se naplní místnost v okamžiku smrti. Vjem nadpozemského světla či záře byl rovněž zmíněn téměř všemi respondenty v mé předchozí studii (Johnová, 2013). V obou dvou studiích je motiv světla označen u všech případů, kdy došlo k SDE u lůžka umírajícího chvíli před či přímo v okamžiku samotné smrti. Motiv světla v této studii nezmínila respondentka č. 6, která prožila SDE jako telepatickou komunikaci a vizi nehmotného těla pacienta, který byl v tu dobu již několik dnů v kómatu, zemřel však až dva dny poté.

- **Navázání mimoslovní, telepatické komunikace s umírajícím** (u 2 respondentů)

*„ ...Den na to jsem byla večer v koupelně a najednou jsem cítila jeho přítomnost. Ne, že bych ho viděla očima, ale prostě jsem věděla, že tam se mnou je a že se se mnou přišel rozloučit. Mluvil ke mně a chtěl, abych mu zazpívala jeho oblíbenou píseň. Tak jsem začala zpívat a po tvářích mi tekly slzy, byl to tak silný zážitek, že si ten pocit vybavím ještě dnes. Bylo v tom něco posvátného, a nebyly to takové ty slzy smutku, ale slzy, které pláčeme při takovýchto mimořádných okamžicích v životě. Dozpívala jsem písničku, přítel se se mnou rozloučil a odešel. Druhý den jsem se dozvěděla, že v ten čas v nemocnici zemřel. Manželka a jeho syn se báli nechat ho zemřít doma, tak mu v posledních chvílích, kdy měl být doma a už se s ním nemělo hýbat, zavolali záchranku... Asi hodinu po příjezdu do nemocnice zemřel...“*  
(respondent č. 7)

*„ Selhávaly mu životní funkce, ale byl napojen na spoustu přístrojů, dostával infuze. Když ledviny selhávají, neberou už vodu a nafukují se, spolu s celým tělem – ten muž byl po příchodu štíhlý, 70 kilový a za několik dnů vážil 120 kilo – leží na posteli, která je váží, takže na displeji vidíte, kolik váží. Byl úplně oteklý, nafouklý, musela jsem přistavit z každé strany postele židle, aby mu podpíraly ruce. Každé 4 hodiny jsem k němu chodila a prováděla pořád ty stejné úkony, vylila krev...Jednou jsem přišla, byla jsem hodně unavená, po 4 nočních, byla jsem v takovém tom stavu, který máte, když dlouho nespíte. Přišla jsem tam a než jsem přišla k boxu, k lůžku, chystala jsem ještě něco v kuchyňce, která v té místnosti byla. Najednou jsem vedle uviděla toho pacienta, jak sedí, kope při tom bezstarostně nohama, byl úplně klidný a říká mi: „No tak to zas všechno udělej“ ... Na posteli v boxu leželo v kómatu jeho tělo. Viděla jsem ho ale zároveň jasně vedle sebe, seděl na kuchyňské lince vedle mne...Nedokážu to popsat. Viděla jsem ho jakoby periferním viděním. Vypadal úplně stejně, jako když k nám přišel, štíhlý muž, ne tak, jak vypadalo jeho tělo, které leželo nafouklé o kus dál na posteli...Mluvil se mnou, ale bez hlasu, bylo to v mozku, přesto ale úplně jasné a srozumitelné. A já jsem mu také tak odpovídala. Když mi řekl, “no tak to zase všechno udělej“, odpověděla jsem mu, že to tak musím dělat. On mi na to pověděl, že už nechce být připojený na přístroje, že už chce jít a ať už to nedělám a jdu pryč, ať může v klidu jít. Já jsem mu říkala, že mně to mrzí, ale že to vše dělat musím, nemůžu se o něj přestat starat. On na to řekl, že ví, že to tak musím dělat, a že tedy ještě počká... Říkal mi to úplně v klidu, nezlobil se*

*a z něho celého byl cítit takový hluboký mír a klid, lehkost, uvolněnost. Pamatuji si, jak seděl na té kuchyňské lince a kopal při tom bezstarostně nohama, uvolněně...Zemřel dva dny po tom.“ (respondent č. 6)*

Telepatickou komunikaci s umírajícím popsaly dvě respondentky, respondentka č. 6 - zdravotní sestra u lůžka umírajícího a respondentka č. 7, která prožila SDE na dálku ve chvíli smrti svého blízkého přítele. Element mimoslovní, telepatické komunikace v průběhu SDE byl rovněž identifikován u souboru respondentů v mé předchozí studii (Johnová, 2013).

- **Vize světelné mlhoviny či kouře vycházející z těla umírajícího** (u 2 respondentů)

*„ Je to taková mléčná světelná mlha, nebo spíš kouř, je v tom světlo. Někdy vidím, jak vychází jakoby z hlavy, někdy jakoby z prsou, z hrudníku“ (respondent č. 5)*

*„ Někdy už nevnímám ani fyzické obrysy těla, ale vidím ho už jen jako světlo... Je teplé, jasné a obklopující“ (respondent č. 3)*

Dvě zdravotní sestry, které SDE opakovaně prožívají u úmrtního lože pacientů, popisují vize světlené mlhy či kouře vystupující z těla pacientů. Tento jev popsala rovněž respondentka č. 4 při SDE u úmrtního lože matky (Johnová, 2013). Tento jev je tedy prožíván v případě prožití SDE u lůžka umírajícího pacienta či blízkého člověka. Tento jev se přirozeně neobjevuje v případech prožití SDE na dálku.

- **Silné extatické prožitky a neovladatelnost emocí** (u 2 respondentů)

*„... já totiž prožívám to umírání a smrt (pacientů) i pocitově – vždy, když vidím, jak někdo odchází a vidím tu světelnou mlhovinu, chce se mi strašně smát a cítím velkou radost. Je to tak silný, že to nemůžu ovládnout, dere se to zevnitř, z hloubky, je to takový ten smích až k slzám, jak kdyby se mi měla hlava a hrudník rozskočit, do očí mi často vhrknou slzy...Jsou to takové, jak to vyjádřit, úplně jako extatické pocity a jsem při tom strašně šťastná. Cítím to i po těle, takové chvění a mravenčení a někdy se mi chce začít hodně rychle dýchat, musím si dávat právě pozor (aby si toho nevšimli kolegové)“ (respondent č. 5)*

*„...po tvářích mi tekly slzy, byl to tak silný zážitek, že si ten pocit vybavím ještě dnes. Bylo v tom něco posvátného, a nebyly to takové ty slzy smutku, ale slzy, které pláčeme při takovýchto mimořádných okamžicích v životě“ (respondent č. 7)*

Silné extatické prožitky popisuje respondentka č. 5, která SDE prožívá při výkonu profese zdravotní sestry. Intenzivní a mimořádné emoce v podobě smíchu a pláče dohromady popisuje respondentka č. 7 u úmrtního lože své matky, stejně jako respondentka č. 4 u úmrtního lože své matky v mé předchozí studii (Johnová, 2013). Pro respondentku č. 5 jsou však její emoční projevy problematické a obtížně ovladatelné, obává se především reakce svých kolegů. Obava z možné negativní reakce kolegů může hrát v samotném způsobu prožitku SDE důležitou roli, neboť dvě další respondentky se necítily být ohroženy svým okolím a proto mohly dát ve chvíli prožitku SDE svým emocím volný průběh, což by ale v případě zdravotní sestry mohlo přinejmenším působit nestandardně a nemuselo by to být přijato.

### 7.1.2 Analýza dat celého výzkumného souboru

Poté, co jsem analyzovala data, která se týkala základních elementů a způsobu prožití SDE u 4 nových respondentů, přešla jsem k analýze dat celého výzkumného souboru a zaměřila se na hlavní cíl mého výzkumu - kontext zážitků sdílené smrti.

Výpovědi 3 respondentů, které jsem měla k dispozici z minulého výzkumu, jsem propojila s daty, které mi poskytli nyní v rámci druhého rozšiřujícího rozhovoru a získala tak kompletní data o jejich SDE a kontextu celého prožitku.

K analýze dat jsem standardně opět použila metodu kódování - kódováním jsem vytvořila hlavní okruhy, motivy a kategorie, které se dotýkají kontextu jednotlivých prožitků SDE:

**Před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje jiný typ mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním či zkušenost s jiným typem transpersonálního prožitku**

- **Před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje jiný typ mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním**

*„... před mnoha lety jsem měla potrat dcery...To jsem byla v opravdové krizi, trpěla jsem depresemi, téma smrti se mi neustále vracelo, byla to i duchovní krize...Tehdy jsem ještě ale nepracovala s umírajícími...Pomohla mi až regrese, kterou jsem podstoupila u psychologa. Prožila jsem v ní zážitek z minulého života, kdy jsem umírala v koncentračním táboře. A jak jsem prožila v regresi i svou vlastní smrt a vstoupila ve chvíli smrti do světla, přestala jsem mít strach. Vše se vyřešilo a posunula jsem se dál... Od regresního prožitku dělím svůj život na před regresí a po regresi. Nebo taky na nevědomost a vědomost...“ (respondent č. 3)*

Respondentka č. 3 (zdravotní sestra) zde popisuje přelomový zážitek, kdy v regresi prožila zážitek vlastní smrti a vstup do světla – zážitek v regresi vysvětluje jako vzpomínku na smrt ve své předchozí inkarnaci. Udává, že po tomto prožitku se jí podařilo překonat náročné životní období a ztrátu dítěte, od původní profese dětské zdravotní sestry přešla po tomto zážitku k práci s umírajícími.

*„ V průběhu 10 let jsem opakovaně prožila klinickou smrt, nikdo už tehdy nevěřil tomu, že se uzdravím...Vždy to je o vstupu do světla. Nejdříve je temnota, kterou všichni musíme projít a pak se dostaneme do světla – najednou je vám vše jasné a vše víte, co jste tu udělali nebo ještě neudělali, co jste zvládli a co ne, co vás ještě čeká...V tom světle má každý možnost se rozhodnout, jestli zůstane, nebo půjde dál, protože ví, co ho tu ještě čeká, co ještě musí vykonat, co se ještě musí naučit... Z jedné klinické smrti mám hodně zvláštní zážitek – navázala jsem v tom stavu telepatickou komunikaci se svým nemocným synem, o kterého se celý život starám- chtěla jsem zůstat hlavně kvůli němu. On mi ale říkal, mámo, jestli chceš, klidně běž dál, protože já to tu bez tebe zvládnou, už sis tu užila na tom světě dost... Na druhé straně jsem zase mluvila se svými blízkými, kteří už nežili...Při tom posledním zážitku jsem v tom světle věděla, že jsem v této existenci už vše naplnila, ale chtěla jsem se vrátit sama zpět a předávat to, co jsem se dozvěděla, druhým...Protože to světlo je totožné s láskou – pokud se v životě naučíte žít v lásce a být láskou, už se na této úrovni nemáte co učit – ale můžete něco ze sebe předávat dál...“ (respondent č. 7)*

Respondentka č. 7 popisuje opakovanou zkušenost NDE, kterou prožila několikrát v průběhu několika příhod, kdy byla z důvodu závažné nemoci přímo ohrožena na životě a kdy u ní byla lékaři konstatována klinická smrt. Dvě zkušenosti SDE, jednu na dálku v souvislosti s úmrtím přítele a druhou u úmrtního lože matky, prožila až několik let pro zážitcích NDE.

- **Před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje zkušenost s jiným typem transpersonálního prožitku**

*„...Nebylo to pro mne ale nic překvapivého, já mám takové zážitky už od dětství. První jsem měla v 6 letech, když jsem jednou na ulici, ale uvnitř hlavy „viděla“ dopravní nehodu, jak tramvaj narazila do sousedova auta, viděla jsem souseda, jak vyběhl z auta, celý od krve a věděla jsem, že jeho žena zůstala uvnitř. Za dva dny se to skutečně stalo, soused, který měl dům vedle nás, měl autonehodu, nabourala do nich tramvaj. Nikomu jsem to ale neřekla, bála jsem se, že si budou myslet, že si vymýšlím, nebo že jsem se zbláznila. Takových zážitků mám ale víc“.* (respondent č. 6)

*„ Také jsem běžně prožívala mimotělesnou zkušenost, už když jsem byla malá, opouštěla jsem své tělo a zase se do něj vracela, umím to stále“ (respondent č. 7)*

Respondentky popisují, že od útlého věku spontánně prožívaly zážitky transpersonálního charakteru – respondentka č. 7 měla spontánní exsomatické zkušenosti, které se naučila v průběhu času ovládat, respondentka č. 6 popisuje ve věku 6 let předtuchu a vizi závažné automobilové nehody souseda, která se dva dny na to skutečně stala. Obě dvě při rozhovorech v souvislosti s SDE sdělují, že je tato zkušenost nepřekvapila, protože mají již předchozí zkušenosti s jinými mimořádnými zážitky.

*„ dělám jógu a párkrát jsem měla vlastně úplný pocit na těle i co se týče pocitů- najednou jsem cítila mravenčení, i v hlavě, na temeni a měla jsem silné nutkání se začít hlasitě smát. Ale byli tam ještě další lidi, co cvičili, tak jsem to nějak vždy zastavila, aby si toho nikdo nevšiml. Ptala jsme se na to ale cvičitele a ten mi řekl, že to je normální a je to energii, která se v těle při cvičení a meditaci probouzí... Takže je to asi o té energii, která se uvolňuje a o jejím vnímání“ (respondent č. 5)*

Respondentka č. 5 zde popisuje mimořádné emoční a tělesné prožitky, které prožila v průběhu provádění jógových cvičení a později se s podobnými prožitky setkává i v rámci opakovaných SDE při práci s umírajícími pacienty. Těmto prožitkům se v odborné literatuře říká „krije“ a jsou dávány do souvislosti s probouzením kundalini šakti. Probuzení kundalini šakti popisuje Grof jako formu transpersonálního zážitku a je možné ho prožít i v rámci psychospirituální krize (Grof, 2004).

**Předchozí zkušenost s úmrtím velmi blízkého člověka nebo s akutní hrozbou úmrtí, kterou respondenti popisují jako formativní**

*„...před mnoha lety jsem měla potrat dcery...To jsem byla v opravdové krizi, trpěla jsem depresemi, téma smrti se mi neustále vracelo, byla to i duchovní krize“ (respondent č.3)*

*„Tehdy mi bylo 25 let a podala jsem synovi, kterému bylo tou dobou 1 a 3/4 roku, určitou kombinaci léků. Syn se poté dostal do velmi akutního stavu, převezli nás hned do lépe vybavené nemocnice, kde byl v inkubátoru. Zjistilo se, že má Stevens-Johnsonův syndrom. Jeho stav byl velmi vážný, 10 dnů se vůbec nevědělo, jestli to přežije...Tehdy to byla taková situace, že jsem to ani pořádně nevnímala, dostavilo se to později...I s pocitem viny, že já jsem to vlastně vše způsobila...Když o tom tak přemýšlím, tohle byl ten první a hlavní spouštěč, ta hrozící možnost ztráty...Hned po tom jsem si začala zjišťovat různé věci, snažila jsem se shánět nějaké informace, seznámila jsem se se samizdatovou jógou...Knih na taková témata bylo tehdy hodně málo, ta vlna přišla až v 90.letech... Tehdy při tom hrozivém zážitku a vlastně setkání s možnou smrtí dítěte se ve mně něco otevřelo, ale ještě jsem nebyla připravená, uzavřela jsem to...Pak to nějaký čas spalo a znovu se to už naplno otevřelo až v tom zážitku s maminkou...“ (respondent č.4)*

*„Mám dva syny, jeden z nich málem v 8 měsících zemřel na astmatický záchvat a několikrát se to ještě opakovalo, druhý se narodil s Downovým syndromem“ (respondent č.7)*

Tři respondentky popisují buď přímo smrt dítěte (respondentka č. 3) nebo akutní ohrožení života dítěte (respondentka č. 7, respondentka č. 4). Respondentka č. 4 sama udává, že ohrožení života dítěte bylo zřejmě hlavním spouštěčem v procesu určitého duchovního zrání a zpracování témat smrti a umírání, tento proces pokračoval zážitkem SDE u úmrtního lože matky a jak respondentka udává, pokračuje i nadále (viz příloha č. 3, transkripty rozhovorů). Respondentka č. 3 prožila smrt dítěte v souvislosti s potratem ve vysokém stupni těhotenství, udává, že tato událost v ní spustila silné deprese a mnohaletou duchovní krizi, kterou překonala až díky péči psychologa, regresi, ve které prožila svou smrt a následný vstup do „světla“ jako vězeň koncentračního tábora za 2. světové války. Respondentka se rovněž po tomto zážitku začala věnovat pravidelným meditacím, ve kterých, jak říká, rovněž vstupuje do „světla“. Tento vstup do světla je podle její výpovědi podobný či dokonce totožný se vstupem do světla u umírajících pacientů, které od této změny ve svém životě doprovází jako



zdravotní sestra v nemocnici. Dá se tedy říci, že smrt dítěte spojená s následnou duchovní krizí pro ni byla velmi formativní, díky péči psychologa a výše zmíněným zážitkům a meditační praxi ji však překonala a cítila potřebu dosáhnout určitého přesahu v práci s umírajícími, být jim oporou a provázet je ve chvíli přechodu.

*„ Ve věku 6 let jsem byla přítomna u smrti babičky, která umírala doma, byly jsme si velmi blízké...Pamatuji si všechny detaily, i jak jsem bojovala s matkou, aby neotevřela okno a nepouštěla její duši ven“ (respondent č.1)*

*„Setkala jsem se s něčím podobným, už v mládí jsem měla v souvislosti se svou rodinou takovou zkušenost, kdy jsem těm věcem se smrtí byla vystavena hodně zblízka. Ale asi teď k tomu nic víc nemůžu říct, bylo to totiž tak specifický, že by mne podle toho poznali, protože o tomhle ví hodně lidí, i v práci“ (respondent č. 5)*

Respondentka č. 1(sociální pracovnice – terapeutka) popisuje silný zážitek, kdy byla jako dítě přítomna u úmrtního lože babičky. Jak později v rozhovoru sděluje, téma smrti, které pro ni vždy bylo velmi aktuální, se plně projevilo (či naplnilo) právě při zážitku SDE, který prožila na dálku v souvislosti s předčasným úmrtím blízkého přítele.

Respondentka č. 5 (zdravotní sestra) rovněž popisuje předchozí významnou zkušenost s úmrtím v rodině, není však ochotná sdělit podrobnosti zážitku, neboť se obává možné identifikace jejího příběhu kolegy z nemocnice, kteří znají podrobnosti o jejím životě. Tato respondentka popisuje své četné zážitky SDE jako velmi intenzivní, se silnými emočními a tělesnými projevy (viz kapitola 7.1.1) a z obavy z odsouzení a nepochopení se je zatím snaží před svými kolegy tajit.

## **V minulosti prožité trauma nebo velmi náročné životní období**

*„ ... před mnoha lety jsem měla potrat dcery...To jsem byla v opravdové krizi, trpěla jsem depresemi, téma smrti se mi neustále vracelo, byla to i duchovní krize“ (respondent č. 3)*

*„...už v mládí jsem měla v souvislosti se svou rodinou takovou zkušenost, kdy jsem těm věcem se smrtí byla vystavena hodně zblízka“ (respondent č. 5)*

*„Syn se poté dostal do velmi akutního stavu, převezli nás hned do lépe vybavené nemocnice, kde byl v inkubátoru. Zjistilo se, že má Stevens-Johnsonův syndrom. Jeho stav byl velmi vážný, 10 dnů se vůbec nevědělo, jestli to přežije...Procházela jsem tehdy náročným obdobím, rozcházela jsem se 5 let komplikovaně s manželem...Začala jsem kvůli tomu také jezdit k psychologovi, to mi hodně pomohlo učit se na stejné věci dívat jiným způsobem...“ (respondent č. 4)*

*„Mám dva syny, jeden z nich málem v 8 měsících zemřel na astmatický záchvat a několikrát se to ještě opakovalo, druhý se narodil s Downovým syndromem. Je to úžasná bytost a jsem moc vděčná, že ho mám, protože mne naučil hodně věcí. V životě jsme prošla mnoha zvraty – rozvedla jsme se, zůstala jsem sama se dvěma malými syny, oba dva vyžadovali velkou péči...Pak jsem sama onemocněla...“ (respondent č. 7)*

Čtyři respondentky popsaly v souvislosti se svou minulostí před prožitím SDE mimořádně obtížné životní období či dokonce traumatizující zkušenost, o které samy přiznávají, že měla velký dopad na jejich další život a směřování (respondentka č. 4, respondentka č. 3, respondentka č. 7)

**Vynoření témat transpersonálního charakteru či zkušenost s dalšími mimořádnými prožitky, které následovaly po SDE**

„ Do života mi brzy nebo bezprostředně po této zkušenosti vstoupila potřeba řešit jistý vývojový úkol, ústřední životní téma a s ním se objevili i důležití lidé. Dříve tam bylo to téma také, jen jsem mu tolik nerozuměla, nebyla jsem ještě připravena. Po tomto zážitku začalo vše zapadat do sebe, jako kdyby se do sebe poskládaly díly skládky...začala jsem prožívat téma smrti, umírání a hlavně předčasné ztráty hodně intenzivně, jako kdyby to vždy bylo nějakým způsobem mé osobní téma, bolestivá rána, která se nechce zahojit a zároveň po mně to téma něco vyžaduje, abych hledala, investovala energii do druhých a zase hledala...S odstupem času to nyní vnímám jako velkou lekci, mohu snad říci i karmickou, a velkou výzvu, kterou jsem řešila mnoho let, byl to v podstatě proces, s velkými výškami, ale také velkými hlubinami a pády (respondent č. 1)

„ Měla jsem pak období, kdy ke mně podobné zážitky, i když už nebyly spojené se smrtí, přicházely hodně často - vnímala jsem je jako naprosto pro mne přirozené, ani jsem se jich nebála, ani nebyly pro mne nevysvětlitelné. Pokaždé, když jsem měla nějaké spirituální prožitky, došlo neuvědoměle k vnitřnímu zklidnění a míru a vlivem toho k schopnosti předávat druhým klid a pokoj, i když to bylo dočasné. To intenzivní období trvalo asi 10 let a pak jak přišlo, tak i odešlo. Také mne tyto zážitky spíš přirozeným způsobem posílily ve velmi náročném období - sama s dvěma dětmi s nedobrym zdravotním stavem, navíc péče o postupně nemohoucí maminku...“ (respondent č. 2)

„ Umírala u nás jedna paní, se kterou jsem se sblížila...Mluvili jsme spolu o všem a domluvili jsme se, že až odejde, tak mi dá vědět, jaké to tam na druhé straně je...Asi 5 dnů po její smrti jsem se ve 3 hodiny v noci vzbudila s pocitem, že někdo nebo něco je v místnosti. A uviděla jsem ji, úplně jasně a fyzicky očima, jak seděla v křesle kus ode mne v ložnici. Bylo to tak živé a jasné, žádný mlhavý obraz, viděla jsem ji úplně jasně a živě, přesně v té své pozici a s rukama, jak vždy sedávala...Strašně jsem se ale polekala...a nenapadlo mne v tu chvíli nic jiného, než se začít modlit. Chvíli tam ještě byla a pak zmizela...Všimla jsem si také vedle spícího manžela, že dělal rukama kolem hlavy takové zvláštní pohyby, jako by něco zaháněl...Ted' mne mrzí, že jsem se tak polekala, možná bych se od ní něco dozvěděla ...“ (respondent č. 3)

*„Později jsem v rámci meditace dokonce měla i zážitek mimotělesné existence. Vznesla jsem se nad vlastní tělo, vnímala jsem i přítomnost jiných bytostí, jiný svět, vše bylo ve velmi intenzivních barvách. Víím, že se mi vůbec nechtělo zpátky. Když jsem se dostala zpět do těla, slyšela jsem takové cinknutí. Barvy a některé prvky mimotělesného prožitku se v něčem velmi podobaly té zkušenosti s maminkou. Samozřejmě to s maminkou bylo emocionálně silnější.“*  
(respondent č. 4)

*„Vrátila jsem se, abych něco zprostředkovala druhým ...navazují se mnou spontánně komunikaci ti, kteří již zemřeli a žádají o předání vzkazu svým žijícím blízkým. Nejčastěji přicházejí nebo je vnímám před usnutím, jedno období bylo takové, že jsem se nemohla kvůli tomu ani vyspat, bylo jich tolik, musela jsem jim říkat, že jim sama už nemohu pomoci. Nějak se mi ty dva světy spojily a byla jsem otevřená pro oba, neuměla jsem se ještě ale chránit a uzavřít se...“* (respondent č. 7)

Respondentka č. 1, která prožila SDE v mládí, sděluje, že pro ni byla tato zkušenost velmi formativní a samotný zážitek v ní otevřel určitý proces, ve kterém byla konfrontována s dosud nezpracovaným, ale pro ni aktuálním tématem smrti, hovoří rovněž o procesu duchovního růstu. Respondentka č. 2 popisuje další mimořádné zážitky transpersonálního charakteru, které k ní po zážitku SDE přicházely ještě dalších 10 let, vnitřní mír a zklidnění, které mohla předávat druhým. Respondentka č. 4 popisuje exsomatickou zkušenost, kterou měla několik let po zážitku SDE v průběhu meditace, kdy vstoupila do světla a vnímala přítomnost dalších bytostí či entit. Respondentka sděluje, že tento zážitek byl velmi podobný či dokonce totožný se zážitkem SDE, který prožila u úmrtního lože matky. Respondentka č. 7 popisuje v souvislosti se zážitky NDE období, kdy byla někde „mezi dvěma světy“ a obraceli se na ni ti, kteří již zemřeli, ale potřebovali předat svým blízkým nějakou informaci. Ačkoliv toto nesouvisí přímo s jejím SDE, mohla hrát její vnímavost pro tyto jevy důležitou roli v následovném prožití dvou zážitků sdílené smrti.

**Zkušenost s technikami, které mohou vést k rozšířeným stavům vědomí (předchozí zkušenost před prožitkem SDE, zájem o tyto techniky i po zkušenosti SDE)**

*„Začala jsem se (po NDE) také věnovat meditaci, teď mám kolem sebe lidi, se kterými se pravidelně věnujeme meditaci... Byla jsem také na holotropním dýchání, to byl úžasný zážitek, nabitý obrovskou energií. Byla jsem za něj XY ( \*jméno facilitátora HD) tak vděčná, že jsem ho po skončení dýchání objímala, bylo to nepopsatelné...“ (respondent č. 7)*

*„...dělám jógu a párkrát jsem měla vlastně úplně stejný pocit (jako při SDE) i při cvičení - najednou jsem cítila mravenčení, i v hlavě, na temeni a měla jsem silné nutkání se začít hlasitě smát. Ale byli tam ještě další lidi, co cvičili, tak jsem to nějak vždy zastavila, aby si toho nikdo nevšiml. Ptala jsme se na to ale cvičitele a ten mi řekl, že to je normální a je to energií, která se v těle při cvičení a meditaci probouzí...“ (respondent č. 5)*

*„Chodím na jógu, hodně kvůli zádům, ale s meditací ani s ničím podobným nemám zkušenost, není na to čas“ (respondent č. 6)*

*„Tai-chi se věnuji už asi 11 let, vedu teď několik skupinek děvčat od 30 – 60 let. Není to tak úplně stoprocentní tai-chi, já tomu říkám spíše práce s energiemi, nebo hraní si s energiemi...Také mám zkušenosti s Či-kungem, meditací a jógou“ (respondent č. 4)*

*„Od regresního prožitku dělím svůj život na před regresí a po regresi. Nebo taky na nevědomost a vědomost... Začala jsem taky chodit na meditace a od té doby se meditacím intenzivně věnuju...V meditaci také vstupuju do světla, je to pro mne už běžný zážitek...Medituji pravidelně už 14 let.“ (respondent č. 3)*

*„ Ještě před tím zážitkem jsem se zajímala o dechová cvičení, hlavně čchi - kung a některá bojová umění. Po tom zážitku jsem se začala věnovat více sama sobě, začala jsem chodit na jógu a věnovala se jí několik let. Zkusila jsem i holotropní dýchání, ale až později“ (respondent č.1)*

Všechny respondentky uvedly, že v minulosti před zážitkem SDE vyzkoušely některou z technik, které pracují s rozšířenými stavy vědomí (jóga, meditace, čchi-kung, holotropní dýchání apod.). Všechny respondentky se i po zážitku SDE těmto technikám doposud věnují a v některých případech je prohlubují, nebo zkoušejí další techniky. Je proto možné, že zážitek SDE, budeme-li vycházet z toho, že vzniká v souvislosti s rozšířeným stavem vědomí, mohly respondentky v tomto výzkumném souboru prožít díky určité připravenosti a předchozí zkušenosti s prožitky změněného stavu vědomí. Na základě analýzy dat tohoto výzkumného souboru však nemůžeme přirozeně vyvodit žádné přímé souvislosti. Je navíc rovněž možné, že se do výzkumu zapojili pouze respondenti, kteří podobné zážitky nevnímají jako ohrožující a byli ochotni o nich vypovídat právě díky určité obeznámenosti s rozšířenými stavy vědomí.

### **Potřeba sdílení prožitku SDE**

*„ Chtěla jsem to někomu říct a popovídat si o tom, a asi jsem potřebovala k tomu i něco slyšet, sdílet to s někým, kdo to pochopí a porozumí tomu, bylo to pro mě hodně důležité. (respondent č. 2)*

*„Řekla jsem o tom pár přátelům, ale bohužel si s tím nevěděli moc rady a začali se mi spíše stranit – byla jsem úplně někde jinde a oni asi neměli nic, co by mi na to mohli říci...Bohužel se mnou nedokázali být ani na té lidské rovině...To se ale stává často i truchlícím lidem, když někoho blízkého ztratí – najednou zůstanou sami, protože druzí lidé se jim začnou z různých důvodů vyhýbat...Škoda, že jsem tehdy neměla nikoho, kdo by se mnou jen tak byl...“ (respondent č. 1)*

*„...Určitě to moct s někým sdílet, to bylo nejdůležitější. Ale s někým, kdo by mi neřekl, že jsem šílená, aby na mně nekoukal jako „ o čem to tady mluviš?“. Naštěstí jsem tou dobou měla svá děvčata z tai-chi, kde jsme takovým věcem hodně otevření a mluvíme o nich. To sdílení bylo nejdůležitější.“ (respondent č. 4)*

*„Bylo to tak silné a byla jsem toho tak plná, že jsem hned druhý den jela ke svým přátelům, takovým otevřeným a skvělým lidem, se kterými jsem to potřebovala hned sdílet“ (respondent č. 7)*

Ačkoliv respondentky popisují zážitky SDE jako velmi niterné, osobní a emotivní, mají silnou potřebu sdílení, avšak s někým, kdo je otevřený, neodsuzující a dokáže na sdílení tohoto zážitku reagovat autentickým přijetím.

### **Obava z odmítnutí a nepochopení**

*„Já bych totiž nechtěla, aby se o tom na oddělení někdo dozvěděl, to by si mysleli, že jsem asi šílená, i tak se na mne někdy dívají divně a když se to stane, tak si musím pokaždý dávat pozor a ovládnout se... Právě že by to nepochopili a mysleli by si, že jsem se buď zbláznila, že se směju a jsem šťastná, když někdo umře, nebo jsem nesoucinná, protože když někdo umře, tak se má přece plakat...Řekla jsem to jen jedné kolegyni z jiného oddělení, to je taková otevřená duše...“ (respondent č. 5)*

*„...sdílet to ale s někým, kdo by mi neřekl, že jsem šílená, aby na mně nekoukal jako „ o čem to tady mluvíš?“ (respondent č. 4)*

Dvě respondentky popisují silnou obavu z toho, že při sdílení by jejich zkušenost nemusela být přijata, respondentce č. 5 tato nemožnost tuto zkušenost sdílet a obavy z reakce kolegů na zdravotnickém pracovišti způsobuje dokonce obtíže, neboť tyto prožitky a jejich projevy musí tajit.

### **Zkušenost odmítnutí a nepochopení při pokusu o sdílení SDE**

*Řekla jsem to knězi. A bylo to popravdě hodně divné, čekala jsem, že se setkám s pochopením, ale on se na mne koukal jako na nějakého psychotika nebo ezoterika. Měla jsem z toho pocit, že si myslí, že na takové zážitky by měl mít právo jen on a další kněží nebo duchovní, že „obyčejným“ lidem se to přeci nestává, nebo by se jim to aspoň stávat nemělo... To mně zklamalo...“ (respondent č. 2)*

Respondentka č. 2 zde dokonce popisuje negativní zkušenost a zklamání při pokusu o sdílení zážitku SDE s katolickým knězem místního kostela.

Potřeba sdílení v bezpečném rámci, bez obav z odsouzení, je zřejmě významným tématem a silnou potřebou všech, kteří zkušenost SDE prožijí.

### **Intenzivní projevy na fyzické i emoční úrovni v průběhu zážitku i po zážitku**

*„...já totiž prožívám to umírání a smrt i pocitově – vždy, když vidím, jak někdo odchází a vidím tu světelnou mlhovinu, chce se mi strašně smát a cítím velkou radost. Je to tak silný, že to nemůžu ovládnout, dere se to zevnitř, z hloubky, je to takový ten smích až k slzám, jak kdyby se mi měla hlava a hrudník rozskočit, do očí mi často vhrknou slzy... Cítím to i po těle, takové chvění a mravenčení a někdy se mi chce začít hodně rychle dýchat, musím si dávat právě pozor...Trvá to pár minut, někdy déle. Já už mám naučené, jak to ovládnout. Většinou jdu někam, kde můžu být chvíli sama, ale ne vždycky to jde. Tak jdu jako do umývárny, opláchnu se studenou vodou a chvíli se opřu o zed' v umývárně. Nosím sebou také čokoládovou tyčinku, dám si pár dílků a je to hned lepší. Když zapomenu, tak máme automat.“ (respondent č. 5)*

*„Cítila jsem se dobře, tělem mi proudila energie, myslím, že jsem měla i trochu mravenčení v rukách a v nohách a v hlavě a hlavu jsem měla lehkou.“ (respondent č. 2)*



Dvě respondentky popisují v souvislosti se stavem v průběhu a bezprostředně po SDE silné emoční a tělesné projevy, jako například chvění, mravenčení, proudění energie, hyperventilaci a emoční inkontinenci (smích). Respondentka č. 5, zdravotní sestra, se z těchto důvodů dostává na pracovišti do situace, kdy tyto projevy musí tajit. Dle jejího sdělení tyto situace řeší tak, že odchází od umývárny, kde se oplachuje vodou, opírá se o zeď a jí čokoládu. Podle těchto výpovědí se může jednat o jev, který je v literatuře popisovaný jako „*krije*“ a vyskytuje se v souvislosti procesem probouzení „*kundalini šakti*“, který může doprovázet různé zážitky transpersonálního charakteru (Grof, 2004).

### **Neukotvenost v těle**

*„...jako kdybych ani nebyla ve svém těle. Byl to podobný pocit, jako když se někdy ráno vzbudíte, ale nemůžete ještě pohnout tělem...Já jsem tělem mohla hýbat, ale vlastně jsem ho moc necítila, ruce a nohy jsem cítila jako takovou hmotu bez života, jako kdyby ke mně ani nepatřily. V hlavě jsem měla takový zvláštní pocit prázdna a lehkosti...Jako poslední výdech po dlouhém boji, v těle, které už neplní svou funkci a zůstalo jen prázdnotou schránkou...Své tělo jsem pociťovala jako něco hrubého, těžkého, jako hmotu, která mne táhne k zemi a nemá už moc žádné využití...Asi se to umírání (přítele) nějak přeneslo i na mne... (respondent č. 1)*

Respondentka prožila SDE na dálku (v průběhu snu) v souvislosti s nečekaným úmrtím blízkého přítele, její zážitek byl intenzivní a hluboký, „doprovázela“ přítele skrz temnotu, světlo až k hranici či mezi, kterou nemohla překročit. Po prožitku SDE udává různé tělesné obtíže, které se projevovaly především pocitem, že není dobře ukotvena ve svém těle a své tělo pociťuje jen jako jakousi prázdnotou schránku. Neukotvenost v těle popisuje David Lukoff jako jeden z doprovodných příznaků psychospirituální krize a nabízí techniky krizové intervence, které jsou založeny především na tzv. „*groundingu*“ – práci s tělem a rovněž úpravou stravovacího režimu s preferencí uzemňujících potravin (Lukoff, 2007).

### **Změny ve spánkovém a stravovacím režimu, narušení denního rytmu**

*„...prakticky po několik dnů před tím jsem nebyla schopná přijímat vůbec potravu... Po tom zážitku, kdy fakticky v průběhu mého snu zemřel, jsem se to ráno po několika dnech poprvé trochu najedla...Pak jsem se snažila příteli celý den dovolat, až jsem přes druhé lidi zjistila,*

*že byl před pár dny nečekaně hospitalizován. Jela jsem do nemocnice, kde mi řekli, že přítel v noci zemřel. Od té doby jsem nejedla mnoho dnů, a když jsem něco snědla, byl to třeba jen kousek chleba nebo ovoce...Trvalo to skoro 2 týdny. Protože to bylo v létě, o dovolených, rozjela jsem se spontánně do hor, do míst, která jsem vůbec neznala, měla jsem sebou jen karimatku, spacák, vodu a nůž. Potřebovala jsem něco nalézt, potrebovala jsem být někde v lese...Pamatuji si, jak jsem nemohla spát a dívala jsem se na hvězdy...Stále jsem čekala, že dostanu nějakou odpověď, že se mnou přítel naváže ještě jednou kontakt...Byla jsem na tom hodně špatně, a samozřejmě jsem silně truchlila. Na konci toho pochodu jsem byla už úplně vyčerpaná a vyhladovělá, měla jsem velký spánkový deficit... Zpětně si nedokážu představit, že bych v takovém stavu chodila do práce...“ (respondent č. 1)*

Respondentka popisuje stav, kdy nebyla schopna přijímat několik dnů před samotným zážitkem SDE potravu, což si sama vysvětluje tak, že aniž by o přítelově kritickém stavu věděla, byla na něj už několik dnů před tím „napojena“ – v tu dobu se nacházel již na JIP. Poté, co přítel v noci zemřel, se respondentka ráno po několika dnech najedla, aniž by věděla, že přítel zemřel. Ve chvíli, kdy se o úmrtí dozvěděla, přestala znovu jíst, začala trpět insomnií a měla silnou potřebu putovat přírodou, spát v lese, s potřebou navázání dalšího kontaktu se zemřelým přítelem. Ke spirituálním prožitkům se přidalo i komplikované truchlení z předčasné ztráty blízkého člověka.

### **Potřeba mít pro sebe prostor a čas na zpracování zážitku**

*„ ... (potřebovala jsem)... klid, časový prostor...přebrat si to v klidu v hlavě“ (respondent č. 6)*

*„...rozjela jsem se spontánně do hor, do míst, která jsem vůbec neznala, měla jsem sebou jen karimatku, spacák, vodu a nůž. Potřebovala jsem něco nalézt, potrebovala jsem být někde v lese...“ (respondent č. 1)*

*„...Začala jsem pak jezdit do hor – nikdy bych si nemyslela, že budu někdy jezdit se stanem a s batůžkem, ale jezdím...Když jsem po namáhavé výstupu někde vysoko, cítím podobné pocity – hlavně velkou pokoru...“ (respondent č. 4)*

Tři respondentky popisují, že ke zpracování této zkušenosti potřebovaly prostor a čas, dvě z nich přímo pociťovaly potřebu prožít tento čas v přírodě. Respondentka č. 1 sděluje, že po prožitku SDE se vydala na jakousi pouť do hor a lesů, kde čekala na další podobné prožitky a navázání kontaktu s blízkým zemřelým.

### **Zážitek je pro respondenta formativní a ovlivňuje jeho další profesní či osobní život**

*„... ten zážitek mne změnil, nasměroval na cestu, jak na té osobní rovině, tak i na rovině pracovní...Před tím jsem neuvažovala, že bych chtěla tak intenzivně pomáhat druhým a provázet je na jejich cestě...Tím zážitkem se všechno změnilo, počínaje volbou zaměření studia a dalších zájmů...Vždy jsem ale měla pocit, že vše je, tak jak to má být, že plním svůj úkol tady na zemi, své poslání a naslouchám tomu procesu...Ačkoliv to byly často velmi těžké chvíle, nikdy jsem nepochybovala, že vše, co se děje, je správné a tak to má být...Samozřejmě to upevnilo i mou hodnotovou orientaci, ujasnila jsem si díky tomu zážitku, co je v životě opravdu důležité. Byl to v podstatě proces hledání a rozvíjení ve všech oblastech – především v oblasti duchovní. S touto oblastí jsou v podstatě spojeny všechny další oblasti – pro mne především oblast citová – postupem času pro mne začala být klíčová práce na rozvíjení soucitu k druhým bytostem, odpuštění, orientace na nemateriální stránky života, lidskost, vnímavost ke všemu živému a k síle, která nás všechny tvoří...“ (respondent č.1)*

*„...Určitě (mne to změnilo). Měla jsem pak období, kdy ke mně podobné zážitky, i když už nebyly spojené se smrtí, přicházely hodně často - vnímala jsem je jako naprosto pro mne přirozené, ani jsem se jich nebála, ani nebyly pro mne nevysvětlitelné. Pokaždé, když jsem měla nějaké spirituální prožitky, došlo neuvědoměle k vnitřnímu zklidnění a míru a vlivem toho k schopnosti předávat druhým klid a pokoj, i když to bylo dočasné. To intenzivní období trvalo asi 10 let a pak jak přišlo, tak i odešlo. Také mne tyto zážitky spíš přirozeným způsobem posílily ve velmi náročném období - sama s dvěma dětmi s nedobrým zdravotním*

*stavem, navíc péče o postupně nemohoucí maminku...Co se vlivu na profesní život týče, spousta věcí vycítím po těchto zkušenostech beze slov, nebo mi naskočí asociace. Na druhou stranu je pro mne někdy obtížné udržet potom mezi sebou a tím druhým hranici, což při práci s lidmi ale potřebuji.“ (respondent č. 2)*

*„Stále se něco nového učím a stále mě něco překvapuje a jsem za to vděčná. Určitě to není běžné téma pro všechny lidičky, ale říkám si, kdo chce nebo potřebuje, najde mě a to světlo... Mohu lidem pomáhat při přechodu, protože díky vědomí světla a prožitku toho světla nemám strach...A to je nepopsatelné.“ (respondent č.3)*

*„Já jsem učitelka, to byl vždy můj sen...Určitě mám díky tomu všemu jiný přístup k žákům – nejde vůbec o výsledky, hlavně aby byla pohoda...Důležité jsou jiné věci než výkon...A v osobním životě se něco otevřelo...Vím, že nejdůležitější je být tady a teď, učit se nechat věci plynout...Život v harmonii, vnitřní mír a klid, pokora, otevřenost. Jsem vlastně na cestě, u něčeho ještě cítím, že to není úplně dokončené a že to přijde, ve správný čas...Jsem napojená, prostě jsem...“ (respondent č. 4)*

*„...(zážitky) Ovlivnily určitě to, co si myslím, že je v životě důležitý, hodnoty jako lidskost a soucit a láska, prostě to, co je pro duši člověka to hlavní, nejdůležitější. Smrti se nebojím, pro mě je o vysvobození a o světle, protože vím, že to nejlepší z nás, to světlo, odchází při smrti pryč, do ještě většího světla.“ (respondent č. 5)*

*„Asi jsem tam, kde jsem měla být... byla to součást cesty, odešla jsem pak asi po 1,5 roce z JIP a šla pracovat do hospice...Práce v hospici a s umírajícími mě hodně naplňuje a vnímám ji jako hodně důležitou, jen mě mrzí, jak je to u nás ve státě s v systému nastaveno. Služby hospice nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a při tom nesmírně záleží na tom, jak má člověk možnost odejít, zemřít, po tom, co uzavřel vše, co měl a zda měl možnost se se všemi důležitými lidmi rozloučit...A toto ovlivňuje samozřejmě i rodiny jako celek, nemít příležitost se rozloučit, uzavřít nějaký vztah, to není dobré... Díky službám hospice hodně rodin tuto možnost dostane, ale zdaleka ne všichni, kteří by potřebovali. Na druhou stranu stát*

*vykládá spousty peněz úplně zbytečně, i ve zdravotnictví – uměle se prodlužuje život lidí, kteří by už potřebovali odejít a často proto umírají nedůstojně, po měsících kómatu, kdy jsou připojeni na hadičkách, selhávají jim orgány...A tam, kde by peníze pomohly, kde to je důležité, tam nejsou...“ (respondent č.6)*

*„...Vím, že smrt je jen iluze, že vlastně není, je jen to světlo. Od té doby mám také blíž ke světu umírajících a i zemřelých – ty dva světy nejsou tak oddělené, jak se zdá...Vrátila jsme se, abych něco zprostředkovala druhým... Myslím, že každý by to měl zažít, aby ho to zase někam posunulo a nějaké věci mohl uzavřít...Já jsem byla i ráda, že jsem mohla dát v těch posledních týdnech mámě to, ona mi dát neuměla – mohla jsem jí dát svou péči, lásku, pozornost a čas – ona byla kantorka a znáte to, kantoři se starají o spousty dětí, ale na jejich vlastní už nezbude...Měla jsem díky tomu pocit čistého svědomí a to je v životě asi úplně nejvíc – překročila jsem svůj vlastní stín, protože jsem byla schopná bez jakýchkoliv negativních emocí dát něco, co já jsem nedostala...Chtěla bych toto předat dalším lidem a často se na mne obrací lidé, kteří měli úplně strašné rodiče, kteří jim nedokázali nic dát, protože to prostě sami také v dětství nedostali a jinak to bohužel neuměli...Říkám těm jejím dětem, už dávno dospělým, aby to v sobě skrze lásku a světlo našli a zkusili to těm starým rodičům dát, bez toho, aby si mysleli, že jak ty mně, tak já tobě...Oko za oko, zub za zub je strašně zcestná myšlenka a vede k vlastní zkáze. Skrze to světlo a lásku může každý z nás překročit svůj vlastní stín...“ (respondent č. 7)*

Všechny respondentky označily zážitek SDE jako vysoce významný či formativní, ať už se s ním setkaly v kterékoliv životní fázi (respondentka č. 1 se s SDE setkala ve věku 19 let, respondentka č. 7 až ve věku 50 let). Některé popisují změnu hodnotové orientace, posun od materiálních hodnot k hodnotám jako je lidskost, potřebu pomáhat druhým. Rovněž zmiňují změnu v prožívání života, cítí větší potřebu žít více přítomností, prožít svůj život smysluplně, bez ohledu, jaké výzvy jim život přinese. Udávají i nalezení smyslu života a svého místa na světě, bližší vztah k lidem, prohloubení spirituality. Na základě tohoto prožitku popsaly dvě respondentky i profesní změnu – jedna zdravotní sestra se místo původní profese dětské zdravotní sestry začala věnovat umírajícím v LDN, druhá přešla přibližně po roce z oddělení JIP do hospice. Většina respondentek v souvislosti s těmito zážitky sděluje, že tyto zážitky jim buď otevřely cestu k určitému procesu osobního zrání a vývoje, nebo již určitým způsobem

korespondovaly s jimi zvolenou cestou a přišly k nim jako přirozené zážitky v průběhu procesu určité seberealizace či sebeaktualizace.

## 7.2 Výpovědi, které nesplňovaly kritéria pro SDE

V průběhu výzkumu jsem prostřednictvím on-line dotazníků a rozhovorů získala výpovědi, které nenesou prvky SDE, spíše jsou jinou formou mimořádných zážitků spojených se smrtí a umíráním, případně určitým druhem synchronicit, které jsou především pozůstalými zmiňovány často.

Nejblíže zážitku sdílené smrti byla výpověď ženy, se kterou se mi nepodařilo provést rozhovor – žena popsala, jak se s ní ve spánku přišel rozloučit otec, který byl již několik dnů před tím v nemocnici, druhý den ho však měli kvůli výraznému zlepšení stavu propouštět. Žena popsala, jak za ní otec přišel ve snu, rozloučil se s ní, s tím, že už nechce žít připojený na hadičkách a musí jít. Ráno jí volali z nemocnice, že otec v noci zemřel.

Jedna respondentka popsala jev, který bychom mohli nejspíše označit jako zvláštní fyzikální jevy spojené s úmrtím blízkého člověka a určitý typ synchronicit – popsala, jak se po úmrtí matky ozvala v místnosti, kde bylo v tu chvíli několik lidí, silná rána, ačkoliv žádný předmět nebyl ani po opakovaném hledání nalezen spadlý na zemi. Všimla si také, že se v místnosti zastavily nástěnné hodiny. Druhý den na to nečekaně objevila na náhodném místě knihu, kterou s matkou kdysi čítávaly a kterou nemohla mnoho let nalézt - v knize byla založena stará fotografie matky.

Další respondentka, zdravotní sestra, sdělila, že když připravuje nemocné děti na onkologii na operaci, vždy pozná, jestli zemřou či ne. Děti, které mají zemřít, mají podle ní klidný, moudrý, smířený a smutný pohled očí, jako kdyby „věděly“. Jiná zdravotní sestra popisovala stavy umírajících pacientů jako „mezi dvěma světy“, kdy především lidé, kteří umírají pomalu a klidně, komunikují se svými již zemřelými blízkými, případně vypovídají o tom, jak k nim odcházejí „na návštěvu“, nebo naopak zemřelí přicházejí na návštěvu za nimi. Respondentka vzpomíná na pacientku, která jí vyprávěla, jak za ní ve snu přišla její již mnoho let mrtvá sestra a slíbila jí, že zítra se znovu uvidí a už budou spolu – pacientka druhý den na to zemřela. Podobné zážitky popisuje ve své mnohaletém výzkumu Osis (2004) jako „koincidence smrtelného lože“.

Ve výpovědích se rovněž objevily prvky tzv. „posmrtné komunikace“ – dvě respondentky v dotazníku popsaly určitý typ komunikace se zemřelým brzy po jeho úmrtí - jedna žena dostala ve snu informaci z „nebe“, že blízký zemřelý člověk je v pořádku a má se dobře – a že má tuto informaci předat dalším členům rodiny. V průběhu tohoto snu slyšela překrásnou hudbu, jako „z jiného světa“. Další respondentka vypověděla, že několik hodin po úmrtí blízkého člověka ho ve stavu, kdy byla sama těsně před usnutím, viděla jako zářivou světelnou bytost – z tohoto stavu se probudila s hlasitým radostným smíchem.

Další respondentka popisuje, jak se jí zdál v noci sen, že musí jet za svou příbuznou umístěnou v DPS v jiném městě, se kterou nebyla již delší čas více v kontaktu, aby se s ní rozloučila. Respondentka hned ráno vyrazila na cestu a měla tak šanci se v posledních hodinách rozloučit a uzavřít tak dlouho nevyřešený vztah, protože příbuzná pár hodin na to upadla do kómatu a den na to zemřela.

Ačkoliv tyto výpovědi nepředstavují přímo zážitky sdílené smrti, jedná se o mimořádné prožitky související se smrtí či umíráním a pro ty, kteří je zažili, jsou z lidského, především postojového hlediska velmi významné a cenné, protože se dotýkají takových hodnot, jako je smysl života, víra, odpuštění a naděje.

## 8. Odpovědi na výzkumné otázky

### **Výzkumná otázka č. 1:**

Jak lidé prožívají SDE? (noví respondenti ve výzkumu)

V rámci výzkumného souboru čtyř nových respondentů je možné říci, že zážitek SDE vnímaly jako intenzivní, hluboký a obtížně popsatelný. Všechny čtyři respondentky (tři zdravotní sestry a jedna respondentka, která prožila SDE v souvislosti se smrtí matky a přítele), popisují vícečetné zkušenosti s SDE – tento zážitek měly více než jednou... Prožitek hlubokého klidu a míru zmiňují dvě respondentky.

Důležitým motivem zážitku bylo smíření, odpuštění, rozloučení a uzavření. Rozloučení a odpuštění hrálo důležitou roli u respondentky, která prožila zážitek sdílené smrti v souvislosti s úmrtím se svou matkou. Zdravotní sestry, které zážitek prožily či opakovaně prožívají v souvislosti s úmrtím pacientů, uvádějí jako výrazné rysy tohoto prožitku motiv smíření, dokončení či uzavření vyzařující z umírajících, ale zároveň již mimo souvislost s SDE hovoří o významu možnosti rozloučení umírajících s jejich blízkými. Motiv smíření, odpuštění, rozloučení či uzavření přisuzují respondentky klíčovou úlohu ve všech typech prožitků, které souvisejí s umíráním či smrtí.

Dvě respondentky popsaly, že před samotným prožitkem SDE měly spánkový deficit – zdravotní sestra ošetřující pacienta po několika nočních službách a dcera nepřetržitě ošetřující



o umírající matku. Jedna respondentka v této souvislosti uvažovala, zda z důvodu spánkového deficitu nemohla být její zkušenost pouhou halucinací, nicméně tuto domněnku zavrhuje s tím, že prožitek byl reálný, především díky jasné, souvislé a srozumitelné mimoslovní komunikaci s umírajícím. Podle Grofa (2004) může právě spánkový deficit, stejně jako hladovění či pobyt v extrémních podmínkách, zapříčinit otevření se pro zážitky transpersonálního charakteru.

Nejčastějšími transpersonálními elementy, které se v průběhu SDE vyskytovaly, byly:

- Vnímání světla
- Navázání mimoslovní, telepatické komunikace s umírajícím
- Vize světelné mlhoviny či kouře vycházející z těla umírajícího
- Silné extatické prožitky a neovladatelnost emocí

### **Výzkumná otázka č 2:**

Jakou měli ti, kteří měli zážitek SDE, předchozí osobní zkušenost s událostmi spojenými se smrtí, umíráním či ohrožením života, nebo s technikami pracujícími s rozšířenými stavy vědomí či dalšími transpersonálními zážitky?

Tuto výzkumnou otázku jsem si položila na základě výpovědí, které jsem získala v průběhu svého předchozího výzkumu (2013) – zaujaly mne určité shodné rysy v životech respondentů. Otázka je záměrně položena široce, neboť všechny tyto skutečnosti mohou souviset s vytvořením rámce pro prožitky transpersonálního charakteru. Na základě analýzy výpovědí jsem zjistila, že všech 7 respondentů prožilo před samotným prožitkem SDE významnou událost, která může vyvolat krizi, ovlivnit spiritualitu a připravit rámec pro tento typ prožitků. Důležitým zjištěním byl i fakt, že většina respondentek se před samotným prožitkem již nějaký čas věnovala technikám, které pracují s rozšířenými stavy vědomí, jako jóga, meditace, tai-chi, holotropní dýchání, čchi –kung. Častým jevem byl zájem o tyto techniky právě z důvodu dříve prožité životní krize, traumatu, či ztráty.

Nejčastějšími motivy, které se v této souvislosti v životech respondentů objevovaly, byly:

- Před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje jiný typ mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním
- Před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje zkušenost s jiným typem transpersonálního prožitku
- Předchozí zkušenost s úmrtím velmi blízkého člověka nebo s akutní hrozbou úmrtí, kterou respondenti popisují jako formativní
- Zkušenost s technikami, které mohou vést k rozšířeným stavům vědomí (nejčastěji jóga, meditace, techniky pracující s dechem, holotropní dýchání, tai-chi)

### **Výzkumná otázka č. 3:**

Co lidé prožívají po zážitku SDE ( na psychické i fyzické rovině)?

Tuto otázku jsem si vytyčila na začátku výzkumu a to na základě několika výpovědí respondentů z mého předchozího výzkumu, kteří uvedli, že po zážitku procházeli extrémně náročným obdobím, jejich psychický stav byl akutní a na fyzické úrovni se potýkali s různými jevy (neschopnost přijímat potravu, insomnie, energetické fenomény, špatný kontakt s tělem). Pokud by se jednalo jen o respondenty, kteří SDE prožili v souvislosti s úmrtím blízkého člověka, a zejména úmrtím předčasným či tragickým, jako to bylo např. u respondentky č. 1, tyto jevy by bylo možné dát pouze do souvislosti s procesem truchlení (někdy komplikovaného), které je přirozenou reakcí na traumatickou událost. Nicméně v mém výzkumném souboru se tehdy nacházela i respondentka (v první studii, výzkumu z roku 2013 uvedena jako respondentka č. 3, viz příloha č. 4), zdravotní sestra, která SDE prožila při výkonu své profese na oddělení paliativní péče, a před samotným prožitkem popsala své psychické rozpoložení jako „profesní odstup“. V tomto případě tedy po zážitku nenastoupil proces truchlení, kterým by bylo možné tyto akutní stavy vysvětlit, přesto respondentka popsala svůj psychický stav po SDE jako velmi akutní – měla pocit, že se zblázní a přemýšlela o vyhledání péče psychiatra. Tato

respondentka vyplnila dotazník v mém předchozím výzkumu, nicméně osobní rozhovor odmítla a proto jsem ji znovu již neoslovila.

V mém výzkumném souboru byli nyní rovnoměrně zastoupeni jak ti, kteří prožili SDE při výkonu své profese (3 zdravotní sestry), tak ti, kteří prožili SDE v souvislosti s úmrtím blízkého člověka. Výpovědi respondentek by se daly rozdělit do dvou skupin – na ty, které v souvislosti s SDE vnímají změny jak na psychické, tak i na fyzické rovině a respondentky, které v souvislosti s SDE nepocítily nic dramatického, ani žádné významnější změny.

V této souvislosti jsem postřehla, že respondentky, které se již v minulosti setkaly s jiným typem transpersonálních prožitků, někdy dokonce souvisejících se smrtí, nevnímají po zážitku SDE výrazné změny ani na psychické rovině, ani na rovině fyzické – stavy po zážitcích sdílené smrti vnímají jako přirozené, popisují stavy klidu, hlubokého míru, posvátna, pokory, ponoření do světla...Nepopisují žádné tělesné změny. Většinou se také jedná o respondentky, které se s těmito zážitky setkávají opakovaně – dalo by se možná říci, že na základě předchozích zkušeností s transpersonálními prožitky a opakovanými zážitky SDE mají pro zážitky tohoto typu vytvořen takový rámec, při kterém jsou schopné je vnímat a naplno prožít, přesto však nejsou těmito zkušenostmi zahlceni tak, aby je nedokázali ovládnout – zážitky u nich tedy nevedou k ohrožení psychické integrace, která je popisována ve spojitosti se vznikem psychospirituální krize. Zážitky jsou pro ně přirozené a jak udávají – postupně se díky nim rozvíjejí, posunují se vpřed na mnoha rovinách – tento proces by se dal tedy nazvat spíše spirituální emergencí, postupným duchovním otevíráním, bez ohrožujících aspektů. Jedna z těchto respondentek nicméně udává, že v minulosti prožila trauma spojené s potratem, které u ní vyústilo v duchovní krizi, kterou překonala až na základě pomoci psychologa, meditace a především dalšího transpersonálního zážitku (respondentka č. 3), rovněž respondentka č. 7, ačkoliv neměla s SDE spojeny žádné obtíže, popisuje předchozí období, kdy se jí na základě opakované NDE setřely hranice mezi světem živých a mrtvých a nemohla kvůli tomu často ani spát (viz. příloha č. 3, transkripty rozhovorů).

Respondentky, které po zážitku SDE zaznamenaly změny na psychické či fyzické rovině, popsaly tyto jevy:

- Silné extatické prožitky a neovladatelnost těchto emocí v průběhu i bezprostředně po zážitku
- Intenzivní projevy na fyzické úrovni v průběhu zážitku i po zážitku (proudění energie, mravenčení v končetinách, změny v dechovém rytmu)
- Neukotvenost v těle
- Změny ve spánkovém a stravovacím režimu, narušení denního rytmu

Toto jsou jevy, které mohou doprovázet intenzivní transpersonální zážitky a jsou rovněž popisovány jako příznaky psychospirituální krize (Bragdon, 1988).

Tuto otázku přirozeně není možné zodpovědět pouze tak, že ti, kteří mají pro tyto zážitky potřebný rámec, prožívají SDE v rámci procesu spirituální emergence a u těch, kteří tento rámec ještě nemají, mohou tyto zážitky vyústit v psychospirituální krizi. Do způsobu vnímání a prožívání zážitků i do jejich zpracování a procesu jejich integrace vstupuje více proměnných – hloubka, intenzita, okolnosti zážitku a především samotného úmrtí – například respondentka č. 1 prožila SDE v souvislosti s nečekaným, předčasným úmrtím blízkého člověka, popisuje, jak ho v průběhu zážitku doprovázela skrz temnotu a světlo až k hranici, kam jí byl odepřen přístup a musela se vrátit zpět. Hloubka, intenzita prožitku a okolnosti spojené se samotným úmrtím zde budou přirozeně formativní i pro následné prožívání a proces integrace tohoto prožitku, který bude navíc ještě ovlivněn truchlením. SDE může být na druhou stranu prožito i na klidnější, více neosobní úrovni, například ve formě vnímání pacientů, kteří se ve chvíli smrti či v průběhu umírání ponořují do světla, či z nich vychází světlo (respondentka č. 3). Prožívání a stavy po zážitku SDE mohou být proto ovlivněny mnoha faktory. V odpovědi na tuto otázku je možno říci, že některé stavy a prožitky, které mohou po zkušenosti s SDE nastat, mohou být velmi dramatické, mohou narušovat běžný denní režim a vztahy s okolím a ti, kteří je prožívají, by měli mít ideálně možnost využít služby průvodce tímto procesem – např. psychologa či krizového intervenanta, který bude mít o těchto zážitcích alespoň základní povědomí.

#### **Výzkumná otázka č. 4:**

Co by lidé po zážitku SDE nejvíce potřebovali?

Téměř všichni respondenti udali, že nejdůležitější pro ně bylo mít možnost tuto mimořádnou zkušenost s někým sdílet, bez obav z toho, že bude jejich zkušenost odmítnuta, zlehčena nebo označena jako patologická. Jeden respondent zmiňuje negativní zkušenost, kdy se s tímto zážitkem svěřil duchovnímu, který tento zážitek ale nepřijal a odmítl ho vzít na vědomí. Ostatní respondenti sdělili, že pokud se s tímto zážitkem svěřili, pečlivě vybírali, komu mohou důvěřovat a kdo by mohl být pro tyto typy zážitků otevřen, tak, aby se nesetkali s odmítnutím, zlehčením či označením za „šílence“.

Dále respondenti udávají potřebu klidu a prostoru, aby mohli tuto zkušenost zpracovat.

Respondenti, kteří SDE prožívají či prožili více dramaticky, uvádějí kromě prostoru rovněž potřebu uzemnění, zklidnění, zlepšení kontaktu se svým tělem – respondentka č. 5 uvádí, že jí pomáhá opláchnout se studenou vodou, opřít se o zeď, sníst tyčinku čokolády, dostat se do bezpečného prostředí (bez přítomnosti kolegů), kde by mohla intenzivní emoční a tělesné projevy ovládnout. Respondentka v podstatě uvádí uzemňující techniky (tzv. grounding), které v rámci krizové intervence psychospirituální krize zmiňují např. profesor psychologie David Lukoff (1998) či Emma Bragdon (1994). Respondentka č. 5 se dále obává odsouzení svých prožitků ze strany kolegů a označení za „divnou“ či „šílenou“, proto své prožitky a stavy před ostatními kolegy – zdravotníky tají. Je pravděpodobné, že pokud by se zdravotnický personál setkával s těmito tématy v rámci školení nebo již rovnou při studiu, nemusela by tato respondentka tyto zkušenosti před ostatními kolegy z nemocnice utajovat, což by se mohlo pozitivně projevit jednak na způsobu prožití těchto zážitků a rovněž na jejich integraci.

Respondentka č. 1, která intenzivní a hluboký zážitek SDE prožila v souvislosti s nečekaným úmrtím blízkého člověka, udává nespavost, špatný kontakt s tělem, mnohadenní neschopnost přijímat potravu a obtíže zapojit se po zážitku do každodenního, běžného života. V tomto případě hrál jistě velkou roli proces truchlení jako reakce na ztrátu – poruchy spánku a stravování jsou v raných fázích procesu truchlení přirozené, zde mohly zapříčinit i prohlubování transpersonálního zážitku, který zřejmě splňoval určitá kritéria pro psychospirituální krizi. Respondentka popisuje rozhodnutí vyjet do lesa, do hor, kterými několik dnů putovala, bez příjmu potravy, se spánkovým deficitem, čekala na

opětovný kontakt se zemřelým a sama svůj stav popisuje jako proces, kdy se jí otvírala nutnost řešit určité celoživotní téma, které označuje jako „karmické“. Je pravděpodobné, že pokud by se ve svém stavu rozhodla vyhledat odbornou pomoc, její stav by byl označen jako akutní.

V ČR existuje pod záštitou organizace Diabasis síť psychologů/psychiatrů, kteří nabízejí pomoc lidem procházejícím psychospirituální krizí – mohou tak některé klienty provést celým procesem, aniž by byla těmto klientům diagnostikována psychiatrická diagnóza (nejčastěji akutní psychotická porucha či schizofrenie) a nasazeny vysoké dávky medikace, které by mohly tento proces předčasně ukončit, bez možnosti jeho konstruktivního zpravování a integrace.

### **Výzkumná otázka č. 5:**

Jakým způsobem mohou tyto prožitky ovlivnit osobní či profesní život?

Respondenti udávají, že jsou pro ně zážitky SDE vysoce formativní a to v mnoha ohledech - někteří z nich popisují změnu hodnotové orientace, posun od materiálních hodnot k hodnotám jako je lidskost, potřebu pomáhat druhým. Rovněž zmiňují změnu v prožívání života, cítí větší potřebu žít přítomností, prožít svůj život smysluplně, bez ohledu na to, jaké výzvy jim život přinese. Udávají i nalezení smyslu života a svého místa na světě, bližší vztah k lidem, prohloubení spirituality. Většina respondentů v souvislosti s těmito zážitky sděluje, že tyto zážitky jim buď otevřely cestu k určitému procesu osobního zrání a vývoje, nebo již určitým způsobem korespondovaly s jimi zvolenou cestou a přišly k nim jako přirozené zážitky v průběhu procesu.

Důležitou roli může hrát i předchozí zkušenost s dalšími transpersonálními zážitky – žena, která prožila SDE po opakovaném zážitku blízké smrti a setkala se s SDE již ve zralém věku (respondentka č. 7), přikládá sice zážitku rovněž vysoký význam a popisuje ho jako mimořádný a nezapomenutelný, samotný zážitek pro ni však nebyl formativní ve smyslu volby či změny povolání nebo zájmu o spirituální oblast života – formativními pro ni byly zážitky NDE, které prožila mnoho let před zkušeností SDE. Rovněž žena (respondentka č. 3), která několik let před SDE prožila traumatickou ztrátu a „duchovní krizi“, měla zkušenost s jiným zážitkem transpersonálního charakteru, při kterém, jak se domnívá, prožila smrt a následný vstup do světla ve své předchozí inkarnaci. Právě tento

zážitek byl pro ni natolik formativní, že opustila práci dětské zdravotní sestry, a začala pracovat v hospici, kde prožila poprvé SDE. Respondentka udává, že díky prožitku vlastní smrti a tomu, že si pamatuje vstup do světla, může nyní provázet umírající pacienty i na jiné než fyzické úrovni.

Respondentka č. 6 udává, že po zážitku SDE odešla pracovat z oddělení JIP do mobilního hospice. Zde se dá tedy říci, že se jedná o přímou souvislost mezi prožitkem SDE a změnou v profesním životě. Respondentka č. 1 prožila SDE ve věku dospívání a před tímto zážitkem neměla žádný transpersonální zážitek, který by souvisel přímo se smrtí a s umíráním – tato respondentka udává kromě významných změn v osobním životě rovněž skutečnost, že tento zážitek ovlivnil její volbu studia a povolání.

Můžeme tedy říci, že zkušenost zážitku SDE ovlivňuje další osobní i profesní život respondentů, s tím, že pokud se jedná o první zážitek podobného typu, může být zážitek pro daného jedince vysoce formativní pro jeho další směřování a může zapříčinit výraznou změnu v jeho dosavadním životě. U těch, kteří se již před zkušeností s SDE setkali s podobným typem zážitku, např. s NDE, je tato zkušenost významná pro jejich osobní i profesní růst, avšak nezasahuje do jejich životů tak radikálně.

## 9. Diskuze

Cílem mého výzkumu bylo především popsat blíže kontext zážitků sdílené smrti a potřeby těch, kteří se s tímto zážitkem setkají.

Nalézt respondenty, kteří měli zážitek SDE a byli navíc ještě ochotni poskytnout mi delší rozhovor, bylo velmi obtížné. Z tohoto vyplývá již první limit výzkumu – do výzkumu se zapojili respondenti, kteří byli ochotni o svém prožitku více či méně otevřeně hovořit. Domnívám se, že to, že respondenti nevnímali sdílení tohoto zážitku s někým druhým, navíc ještě s cizím člověkem, jako ohrožující, vypovídá určitým způsobem o jejich osobnostním nastavení a způsobu, jakým tento prožitek zpracovali a integrovali. Výsledky výzkumu tedy zahrnují pouze data od respondentů, kteří měli již před zážitkem vytvořen určitý rámec pro prožitky tohoto typu, nebo si ho vytvořili v čase, který od zážitku uplynul. Pokud se samotnou

možností prožít SDE nesouvisí přímo již samotná existence potřebného rámce pro zážitky transpersonálního typu, do výzkumu nebyla promítnuta data od těch, kteří tyto prožitky nechtěli z nějakého důvodu sdílet.

Vzhledem k povaze jevu SDE jsem zvolila design kvalitativního výzkumu, jehož výsledky nemohou být reprezentativní a zobecnitelné pro širokou populaci. U fenomenologického výzkumu se však jedná především o co nejhlubší popis určitého jevu, jeho vnímání a prožívání.

Protože jsem se v tomto výzkumu věnovala spíše kontextu zážitků sdílené smrti, ale zároveň jsem v případě nových respondentů potřebovala získat data i o jejich samotném prožitku SDE, byly rozhovory s těmito novými respondenty ve výzkumu (celkem 4) náročnější, a to nejen časově. V případě 3 respondentů, kteří souhlasili s dalším rozhovorem, při kterém jsem zjišťovala kontext SDE, což zahrnovalo i důvěrné informace z jejich osobního života, nebylo tolik obtížné tato data získat, neboť respondenti mne již znali a v průběhu rozhovoru se tak mohli cítit více bezpečně. Respondenti, se kterými jsem prováděla rozhovor poprvé a v rámci jednoho rozhovoru jsem zjišťovala jak informace o samotném prožitku SDE, tak i další údaje z jejich osobních životů, které by mi pomohli zodpovědět mé výzkumné otázky, se mohli v průběhu rozhovoru cítit méně pohodlně a jejich výpovědi nemusely být proto tak podrobné.

Do výzkumu jsem zahrнула jak respondenty, kteří prožili SDE v souvislosti s úmrtím blízkého člověka, tak respondenty, kteří prožili SDE při výkonu své profese. Ukázalo se, že způsob prožití a následné zpracování prožitku neovlivňuje pouze to, v jaké roli je prožívající, ale fungují zde i další proměnné.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že noví respondenti prožívali SDE jako velmi niterný, hluboký a intenzivní zážitek, udávají nesdělitelnost a nepopsatelnost zážitku a popisují elementy transpersonálního charakteru jako např. vize či vnímání světla, mlhoviny či kouře, které vychází z těla umírajícího, světlo, které ve chvíli smrti zaplavuje místnost, navázání mimoslovní, telepatické komunikace s umírajícím, prožitky hlubokého klidu a míru, nebo naopak extatické prožitky, které se projevují i na fyzické rovině v podobě mravenčení končetin a návalů energie. Některé zážitky SDE nesou více shodných prvků, každý z nich je ale svým způsobem jedinečný. Tyto výsledky dobře korespondují s výsledky mého předchozího výzkumu (1. studie, 2013).



V tomto výzkumu mne nejvíce zajímal kontext těchto zážitků, a to ve směru minulosti i budoucnosti respondentů. Na základě analýzy dat jsem zjistila, že před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje zkušenost s jiným typem mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním, často i jiný typ transpersonální zkušenosti, případně obojí. Většina respondentů uvedla, že v minulosti mají blízkou zkušenost s úmrtím nebo hrozbou úmrtí velmi blízké osoby a tato zkušenost pro ně byla velmi formativní ve smyslu dalšího osobního vývoje. Všechny respondentky uvedly, že před zážitkem SDE měly větší či menší zkušenost s technikami, které mohou navozovat rozšířené stavy vědomí, především s jógou, meditací, holotropním dýcháním apod.

Respondentky uvedly, že by po zážitku SDE nejvíce potřebovaly svou zkušenost sdílet, a to s někým, kdo by byl pro tento typ zážitků otevřený, bez obav z odmítnutí. Tuto potřebu vyjádřily nejen pozůstalí, ale i zdravotní sestry, které se s těmito zážitky setkávají v rámci své práce s umírajícími. Jako velmi důležité proto vidím seznámit zdravotnický personál s existencí tohoto jevu a připravit je na to, že tuto zkušenost mohou sami zažít, nebo ji mohou zažít jejich kolegové. Pokud by byl pro zážitky tohoto typu připraven bezpečný prostor a vešly by do obecného povědomí zdravotníků, mohlo by to pozitivně ovlivnit jak pracovní podmínky zdravotních sester a pečovatelů, tak možná i podmínky, atmosféru a způsob, jakým umírající odcházejí.

Jako další potřebu uvedli respondenti potřebu klidu a prostoru, aby svůj zážitek mohli zpracovat. Dvě respondentky, které SDE prožily či opakovaně prožívají jako intenzivní zkušenost, která je po tomto zážitku doprovázena i určitými obtížně ovládnutelnými projevy na emoční i fyzické rovině (neovladatelný smích, vnímání energie proudící tělem, mravenčení v končetinách, neukotvenost v těle apod.) uvedly, že po tomto zážitku měly speciální potřeby – jedna zdravotní sestra se v rámci opakovaných zážitků SDE potřebovala vždy více uzemnit, ukotvit ve svém těle a ovládnout zároveň i intenzivní projevy emocí, tak, aby to kolegové nepoznali.

Další respondentka mezi obtížemi zmínila i insomnii a poruchy příjmu potravy. Svůj psychický stav popsala tak, že nebyla cca 2 týdny schopna fungovat v každodenním životě, odjela do hor, kterými několik dnů putovala, zažívala vynoření určitého procesu, který označila za karmické téma a zároveň čekala na opětovné navázání kontaktu se zemřelým blízkým. Tento stav by bylo možné vyhodnotit jako naléhavý, s tím, že respondentka potřebovala bezpečný prostor nebo alespoň průvodce, který by jí pomohl touto zkušeností provést.

Všichni respondenti vnímají zážitky SDE jako velmi významné - zkušenost zážitku SDE ovlivňuje další osobní i profesní život respondentů, s tím, že pokud se u respondenta jednalo o první zážitek podobného typu (tj. transpersonální zážitek spojený se smrtí či umíráním), byl zážitek vysoce formativní pro respondentovo další směřování a vedl k výrazné změně v jeho dosavadním životě. Ti, kteří se již před zkušeností s SDE s podobným typem zážitku setkali, např. s NDE, udávají, že tato zkušenost byla významná pro jejich osobní i profesní růst a prožili ji v rámci určitého procesu spirituálního vývoje a osobního růstu, který započal již někdy dříve.

Zážitky sdílené smrti mohou být jako zkušenosti transpersonálního charakteru prožívány dvěma způsoby – v rámci kontinuálního procesu, který vede k postupnému osobnostnímu růstu a duchovnímu zrání a který by někteří odborníci označili pojmem „spirituální emergence“, nebo také v rámci dramatických epizod, které mohou vyústit v psychospirituální krizi a v narušení schopnosti plnit nároky každodenního života. Domnívám se, že přechod od jednoho způsobu zpracování těchto zkušeností k druhému není ostrý a v mém výzkumném souboru se nenacházel žádný respondent, který by procesem nedokázal sám bez pomoci projít a nakonec tento zážitek nějakým způsobem integrovat. Jednalo se o respondenty, kteří byli ochotni se zapojit do výzkumu a vypovídat nejen o svých prožitcích, ale rovněž i o svých osobních životech a často velmi bolestných ztrátách a niterných tématech. Neměla jsem však k dispozici výpovědi těch, kteří mohli mít s integrací těchto prožitků potíže – jedinou výpověď jsem v rámci předchozího výzkumu získala prostřednictvím vyplněného dotazníku od zdravotní sestry, která popsala, že měla se zpracováním zážitku problém a uvažovala o vyhledání péče psychiatra, osobní rozhovor však odmítla. Je tedy možné, že zážitky SDE mohou podobně jako NDE vyústit za určitých okolností ve formu psychospirituální krize, kterou popsal v rámci pokusu o kategorizaci typů PK Stanislav Grof.

Tento výzkum byl pro mne velmi náročný a to především z hlediska energie a času, který jsem výzkumu věnovala. Především část získávání respondentů, které jsem hledala napříč celou republikou, v různých zdravotních institucích a za kterými jsem jezdila po své pracovní době provádět rozhovory, byla velmi náročná. Střídal se období, kdy jsem několik měsíců i přes intenzivní hledání respondenty nenacházela a naopak období, kdy ke mně přicházeli respondenti sami. Každé setkání s respondentem a možnost sdílení jejich zkušeností mne na mnoha úrovních obohatila – každý zážitek sdílené smrti byl pro každého z respondentů silně přesahový – týkalo se to jak zdravotních sester, které umírající drží za ruku a doprovázejí je ke světlu, s vděčností, že tu pro ně mohou být, tak pozůstalých, kteří vyjadřovali velkou

vděčnost, že mohli v posledních chvílích provázet své nejbližší a sdílet s nimi okamžik přechodu. Právě vděčnost za možnost prožít něčeho, co nás nějakým způsobem přesahuje a co může pozitivně ovlivnit náš vztah k životu, druhým bytostem i k nám samým, je to, co jsem cítila z výpovědí všech respondentů a co jsem díky nim a tomuto výzkumu mohla sama zažít.

Ačkoliv se mi v rámci výzkumného souboru podařilo zodpovědět mnou vytyčené výzkumné otázky spojené se zážitky sdílené smrti, ta větší část zůstává i nadále nezodpovězena a podrobnější odpovědi mohou přinést až další studie a výzkumy, které budou souviset nejen s vyhledáváním nových respondentů a analýzou jejich výpovědí, ale rovněž s informováním odborné i laické veřejnosti o tomto fenoménu.

## 10. Závěry

Tématem této práce byl fenomenologický kvalitativní výzkum zážitků sdílené smrti – především jejich bližšího kontextu, potenciálu i možných rizik těchto zkušeností a potřeb těch, kteří se s těmito prožitky setkají.

Na základě výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že noví respondenti prožívají SDE jako velmi niterný, hluboký a intenzivní zážitek, udávají nesdělitelnost a nepopsatelnost zážitku a popisují elementy transpersonálního charakteru jako např. vize či vnímání světla, mlhoviny či kouře, které vychází z umírajícího, světlo, které ve chvíli smrti zaplavuje místnost, navázání mimoslovní, telepatické komunikace s umírajícím, prožitky hlubokého

klidu a míru, nebo naopak extatické prožitky, které se projevují i na fyzické rovině v podobě mravenčení končetin a návalů energie.

Z odpovědí na výzkumné otázky, které se týkaly kontextu zážitků sdílené smrti, vyplývá, že někteří respondenti, kteří mají zkušenost SDE, prožili již v minulosti jiný typ mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním, nebo jiný typ transpersonálního zážitku, a v období před zážitkem SDE přišli rovněž do kontaktu s technikami pracujícími s rozšířenými stavy vědomí. V minulosti respondentů hrály před samotným SDE důležitou roli témata smrti, umírání, setkání s traumatem a ztrátou, zkušenost s mimořádně obtížnými životními událostmi. Mezi hlavní potřeby respondentů po prožitku SDE byla především potřeba sdílet zkušenost bez obav z odmítnutí, prostor a čas na zpracování zkušenosti, případně využití některých metod krizové intervence.

Každý zážitek SDE je jedinečný a jedinečný je rovněž každý kontext této zkušenosti, ačkoliv lze v životech respondentů a jejich předchozích zkušenostech vysledovat mnoho společných rysů a životních témat. To, co všechny tyto zážitky, jejich kontext a následky této zkušenosti spojuje, je motiv přesahu, osobnostního zrání a duchovního rozvoje, který zážitky sdílené smrti vnáší do osobních i profesních životů všech respondentů.

## 11. Souhrn

Tato diplomová práce se věnuje fenoménu zážitků sdílené smrti (SDE) a volně navazuje na můj předchozí výzkum v rámci bakalářské práce (Johnová, 2013). Zážitky sdílené smrti patří do kategorie mimořádných požitků spojených se smrtí a umíráním, jejichž vznik dávají někteří vědci do souvislosti se změněnými stavy vědomí nepatologického původu. Výzkumy zaměřené na SDE jako na specifickou a samostatnou kategorii zážitků jsou však zatím v počátcích, neboť byly dlouhou dobu okrajově zmiňovány jen v rámci tzv. vizí na úmrtním loži či koincidencí smrtelného lože. Žádná z dosud zveřejněných vědeckých materiálů založených teorií nedokázala původ a podstatu zážitků sdílené smrti vysvětlit. Tuto zkušenost

prožívá zdravá osoba, která není medikována, netrpí nedostatkem kyslíku, její nervové spoje nevyhasínají a není ani možné v případě SDE na dálku vysvětlit tento jev jako halucinaci z únavy či emočního vypětí nebo jako zbožné přání o posmrtném životě. Některé teorie proto vysvětlují tento jev jako transpersonální zážitek. Teoretická část práce proto vychází z nepatologických přístupů k těmto zkušenostem, které jsou současně zastoupeny zejména směrem transpersonální psychologie. Cílem práce není pokus o vysvětlení fenoménu zážitků sdílené smrti, ale fenomenologické zkoumání tohoto jevu a kontextu v životech respondentů na úrovni kvalitativního výzkumu

V teoretické části práce přibližuji paradigma transpersonální psychologie, její stručnou historii a základní pojmy, dále rovněž základní východiska a modely rozšířených stavů vědomí. V subkapitolách se věnuji teoriím vzniku a zpracování transpersonálních zážitků v rámci procesu spirituálního otevírání (spirituální emergence) a psychospirituální krize. Zmiňuji spouštěcí mechanismy a symptomy těchto procesů, ve stručnosti nastiňuji diferenciální diagnostiku mezi těmito procesy a duševním onemocněním. Prostor věnuji rovněž klasifikaci transpersonálních zážitků vytvořenou Christinou Grof a Stanislavem Grofem – ačkoliv zážitky sdílené smrti nejsou jako dosud neprozkoumaný fenomén popsány jako samostatná forma, jedná se o mimořádné zážitky spojené se smrtí a umíráním, podobně jako zážitky blízké smrti, které tvoří samostatnou kategorii transpersonálních zkušeností a mohou být rovněž spouštěcím mechanismem psychospirituální krize. V další kapitole se věnuji samotnému popisu jevu zážitků sdílené smrti, intrapsychických elementů, způsobu prožití a dosavadním výzkumům. Poslední část teoretické práce propojuje zážitky blízké smrti s oblastí doprovázení a péče o umírající. Ve třech subkapitolách se věnuji tématům spirituality a paliativní péče, roli doprovázejících, kontextu SDE s procesy truchlení a provázení a stručně zmiňuji jednotlivé typy mimořádných prožitků spojených se smrtí a umíráním, se kterými se mohou ti, kteří doprovázejí umírající setkat, ať už v roli doprovázejících blízkých osob nebo v roli profesionálů – zdravotníků a pečovatелů.

Cílem výzkumu bylo rozšíření vzorku o další respondenty a především výzkum kontextu zážitků sdílené smrti, zjištění potřeb těch, kteří se s touto zkušeností setkali, ať už v rámci dobře uchopitelného a zvládnutého zážitku, nebo v rámci akutnějších a dramatických epizod, které nesou prvky psychospirituální krize. Vzhledem k povaze výzkumu jsem zvolila kvalitativní fenomenologický výzkum, data jsem získávala prostřednictvím techniky příležitostného výběru, samosběru a sněhové koule, metodou sběru dat byly

polostrukturované on-line dotazníky a především polostrukturovaná interview. Do výzkumu se zapojilo 14 respondentů, z nichž 7 naplňovalo kritéria pro zážitek SDE.

Abych dosáhla cíle výzkumu, položila jsem 5 výzkumných otázek - Jak lidé (noví respondenti ve výzkumu) prožívají SDE? Jakou měli ti, kteří měli zážitek SDE, případnou předchozí osobní zkušenost s událostmi spojenými se smrtí, umíráním či ohrožením života, případně s technikami pracujícími s rozšířenými stavy vědomí a dalšími transpersonálními zážitky? Co lidé prožívají po zážitku SDE (po psychické i fyzické stránce)? Co by lidé po zážitku SDE nejvíce potřebovali? Jakým způsobem mohou tyto prožitky ovlivnit osobní či profesní život?

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že noví respondenti prožívají SDE jako velmi niterný, hluboký a intenzivní zážitek, udávají nesdělitelnost a nepopsatelnost zážitku a popisují elementy transpersonálního charakteru jako např. vize či vnímání světla, mlhoviny či kouře, které vychází z umírajícího, světlo, které ve chvíli smrti zaplavuje místnost, navázání mimoslovní, telepatické komunikace s umírajícím, prožitky hlubokého klidu a míru, nebo naopak extatické prožitky, které se projevují i na fyzické rovině v podobě mravenčení končetin a návalů energie. Na základě analýzy dat jsem zjistila, že před samotnou zkušeností SDE se v minulosti respondenta vyskytuje jiný typ mimořádného prožitku spojeného se smrtí či umíráním, často i jiný typ transpersonální zkušenosti. Většina respondentů uvedla, že v minulosti měli blízkou zkušenost s úmrtím nebo hrozbou úmrtí velmi blízké osoby a tato zkušenost pro ně byla velmi formativní ve smyslu dalšího osobního vývoje. Všechny respondentky uvedly, že před zážitkem SDE měly větší či menší zkušenost s technikami, které mohou navozovat rozšířené stavy vědomí, především s jógou, meditací, holotropním dýcháním apod. Jako největší potřebou se ukázala potřeba sdílení v bezpečném prostoru, bez rizika odsouzení a patologizace zážitku, dále potřeba času a prostoru ke zpracování tohoto zážitku. Výzkum ukázal na to, že respondenti, kteří SDE prožili jako obtížněji zvladatelnou a jejich zážitek obsahoval prvky psychospirituální krize, měli více specifické potřeby, které souvisely se stabilizací psychického stavu a groundingem. Všichni respondenti vnímají zážitky SDE jako velmi významné - zkušenost zážitku SDE ovlivňuje jejich další osobní i profesní život. Pokud se u respondenta jednalo o první zážitek podobného typu (tj. transpersonální zážitek spojený se smrtí či umíráním), byl zážitek vysoce formativní pro respondentovo další směřování a vedl k výrazné změně v jeho dosavadním životě. Ti, kteří se již před zkušeností s SDE s podobným typem zážitku setkali, udávají, že tato zkušenost byla

významná pro jejich osobní i profesní růst a prožili ji v rámci určitého procesu spirituálního vývoje a osobního růstu, který započal již někdy dříve.

Z výzkumu vyplývá, že každý zážitek SDE je jedinečný a jedinečný je rovněž každý kontext této zkušenosti, ačkoliv lze v životech respondentů a jejich předchozích zkušenostech vysledovat mnoho společných rysů a životních témat. To, co všechny tyto zážitky, jejich kontext a následky této zkušenosti spojuje, je motiv přesahu, osobnostního zrání a duchovního rozvoje, který zážitky sdílené smrti vnáší do osobních i profesních životů všech respondentů.

## Literatura:

American psychiatric association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA.

Atwater, P.M.H (1996). *Vše, co chcete vědět o klinické smrti*. Český Těšín: Mustang.

Barett, W. (1986). *Deathbed visions: The psychical experiences of the dying*. Wellingborough, England: Aquarian Press.

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.

Bragdon, E. (1994). *A sourcebook for helping people with spiritual problems*. Aptos: Lightning Up Press.

Bragdon, E. (1990). *The call of spiritual emergency. From personal crisis to personal transformation*. Aptos : Harper and Rowe.

Bragdon, E. (2005). *What to do when spiritual experiences are upsetting*. Získáno 13.10.2015 z <http://www.emmabragdon.com/books/WhattodoinSEY.pdf>.

Cap, A. (2011). *Beyond Goodbye : An extraordinary true story of a shared death experience*. London: Paragon Publishing.

Eliade, M. (1997). *Šamanismus a nejstarší techniky extáze*. Praha: Argo 1.

Fenwick, P., Lovelace H., & Brayne, S. (2009). Comfort for the dying: five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 173-179.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Greyson, B. (2010). Seeing Dead People Not Known to Have Died: “Peak in Darien” Experiences. *Anthropology and Humanism*. 35 (2), 159-171.

Goretzki, M., Storm, L., & Thalbourne, M. (2013). Development of Spiritual Emergency Scale. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 45 (2), 105-117.

Goretzki, M., Storm, L., & Thalbourne, M. (2014). Research Note: Updating the Spiritual Emergency Scale. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 46 (2), 240-244.

Goretzki, M. (2007). *The differentiation of psychosis and spiritual emergency* (Dizertační práce). Získáno 29.10.2015 z <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/47986/8/02whole.pdf>.

Góvinda, L. A. (1996). *Cesta bílých oblaků*. Praha: Eminent.



- Grof, S. (1999). *Holotropní vědomí*. Praha: Perla.
- Grof, S. (2000). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Perla.
- Grof, S. (2004). *Psychologie budoucnosti*. Praha: Perla.
- Grof, S. (2007). *Nové perspektivy v psychologii a psychiatrii*. Praha: Vize 97.
- Grof, S. (2009). *Tajemství lidské smrti*. Praha: Perla.
- Hartelius, G., Caplan, M., & Rardin, M. A. (2007). Transpersonal psychology: Defining the past, divining the future. *The Humanistic Psychologist*, 35(2), 1-26.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Howarth, G., & Kellehear, A. (2001). Shared Near-Death and Related Illness Experiences: Steps on an Unscheduled Journey. *Journal of Near-death studies*, 20 (2),71-85.
- Johnová, M. (2013). *Zážitky sdílené smrti*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Jung, C.G. (1995). *Člověk a duše*. Praha: Academia.
- Kupka, M. (2000). *Psychické fenomény a změny související se stavem klinické smrti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Krajča, M. (2007). *Sociální reprezentace zážitků blízko smrti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova Univerzita v Brně.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.
- Laszlo, E. (2005). *Integrální teorie všeho: Věda a akáštické pole*. Praha: Pragma.
- Lucas, C. G. (2011). *In case of spiritual emergency: Moving successfully through your awakening*. Scotland: Findhorn Press.
- 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.
- Lukoff, D. (2007). Visionary Spiritual Experience. *Southern Medical Journal*, 100 (6), 635-641.

- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moody, R. (1991). *Život po životě*. Praha: Odeon.
- Moody, R., & Perry, P. (2010). *Glimpses of eternity*. Oxford: Oxford press.
- Moody, R., & Perry, P. (2011). *Doteky věčnosti*. Praha: Knižní klub.
- Moody, R., & Perry, P. (2005). *Opětovná setkání*. Praha: Eminent.
- O'Connor, M., & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.
- Osis, K. (1961). *Deathbed observations by physicians and nurses*. New York: Parapsychology Foundation.
- Osis, K., & Stevenson, I. (2004). *Existuje smrt?* Bratislava: Eko.
- Perera M., Jagadheesan, K., & Peake, A. (2012). *Hledání smyslu v zážitcích blízkosti smrti*. Praha: Triton.
- Perry, J. W. (1999): *Trials of the visionary mind. Spiritual emergency and the renewal process*. Albany: State University of New York Press
- Plante, T. G. (2009). *Spiritual practices in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prevatt, J. (2000). *Anděl zavolal mé jméno*. Praha: DharmaGaia.
- Puchalski C.M, Kilpatrick, S.D, McCullough, M.E, & Larson, D.B (2003). A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. *Palliative & Supportive Care*, 1(1), 7-13.
- Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. NY: Harcourt Brace.
- Ring, K., & Cooper, S. (1997). Near-death and out-of-body experiences in the blind: A study of apparent eyeless vision. *Journal of Near-Death Studies*, 16, 101-147.
- Rinpočche, S. (1996). *Tibetská kniha o životě a smrti*. Praha: Pragma.
- Sláma, O., & Špínka, S. (2004). *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů.

Stevenson, I. (1987). *Children who remember previous lives*. Virginia: University of Virginia Press.

Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.

Vančura, M. (2002). Psychospirituální krize. In Vodáčková, D. et al., *Krizová intervence* (s. 329-357). Praha: Portál

Vančura, M. (nedat.). *Rámec psychospirituální krize*. Získáno 15.6.2015 z:  
[http://www.diabasis.cz/uploads/media/PSK\\_Bohnice\\_FINAL\\_light\\_Read-Only\\_.pdf](http://www.diabasis.cz/uploads/media/PSK_Bohnice_FINAL_light_Read-Only_.pdf)

Watts, J.S, & Tomatsu, Y. (2012). *Buddhistic Care for the Dying and Bereaved*. Boston: Wisdom Publications.

Wilber, K. (1980). *The Atman project: A transpersonal view of human development*. Wheaton: Theosophical Publishing.

Zbavitel, D. (1985). *Starověká Indie*. Praha: Panorama.

Přílohy

Univerzita Palackého v Olomouci  
 Filozofická fakulta  
 Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie  
 Forma: Kombinovaná  
 Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. Bc. JOHNOVÁ Margareta	Slezská 81, Praha - Vinohrady	F131093

## TÉMA ČESKY:

Zážitky sdílené smrti jako transpersonální zkušenost

## TÉMA ANGLICKY:

Shared death experiences as a transpersonal experience

## VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

## ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium odborné literatury věnované zážitkům sdílené smrti a transpersonální psychologii
2. Analýza pramenů týkajících se zážitků sdílené smrti a transpersonální psychologie
3. Stanovení cílů výzkumu a výzkumných otázek.
4. Vytvoření seznamu otázek pro semistrukturované interview.
5. Kontaktování respondentů s prožitkem SDE
6. Záznam polostrukturovaných rozhovorů, respektive i jiných typů výpovědí
7. Transkripce zaznamenaných výpovědí a analýza získaných dat za použití kvalitativní metodologie.
8. Popis zjištěných výsledků a následná diskuse s ohledem na limity výzkumu.

## SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bragdon, E. (1994). A sourcebook for helping people with spiritual problems. Aptos: Lightning Up Press
- Cap, A. (2011). Beyond Goodbye : An extraordinary true story of a shared death experience. London: Paragon Publishing
- Fenwick, P., Lovelaceová, H., Brayneová, S. (2009). Comfort for the dying: five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. Archives of Gerontology and Geriatrics, 51(2): 173-179
- Grof, S. (2009). Tajemství lidské smrti. Praha: Perla
- Howarth, G., Kellehear, A. (2001). Shared Near-Death and Related Illness Experiences: Steps on an Unscheduled Journey. Journal of Near-death studies, 20(2),71-85
- 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
- Moody, R. (2010). Glimpses of eternity. Oxford: Oxford press
- Prevatt, J. (2000). Anděl zavolal mé jméno. Praha: DharmaGaia

### ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce: Zážitky sdílené smrti jako transpersonální zkušenost**

**Autor práce: Margareta Johnová**

**Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.**

**Počet stran a znaků: 135, 249656**

**Počet příloh: 5**

**Počet titulů použité literatury: 58**

#### **Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá fenoménem zážitků sdílené smrti (Shared death experiences = SDE) a jejich kontextem. Zážitky sdílené smrti patří podobně jako zážitky blízké smrti do kategorie mimořádných prožitků spojených se smrtí a umíráním. Práce hledá odpověď na otázku, jakým způsobem lidé SDE prožívají a především jaký je kontext těchto zážitků, dále jaké jsou potřeby těch, kteří SDE prožijí a jak může tato zkušenost ovlivnit osobní i profesní život. Teoretická část práce obsahuje informace o historii transpersonální psychologie a základním pojmosloví, typech změněných stavů vědomí spojených se smrtí a umíráním a popis jevu SDE, dotýká se rovněž témat doprovázení umírajících, procesu truchlení a spirituality v paliativní péči. Empirická část práce se zaměřuje na fenomenologický výzkum zážitků sdílené smrti, s důrazem na kontext těchto zážitků. Použitými metodami získávání dat jsou polostrukturované on-line dotazníky a zejména polostrukturovaná interview.

#### **Klíčová slova:**

zážitek SDE, smrt a umírání, mimořádné stavy vědomí, transpersonální psychologie

## ABSTRACT OF DIPLOMA THESIS

**Title:** Shared death experiences as a transpersonal experience

**Author:** Margareta Johnová

**Supervisor:** PhDr. Olga Pechová, Ph. D.

**Number of pages and characters:** 135, 249656

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 58

### **Abstract:**

The diploma thesis deals with the phenomena of shared death experiences (SDE). Shared death experiences belong into category of extraordinary experiences associated with death and dying. It looks into the question how people perceive shared death experiences and the whole context of this experience. The theoretical part contains information about the history of transpersonal psychology, basic terminology, altered states of consciousness associated with death and dying, the description of the phenomenon SDE, the theme of accompaniment of dying, the mourning process and spirituality in the palliative care. The empirical part of the thesis

focuses on phenomenological research of shared death experiences, with an emphasis on experience, effect experience and the context of SDE. The methods used to obtain the data are mainly semi-structured on-line questionnaires and especially semi-structured interviews.

**Keywords:** experience SDE, death and dying, extraordinary states of consciousness, transpersonal psychology

**Respondent č. 3 (nový respondent ve výzkumu)**

**Datum a místo rozhovoru: 29.1.2016 , Moravský kraj**

**Údaje o respondentce:**

**Povolání: Sociální pracovnice a zdravotní sestra, v současnosti nemocnice X, Moravský kraj**

**Věk: 42**

**Vzdělání: VŠ**

(zážitky sdílené smrti při provázení umírajících na oddělení LDN v nemocnici v X, Domě s pečovatelskou službou v Moravském kraji a Interně v nemocnici X v Moravském kraji)

V úvodu rozhovoru byl respondent seznámen s možností kdykoliv rozhovor ukončit, neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechce nebo jsou pro něj zraňující. Respondent poskytl informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a použitím údajů v rámci diplomové práce. Respondent byl informován o tom, že bude zachována jeho anonymita a v diplomové práci bude uváděn pod pořadovým číslem.

*T: Děkuji moc, že jste souhlasila se se mnou sejit a poskytnout mi rozhovor. V e-mailu jste mi psala, že jste pracovala jako zdravotní sestra v Domě s pečovatelskou službou, v LDN v X a nyní pracujete jako sociální pracovnice v nemocnici X... Jak je to dlouho, co pracujete s umírajícími lidmi?*



R: *„Je to 9 let. Původně jsem dětská zdravotní sestra, pak jsem přešla ke starým lidem a později na LDN a nyní na sociální lůžka...Jako zdravotní sestra jsem si před pár lety dodělala VŠ, sociální práci.“*

T: *Psala jste mi, že mimořádných prožitků s umírajícími máte mnoho a není to pro Vás nic neobvyklého...Mohla byste mi o těch zážitcích říci něco více?*

R: *„Je to o světle...Pokaždé, když na oddělení někdo odchází (umírá), tak to předem poznám...Snažím se mu odchod nějakým způsobem ulehčit, udělám mu hezké prostředí...Pak mám zážitek světla...Umím se na umírajícího naladit a to světlo vnímat...Někdy už nevnímám ani fyzické obrysy těla, ale vidím ho už jen jako světlo...“*

T: *„Mohla byste mi to světlo nějak více popsat?“*

R: *„To je těžké...To je asi nepopsatelné...Je teplé, jasné a obklopující. Smrt je o odevzdání se světlu, je to jako když propadáte vodní hladinou, klesáte stále hlouběji, blíže ke světlu. Smrt je o odevzdání se...Abys mohl zemřít, musíš se nejdřív pustit, poddat se tomu...a vzdát se peněz, majetku, vztahu...Lidé, kteří nejsou smířeni a něco je tu ještě drží, ať už majetek nebo nedořešený vztah, umírají velmi pomalu a někdy i bolestivě, ačkoliv nemají objektivně žádné fyzické bolesti... A naopak, lidi, kteří na životě nelpí, nelpí na penězích, domě a mají dořešené vztahy, nezůstávají na lůžku dlouho a vstupují do světla v klidu, bez strachu...“*

T: *„Zažíváte hodně obtížných odchodů?“*

R: *„Někdy ano...On problém nemusí být někdy ani v tom umírajícím... Někdy ho tu drží rodina, děti, partner...A je to úplně vidět, jak už by ten člověk rád odešel, jak by se chtěl už pustit a zbavit se těla, které už neplní svou funkci, působí mu bolest a není tu pro něj už žádné místo, ale kvůli svým blízkým třeba ještě zůstává, protože oni se nehodlají smířit s tím,*

*že ho ztratí...Někdy, když vidím, že to trvá dlouho, se snažím promluvit i s rodinou, aby svému umírajícímu zkusili říct, že to je v pořádku a že jestli už potřebuje, že může jít a pustit se...*

*... Paradoxně někdy obtížněji odcházejí lidi, kteří jsou ortodoxně věřící – katolíci...Ti někdy mají problém, mají velký strach, bojí se možná takových těch věcí jako očistec a posmrtné utrpení duše...Neříkám, že nic takového neexistuje...Myslím, že ten, kdo lpěl na životě, na penězích a jeho mezilidské vztahy nebyly dobré, může umírat opravdu bolestivě, teď nemyslím bolest způsobenou něčím tělesným...Viděla jsem lidi, kteří nebyli smíření a zoufale se drželi života a umírali za velkých bolestí, křičeli, aniž by měli na těle nějaké vnější nebo vnitřní zranění... Nepomohou jim ani ty nejvyšší dávky morfinu, po kterých by měli být úplně klidní a bez bolesti... A naopak jsem viděla lidi, kteří byli fyzicky opravdu bolaví a člověk se jich bál i dotknout, aby se třeba nedotkl nějakého otevřeného zranění, ale při umírání je vůbec nic nebolelo, a umírali smířeně, s úsměvem, aniž by brali jakékoliv léky na tlášení bolesti...*

*Když vidím, že někdo by už chtěl odejít, ale něco ho tu stále ještě drží, snažím se s ním být a mluvit na něj...Ptám se, co by ještě potřeboval, aby mohl jít...Beru je také za ruku a snažím se na ně „naladit“ a pomoci jim ponořit se do světla... Zvláštní, že vždy na dotek ruky reagují, zklidní se a s každým výdechem se více a více ponořují a každý další nádech je mělčí a výdech delší a hlubší...Pak mi do toho ale často třeba přijde lékař dělat nějaké už úplně zbytečné vyšetření...a to mně vždy naštvě...S některými lékaři mám fakt problém a když vidím, jak resuscitují 90 – letou babičku, která je už na odchodu, dají jí infuzi a její ledviny se nafouknou, protože tělo už prostě nepřijímá a ona má pak velké bolesti a její odchod je protahovaný a bolestivý, chce se mi křičet... Někdy je na vině i rodina – zavolají staříčké babičce záchranku, která ji začne oživovat, místo, aby ji nechali v klidu odejít doma...“*

T: *„Vnímala jste ještě někdy při provázení umírajícího ještě něco dalšího kromě světla?“*

R: *„Jednou jsem měla takový zážitek, že jsem se polekala, až mne to vyděsilo...Umírala u nás jedna paní, se kterou jsem se sblížila...Mluvili jsme spolu o všem a domluvili jsme se, že až odejde, tak mi dá vědět, jaké to tam na druhé straně je...Asi 5 dnů po její smrti jsem se ve*

*3 hodiny v noci vzbudila s pocitem, že někdo nebo něco je v místnosti. A uviděla jsem ji, úplně jasně a fyzicky očima, jak seděla v křesle kus ode mne v ložnici. Bylo to tak živé a jasné, žádný mlhavý obraz, viděla jsem ji úplně jasně a živě, přesně v té své pozici a s rukama, jak vždy sedávala...Strašně jsem se ale polekala...a nenapadlo mne v tu chvíli nic jiného, než se začít modlit. Chvíli tam ještě byla a pak zmizela...Všimla jsem si také vedle spícího manžela, že dělal rukama kolem hlavy takové zvláštní pohyby, jako by něco zaháněl...Ted' mne mrzí, že jsem se tak polekala, možná bych se od ní něco dozvěděla...Už nikdy pak za mnou nepřišla...“*

T: „Zažila jste třeba ještě někdy nějaký mimořádný prožitek, který by souvisel s umíráním a který jste prožívala velmi silně, nebo jste při něm cítila strach?“

R: „U svých pacientů ne... Ale před mnoha lety jsem měla potrat dcery...To jsem byla v opravdové krizi, trpěla jsem depresemi, téma smrti se mi neustále vracelo, byla to i duchovní krize...Tehdy jsem ještě ale nepracovala s umírajícími...Pomohla mi až regrese u psychologa, kterou jsem podstoupila. Prožila jsem v ní zážitek z minulého života, kdy jsem umírala v koncentračním táboře. A jak jsem prožila v regresi i svou vlastní smrt a vstoupila ve chvíli smrti do světla, přestala jsem mít strach. Vše se vyřešilo a posunula jsem se dál... Od regresního prožitku dělím svůj život na před regresí a po regresi. Nebo taky na nevědomost a vědomost... Začala jsem taky chodit na meditace a od té doby se meditacím intenzivně věnuju...V meditaci také vstupuju do světla, je to pro mne už běžný zážitek...“

T: „Jak dlouho se věnujete meditaci?“

R: „Kolem 14 let.“

T: „Když máte při provázení umírajícího mimořádný prožitek, jak ho prožíváte a jak se po něm cítíte, po fyzické i psychické stránce?“

R: „*Cítím se dobře, není to pro mne nic dramatického, možná mám i míň strachu, protože mám víru ve světlo. Čím mám více světla a prožívám světlo, tím mám méně strachu, takže tyto prožitky vnímám velmi pozitivně, po všech stránkách. Je to pro mne už přirozené.*“

T: „*Když někoho provázíte, jste s ním vždy až do poslední chvíle?*“

R: „*Myslíte do jeho posledního výdechu? To se mi upřímně ještě nikdy nestalo, vždy jsem zatím byla s umírajícími hodiny před, nebo i jen malé chvíle před smrtí...Myslím si, že to poslední vydechnutí, ten definitivní přechod je tak niterná věc, že si ji každý schovává jen pro sebe...Většinou lidé na oddělení umírají ve chvíli, kdy zrovna sestra nebo někdo z personálu někam odběhne, nebo i někdo z rodiny, i kdyby u něj před tím třeba seděli několik hodin a pak si jen odskočili...Jako kdyby chtěli být (umírající) v té poslední chvíli sami, sami s tím světlem... „*

T: „*Jakým způsobem tyto mimořádné prožitky ovlivňují Váš život?*“

R: „*Stále se něco nového učím a stále mě něco překvapuje a jsem za to vděčná. Určitě to není běžné téma pro všechny lidičky, ale říkám si, kdo chce nebo potřebuje, najde mě a to světlo... Mohu lidem pomáhat při přechodu, protože díky vědomí světla a prožitku toho světla nemám strach...A to je nepopsatelné.*“

T: *Děkuji moc za vše, co jste mi pověřila, moc si vážím toho, že jste se se mnou o tyto zážitky podělila...*

## **Respondent č. 6 (nový respondent ve výzkumu)**

**Datum a místo rozhovoru: 04.03.2016 , 10.00, Hospic X, Středočeský kraj**

### **Údaje o respondentce:**

**Povolání: Zdravotní sestra**

**Věk: 40**

**Vzdělání: VOŠ zdravotní**

**Délka praxe: 10 let**

(zážitek sdílené smrti při výkonu práce na oddělení JIP kardiologie v nemocnici, další mimořádné prožitky s umírajícími při výkonu práce zdravotní sestry mobilního hospice)

V úvodu rozhovoru byl respondent seznámen s možností kdykoliv rozhovor ukončit, neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechce nebo jsou pro něj zraňující. Respondent poskytl informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a použitím údajů v rámci diplomové práce. Respondent byl informován o tom, že bude zachována jeho anonymita a v diplomové práci bude uváděn pod pořadovým číslem.

**T:** „Děkuji moc, že jste souhlasila se se mnou sejit a poskytnout mi rozhovor. V e-mailu jste mi psala, že tu pracujete jako zdravotní sestra mobilního hospice...“

**R:** „Jako zdravotní sestra v mobilním hospici to je hodně i o práci s rodinnými příslušníky klientů. Samozřejmě v rodinách poskytují zdravotní péči umírajícím a také s nimi hodně mluvím, je to ale taky hodně o práci s rodinou – většina z nich, možná 80 – 90 % má strach z toho okamžiku, až jejich blízký doma zemře – neví, co s mrtvým tělem dělat, najednou to pro ně už není ten jejich člen rodiny. Obávají se hlavně samotného okamžiku smrti – tak

*jim vysvětluji, jak to vypadá, když se srdce zastaví, jak umírající člověk dýchá, než vydechne naposledy, zbavuji je strachu, podporuji je. Všichni potřebují zklidnit, aby cítili, že to je tak v pořádku, že umírající má právo odejít, když už je čas a příbuzní zase, že to vše zvládnou. Jsem tam vlastně pro celou tu rodinu“.*

**T:** „Doprovázíte tak vlastně celou tu rodinu, která o blízkého pečuje...“

**R:** „Ano, protože to je důležité jak pro umírající, tak pro blízké lidi z rodiny – oni se v tom procesu navzájem ovlivňují, když je v klidu jeden, často je v klidu i druhý a naopak. Rodina často nechce svého blízkého pustit, často pláčou a říkají, co já tu budu bez něj dělat. Odchod jejich blízkých to samozřejmě ovlivňuje, zůstávají tu zbytečně připoutáni a čekají jen na to, až je jejich blízcí pustí, až jim dovolí umřít. Často s těmito lidmi pak musím mluvit, aby se se svým blízkým, který už dlouho umírá, dokázali konečně rozloučit, říci mu, že je to v pořádku, že může jít, že to zvládnou i bez něj. Pamatuji si zrovna nedávno paní, která když jsem jí tohle říkala, tak plakala, že to ještě nedokáže, že ještě není připravená se rozloučit. Pak to ale dokázala a tatínek druhý ten na to v klidu zemřel. To rozloučení je strašně moc důležité, pro všechny a ať už je klient doma, nebo tady, v hospici. Jedné kolegyni se stalo, že klient jí pozdě večer řekl, že by chtěl, aby za ním přišla jeho rodina. Jeho stav byl beze změn, stabilní. Kolegyně se nakonec rozhodla rodinu pozdě večer, nebo spíše už v noci nekontaktovat, říkala si, ještě by se zazvonění telefonu poděsili, mysleli by si, že se něco stalo, že zemřel. Nekontaktovala je a klient zemřel několik hodin na to, brzy ráno, aniž by se rozloučil se svými blízkými. Hodně jsme o té situaci mluvili, kolegyně z toho byla špatná. Pak ji jednou poprosil další klient, že by chtěl vidět svého syna. I když to bylo v hluboké noci, poslali jsme synovi sms. A syn brzy na to přijel, rozloučil se s ním, pobýli spolu a tatínek pak po synově odjezdu v klidu a v pokoji zemřel. Každý většinou ví, že nastává ta jeho chvíle, nevím, jestli vnímají, že jim ubyly síly, nebo komunikují s někým shora a vědí, že odchází někam dál...“

*Také jsem měla zajímavý zážitek s jednou umírající paní, o kterou se staral její manžel, který měl ale až panickou hrůzu z toho, že paní zemře, když s ní bude doma sám... Zároveň se o ni chtěl ale starat až do konce...Paní o manželově strachu dobře věděla a já jsem se*

*upřímně bála, jak starý pán zareaguje, bála jsem se, že dostane ještě nějaký panický záchvat. Přišla jsem k nim tehdy zrovna v 11. hodin, paní věděla, že mám přijít, jakoby mne v ten den čekala, byla při vědomí. Když jsem si k ní sedla, uklidnila se a uvolnila, jako kdyby věděla, že přišel ten správný okamžik a že manžel u toho nebude sám. Držela jsem jí za ruku a ona začala jinak dýchat, každý výdech byl delší než nádech, chvíli na to vydechla naposledy...*

*Vlastně mám více takových zážitků, ale ten takový nejvýraznější, hodně mimořádný a v tom materiálním světě, ve které žijeme, těžko vysvětlitelný, jsem měla ve svém předchozím zaměstnání, když jsem pracovala jako zdravotní setra na oddělení kardiochirurgie. Přišel k nám jednou pacient – pamatuji si přesně, jak vypadal, přišel k nám po svých, mohl vážit tak 70 kilo. Pak bohužel nastaly velké komplikace, byl v kómatu na JIP. Byl umístěn v samostatném „boxu“...Selhávaly mu životní funkce, ale byl napojen na spoustu přístrojů, dostával infuze. Když ledviny selhávají, neberou už vodu a nafukují se, spolu s celým tělem – ten muž byl po příchodu k nám štíhlý, 70 kilový a za několik dnů vážil 120 kilo – leží na posteli, která je váží, takže na displeji vidíte, kolik právě váží. Byl úplně oteklý, nafouklý, musela jsem přistavit z každé strany postele židle, aby mu podpíraly ruce. Každé 4 hodiny jsem k němu chodila a prováděla pořád ty stejné úkony, vylila krev...Jednou jsem přišla, byla jsem hodně unavená, po 4 nočních. Přišla jsem tam a než jsem přišla k boxu, k lůžku, chystala jsem ještě něco v kuchyňce, která v té místnosti byla. Najednou jsem vedle uviděla toho pacienta, jak sedí, kope při tom bezstarostně nohama, byl úplně klidný a říká mi: „No tak to zas všechno udělej.“*

**T:** „Pacient byl vedle Vás, nesesedl na posteli?“

**R:** „ Ne. Na posteli v boxu leželo v kómatu jeho tělo. Viděla jsem ho ale zároveň jasně vedle sebe, seděl na kuchyňské lince vedle mne...“

T: „*Jak vypadal?*“

R: „*To nedokážu popsat. Byl to prostě on, ale ani to nebyla nějaké šedá mlha nebo kouř. Nedokážu to popsat. Viděla jsem ho jakoby periferním viděním. Vypadal úplně stejně, jako když k nám přišel, štíhlý muž, ne tak, jak vypadalo jeho tělo, které leželo nafouklé o kus dál na posteli.*“

T: „*Mluvil k Vám?*“

R: „*Mluvil se mnou, ale bez hlasu, bylo to v mozku, přesto ale úplně jasné a srozumitelné. A já jsem mu také tak odpovídala. Když mi řekl, “no tak to zase vše udělej“, odpověděla jsem mu, že to tak musím dělat. On mi na to pověděl, že už nechce být připojený na přístroje, že už chce jít a ať už to nedělám a jdu pryč, ať může v klidu jít...Já jsem mu říkala, že mně to mrzí, ale že to vše dělat musím, nemůžu se o něj přestat starat. On na to řekl, že ví, že to tak musím dělat, a že tedy ještě počká... Říkal mi to úplně v klidu, nezlobil se a z něho celého byl cítit takový hluboký mír a klid, lehkost, uvolněnost. Pamatuji si, jak seděl na té lince a kopal při tom bezstarostně nohama, uvolněně...*“

T: „*Zemřel ten pacient?*“

R: „*Ano, z kómatu už se neprobral a zemřel dva dny na to, to jsem už neměla službu...*“

*Hodně jsem o tom zážitku přemýšlela, hlavně na té logické úrovni – říkala jsem si, jestli jsem třeba nebyla jen unavená, za sebou 4 noční, jestli to nebyla nějaká halucinace. Ale vím, že nebyla, ten rozhovor byl skutečný, i to, že v tu chvíli seděl opravdu vedle mne, ačkoliv jeho tělo bylo fyzicky o kus dál“.*



**T:** „*Co jste v průběhu toho zážitku cítila?*“

**R:** „*Cítila jsem klid, smíření. Určitě jsem se nebála.*“

**T:** „*A jaké prožitky jste měla po tom zážitku?*“

**R:** „*Hodně jsem o tom přemýšlela, byl to hodně intenzivní pocit a zážitek, na který nikdy nezapomenu.*“

**T:** „*Co byste po tom zážitku nejvíce potřebovala, ať už na psychické, či tělesné rovině?*“

**R:** „*Klid, časový prostor.....přebrat si to v klidu v hlavě.*“

**T:** „*Cítila jste nějaké změny ve vnímání svého těla nebo v jeho potřebách?*“

**R:** „*Byla jsem hodně unavená po těch nočních...Nebylo to pro mne ale nic překvapivého, já mám takové zážitky už od dětství. První jsem měla v 6 letech, když jsem jednou na ulici, ale uvnitř hlavy „viděla“ dopravní nehodu, jak tramvaj narazila do sousedova auta, viděla jsem souseda, jak vyběhl z auta, celý od krve a věděla jsem, že jeho žena zůstala uvnitř. Za dva dny se to skutečně stalo, soused, který měl dům vedle nás, měl autonehodu, nabourala do nich tramvaj. Nikomu jsem to ale neřekla, bála jsem se, že si budou myslet, že si vymýšlím, nebo že jsem se zbláznila. Takových zážitků mám ale víc.*“

**T:** „*Pověděla jste někomu o tomto zážitku s pacientem na JIP?*“

**R:** „Až po čase jsem se k tomu vrátila a někomu to řekla...Před tím nějak nebyl prostor...“

**T:** „Věnujete se nějakým technikám, které pracují s rozšířenými stavy vědomí?“

**R:** „Chodím na jógu, hodně kvůli zádům, ale s meditací ani s ničím podobným nemám zkušenost, není na to čas. Teď si ještě dodělávám VŠ, do toho 1,5 úvazek tady, je toho strašně moc.“

**T:** „Ovlivnil ten zážitek nějakým způsobem Váš osobní či profesní život?“

**R:** „Přemýšlím...Asi jsem tam, kde jsem měla být, byla to součást cesty, odešla jsem pak asi po 1,5 roce z JIP a šla pracovat do hospice. Nebylo to ale, že by se něco ve mně radikálně změnilo, spíše to korespondovalo s tím, kam jsem směřovala...Práce v hospici a s umírajícími mě hodně naplňuje a vnímám ji jako hodně hodně důležitou, jen mě mrzí, jak je to u nás ve státě v systému nastaveno.

*Služby hospice nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a při tom nesmírně záleží na tom, jakým způsobem má člověk možnost odejít, zemřít, po tom, co uzavřel vše, co měl a zda měl možnost se se všemi důležitými lidmi rozloučit...A toto ovlivňuje samozřejmě i rodiny jako celek, nemít příležitost se rozloučit, uzavřít nějaký vztah, to není dobré... Díky službám hospiců hodně rodin tu možnost dostane, ale zdaleka ne všichni, kteří by potřebovali. Na druhou stranu stát vynakládá spousty peněz úplně zbytečně, i ve zdravotnictví – uměle se prodlužuje život lidí, kteří by už potřebovali odejít a často proto umírají nedůstojně, po měsících v kómatu...A tam, kde by peníze pomohly, kde to je důležité, tam nejsou...“*

**T:** „Děkuji moc za poskytnutí rozhovoru a sdílení Vašich zážitků.“

## **Respondent č. 7 (nový respondent ve výzkumu)**

**Datum a místo rozhovoru: 10.3.2016, 16.00, Středočeský kraj**

### **Údaje o respondentce:**

**Povolání: Pedagog v ZŠ (nyní ve starobním důchodu)**

**Věk: 70**

**Vzdělání: SŠ**

**(zážitek sdílené smrti při doprovázení umírající matky, zážitek sdílené smrti při doprovázení umírajícího přítele)**

V úvodu rozhovoru byl respondent seznámen s možností kdykoliv rozhovor ukončit, neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechce nebo jsou pro něj zraňující. Respondent poskytl informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a použitím údajů v rámci diplomové práce. Respondent byl informován o tom, že bude zachována jeho anonymita a v diplomové práci bude uváděn pod pořadovým číslem.

**T:** „*Děkuji moc, že jste souhlasila se se mnou sejit a poskytnout mi rozhovor.*“

**R:** „*Asi bych Vám měla nejdříve říci něco o sobě, protože to s tím vším souvisí. Mám dva syny, jeden z nich málem v 8 měsících zemřel na astmatický záchvat a několikrát se to ještě opakovalo, druhý se narodil s Downovým syndromem. Je to úžasná bytost a jsem moc*

*vděčná, že ho mám, protože mne naučil hodně věcí. V životě jsem prošla mnoha zvraty – rozvedla jsme se, zůstala jsem sama se dvěma malými syny, oba dva vyžadovali velkou péči...Pak jsem sama onemocněla...“*

**T:** *„Vím, že jste několikrát prožila klinickou smrt.“*

**R:** *„Ano, bylo to v průběhu 10 let několikrát, nikdo už nevěřil, že se uzdravím...“*

**T:** *„Mohla byste mi o těch zážitcích něco říci“?*

**R:** *„Vždy to je o vstupu do světla. Nejdříve je temnota, kterou všichni musíme projít a pak se dostaneme do světla – najednou je vám vše jasné a vše víte, co jste tu udělali nebo ještě neudělali, co jste zvládli a co ne, co vás ještě čeká...V tom světle má každý možnost se rozhodnout, jestli zůstane, nebo půjde dál, protože ví, co ho tu ještě čeká, co ještě musí vykonat, co se ještě musí naučit... Z jedné klinické smrti mám hodně zvláštní zážitek – navázala jsem v tom stavu telepatickou komunikaci se svým nemocným synem, o kterého se celý život starám- chtěla jsem zůstat hlavně kvůli němu. On mi ale říkal, mámo, jestli chceš, klidně běž dál, protože já to tu bez Tebe zvládnou, už sis tu užila na tom světě dost... Na druhé straně jsem zase mluvila se svými blízkými, kteří už nežili...Při tom posledním zážitku jsem v tom světle věděla, že jsem v této existenci už vše naplnila, ale chtěla jsem se vrátit sama zpět a předávat to, co jsem se dozvěděla, druhým...Protože to světlo je totožné s láskou – pokud se v životě naučíte žít v lásce a být láskou, už se na této úrovni nemáte co učit – ale můžete něco ze sebe předávat dál...“*

**T:** *„Jaké to bylo, se tolikrát vracet?“*

**R:** „Nemůžu říct, že to bylo vždy příjemné – celý zážitek většinou na začátku a na konci provází pro mne hodně nepříjemné zvuky, takové pískání...A samotný návrat do těla pro mne byl často velmi bolestivý...“

**T:** „Setkala jste se tam s něčím nebo s někým?“

**R:** „Viděla jsem hodně bytostí, které nemohly jít dál, zůstaly uvízlé na půl cesty. Nevybavuji si, že by se třeba Moody zmiňoval o něčem podobném, ale v průběhu mých klinických smrtí se se mnou snažily navázat spojení bytostí, které tu měly něco nedořešené, neuzavřené, potřebovaly něco někomu sdělit, vysvětlit...“

**T:** „Změnilo se po tomto zážitku něco ve Vašem přístupu k životu?“

**R:** „Vím, že smrt je jen iluze, že vlastně není, je jen to světlo. Od té doby mám také blíže ke světu umírajících a i zemřelých – ty dva světy nejsou tak oddělené, jak se zdá...Vrátila jsem se, abych něco zprostředkovala druhým – jeden čas to bylo hodně náročné, protože jsem nemohla vůbec spát – chodili v noci totiž za mnou a všichni chtěli něco vyřídit, předat...“

**T:** „Myslíte teď ty bytosti, které jste vnímala v průběhu své klinické smrti?“

**R:** „Ano, jenže to už bylo po tom, když už jsem byla doma. Nějak se mi ty dva světy spojily a byla jsem otevřená pro oba, neuměla jsem se ještě ale chránit a uzavřít se...Začala jsem se také věnovat meditaci, teď mám kolem sebe lidi, se kterými pravidelně o víkendu meditujeme...“

**T:** „Zkoušela jste ještě nějaké jiné techniky, které pracují s jinými stavy vědomí?“

**R:** „Byla jsem také na holotropním dýchání, to byl úžasný zážitek, nabitý obrovskou energií. Byla jsem za něj ... (\*uvádí jméno psychologa) tak vděčná, že jsem ho po skončení dýchání objímala, bylo to nepopsatelné... Také jsem běžně prožívala mimotělesnou zkušenost, už když jsem byla malá, opouštěla jsem své tělo a zase se do něj vracela, umím to stále.“

**T:** „Vím, že se věnujete doprovázení umírajících...“

**R:** „Ano, od té doby si mne lidé z vesnice často zavolají, když jim někdo blízký umírá...Jsem tu pro ně, když chtějí pomoci a dopřát svým blízkým, aby zemřeli doma...“

**T:** „Měla jste někdy v souvislosti s doprovázením umírajícího nějaký mimořádný zážitek?“

**R:** „Měla, víckrát. Jednou jsem doprovázela umírajícího rodinného přítele. Bylo to na Moravě, byla jsem tam s ním celý den, pak jsem ale se synem jela o kus dál, ubytovat se. Přítel umíral ve velkých bolestech na rakovinu...Jeho manželka si pozvala kamarády, kteří hlučeli v přízemí, její manžel umíral v prvním patře...Byla jsem tehdy rozzlobená, že tak hlučí, pijí, baví se. Přítel věděl, že dole jsou i muzikanti a chtěl po mně, abych je šla poprosit, aby mu zahráli jeho oblíbenou moravskou píseň...Šla jsem dolů, kde všichni pili a prosila je, aby mu tu píseň zahráli, protože jsem věděla, že to je jeho poslední přání. Oni to ale nevzali, připadalo jim to komické, smáli se. Měla jsem pocit, že jsem zklamala...Den na to jsem byla večer v koupelně a najednou jsem cítila jeho přítomnost. Ne, že bych ho viděla očima, ale prostě jsem věděla, že tam se mnou je a že se se mnou přišel rozloučit. Mluvil ke mně a chtěl, abych mu zazpívala tu jeho oblíbenou píseň. Tak jsem začala zpívat a po tvářích mi tekly slzy, byl to tak silný zážitek, že si ten pocit vybavím ještě dnes. Bylo v tom něco posvátného a nebyly to takové ty slzy smutku, ale slzy, které pláčeme při takovýchto mimořádných okamžicích v životě. Dozpívala jsem písničku, přítel se se mnou rozloučil a

*odešel. Druhý den jsem se dozvěděla, že v ten čas v nemocnici zemřel. Manželka a jeho syn se báli nechat ho zemřít doma, tak mu v posledních chvílích, kdy měl být doma a už se s ním nemělo hýbat, zavolali záchranku. Asi hodinu po příjezdu do nemocnice zemřel...*

*A druhý zážitek byl s mou maminkou, která umírala doma – lékaři mi řekli, že to bude tak týden, ale máma umírala nakonec 2,5 měsíce. Přála si zemřít doma, takže jsem si vzala neplacenou dovolenou - v práci to vůbec nebylo dobře přijato - a pečovala o mámu doma. Bylo to hodně náročné, protože mi další členové rodiny nepomohli, já se o maminku starala ve dne v noci, krmila ji po lžičkách vodou, protože nechtěla přijímat výživu uměle a naštěstí tu máme úžasnou doktorku, která maminku nenutila a nechala ji zemřít doma, bez nějakých drastických zásahů...Já byla ale strašně unavená a vyčerpaná, do toho ta situace, neplacená dovolená, myslím, že ostatní členové rodiny, když se sami nemohou podílet na péči o umírajícího, by měli aspoň zabezpečit, aby ten pečující měl co jíst, postarat se o jeho potřeby...*

*Maminka byla doma nakonec skoro 2,5 měsíce. Bylo to až úsměvné, protože nikdy nebyla zvyklá lenořit a ležet dlouho v posteli, byla také kantorka. A teď mi říkala – já si to tak hezky užívám, tak pěkně se o mne staráš, je mi tak dobře...Byla úplně při vědomí, poslední dny už se ale pohybovala někde mezi, říkala třeba, že vidí své už zemřelé sourozence a mluví s nimi, říkala, že to je přece divné a jak je to možné. Tak jí říkám, že to není divné, protože některý z nich pro ni pak přijde a bude jí dělat průvodce. A jaké to bylo, když umřela? Když vydechla naposledy, celá místnost se prozářila světlem a září, cítila jsem obrovskou energii...Neviděla jsem ji, ale vnímala jsem její energii. Četla jsem jí ještě chvíli po tom, co zemřela, Tibetskou knihu mrtvých, měla jsem ji doma a instinktivně jsem po ní sáhla, říkala jsem si, že to je ten správný čas, kdy ji využít. Pak jsem otevřela okno a úplně jsem cítila a i slyšela ten zvuk, jak duše vylítla oknem ven. Okno se má po úmrtí vždycky otevřít, každému to říkám, ti naši předkové věděli, co dělají...Byl to strašně silný, nesdělitelný zážitek.“*

**T:** „Jak jste se potom cítila?“

**R:** *„Když maminku odvezli, byla jsem strašně unavená, vyčerpaná, potřebovala jsem odpočívat...Litovala jsem, že jsem s ní nemohla být ještě dýl, ale byl u nás zrovna bratr a ten se z toho hroutil, bál se být s jejím tělem, prosil mne, abychom už zavolali lékaře. Lékařka přijela a hned mi řekla, že pohřební vůz už je na cestě, oni je rovnou informují, jsou dohodnuti s jednou firmou...Je to byznys. Bývala bych si ještě přála zůstat u mámy ještě několik hodin, víc to prožít...Ale mohla jsem ji alespoň připravit, umýt, to jsem vše dělala sama, přišla mi ještě pomoci jedna sousedka, co u nás dělá sociální pracovníci a zvládly jsme to...“*

**T:** *„Co jste po tom zážitku nevíce potřebovala?“*

**R:** *„Bylo to tak silné a byla jsem toho tak plná, že jsem hned druhý den jela ke svým přátelům, takovým otevřeným a skvělým lidem, se kterými jsem to potřebovala hned sdílet...“*

**T:** *„Ovlivnil ten zážitek nějakým způsobem Váš další život?“*

**R:** *„Byl to hodně silný a mimořádný zážitek. Myslím, že každý by to měl zažít, aby ho to zase někam posunulo a nějaké věci mohl uzavřít...Já jsem byla i ráda, že jsem mohla dát v těch posledních týdnech mámě to, co ona mi dát neuměla – mohla jsem jí dát svou péči, lásku, pozornost a čas – ona byla kantorka a znáte to, kantoři se starají o spousty dětí, ale na jejich vlastní už nezbude...Měla jsem díky tomu pocit čistého svědomí a to je v životě asi úplně nejvíc – překročila jsem svůj vlastní stín, protože jsem byla schopná bez jakýchkoliv negativních emocí dát něco, co já jsem nedostala...Chtěla bych toto předat dalším lidem a často se na mne obrací lidé, kteří měli úplně strašné rodiče, kteří jim nedokázali nic dát, protože to prostě sami také v dětství nedostali a jinak to bohužel neuměli...Říkám těm jejich dětem, už dávno dospělým, aby to v sobě skrze lásku a světlo našli a zkusili to těm starým rodičům dát, bez toho, aby si mysleli, že jak ty mně, tak já tobě...Oko za oko, zub za zub, to je strašně zcestná myšlenka a vede k vlastní zkáze. Skrze to světlo a lásku může každý z nás překročit svůj vlastní stín...“*



**T:** „Děkuji moc za všechny zkušenosti, které jste se mnou sdílela...“

**Respondent č. 4 – transkripty rozhovorů (1. studie, rok 2012, 2. studie, rok 2016)**

**Datum a místo rozhovoru: 26.09.2012, Moravský kraj**

**Údaje o respondentce:**

**Věk: - 55 let**

**Povolání: pedagog v ZŠ**

**Věk v době zážitku: 49**

**Nejvyšší dosažené vzdělání: VŠ**

V úvodu rozhovoru byl respondent seznámen s možností kdykoliv rozhovor ukončit, neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechce nebo jsou pro něj zraňující. Respondent poskytl informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a použitím údajů v rámci diplomové práce. Respondent byl informován o tom, že bude zachována jeho anonymita a v diplomové práci bude uváděn pod pořadovým číslem.

**Záznam interview:**

T- tazatel

R- respondent

T: „Ještě jednou Vám mnohokrát děkuji, že jste si našla čas na osobní rozhovor. V dotazníku, který jste vyplnila, byly některé velmi zajímavé informace, na které bych se Vás ráda ještě zeptala.“

R: **Klidně se ptejte.**

T: „Napsala jste, že se zažila něco velmi mimořádného v souvislosti s úmrtím maminky a to hned ve dvou různých zážitcích.“

R: „**Ano, byly to dva různé zážitky v rozpětí několika dnů. Možná bych to asi vypověděla od začátku. Moje maminka onemocněla rakovinou slinivky. Když jsem se to dozvěděla, zbývaly jí asi tři měsíce života. Ty tři měsíce jsme si užily naplno, byl to strašně cenný, naplněný společný čas. Ačkoliv doktoři nesdělili, kolik času mamince dávají, já jsem už tehdy nějak intuitivně věděla, že maminka zemře v létě, každopádně ale do 13. července – na ten den přicházelo výročí tatínkova pohřbu. Věděla jsem, že v tento den už budou s tatínkem spolu. Maminka opravdu zemřela v létě, 3. července. Pamatuji si, že sestra na začátku léta jednou řešila, že zapomněla vzít mamince podzimní kabát. Já věděla, že ho už nebude maminka potřebovat, ale nemohla jsem to před sestrou říci...Bylo to pro mne a pro celou rodinu velmi náročné, zároveň ale i cenné období. Naše rodina nebyla nikdy zvyklá pečovat o někoho těžce nemocného a umírajícího. Všichni z rodiny zatím zemřeli rychle, náhle, většinou ve spánku. To s maminkou pro nás byla naprosto nová zkušenost. Zvládli jsme to ale dobře. My jsme taková otevřená rodina, smrt u nás nikdy nebyla tabu. U nás se říkalo: „Kdyby tě viděl tatínek, měl by z tebe radost.“ Nikdy se ale neříkalo: „Kéž by tu byl tatínek, škoda, že to už nemůže vidět, že se toho chudák nedožil...“**

T: „Psala jste, že když maminka zemřela, byla jste u ní.“

R: *„Ano, střídali jsme se u ní se sestrou po dvou dnech. Poslední dny už byla maminka v hospici, v Rajhradě u Brna. Chtěla bych teď říci, že tam je úžasný, nepřekonatelný personál, který mi velmi pomohl. Jsou profesionální a zároveň velmi lidští a duchovní. Řádová sestra mi asi po 2 dnech řekla, že nikdy nevědí, jak dlouho tam nemocný bude, ale že maminka je smířená a proto bude odcházet rychle, nebude se zdržovat. První mimořádný zážitek jsem ale měla ještě, když byla maminka doma, asi 3 týdny před její smrtí. Maminka prodělala jednou v noci diabetické kóma. Věděla jsem, že maminka odchází a je to přirozené, věděla, jsem, že bych jí měla nechat jít, ale bylo to dříve, než jsem čekala. Během několika kroků k jejímu lůžku jsem se musela rozhodnout, zda k ní přivolám sanitku, nebo ji nechám odejít. Byla jsem u ní, nemohla se hýbat. Nevím, co to bylo, ale byly jsme v nějaké formě mimoslovního spojení – vyprávěla mi o jasném světle a o překrásné zahradě plné nádherných květin a stromů. Možná jsem tu vizi zahrady vnímala i sama – nedokážu to popsat. Bylo to ale velmi intenzivní, také to vidět výraz v její tváři, výraz pohody a míru, radosti. Když jsem mamince dala hroznový cukr, vrátila se zpět. Druhý den byla v pořádku a dopoledne mi po té noci řekla: „To bylo včera nádherné, v té zahradě, vid’?“ Řekla jsem jí, že to bylo překrásné, protože bylo. Ten den přišel lékař a když jsem mu to opatrně naznačila, řekl, že to je po lécích, že má maminka změněné vědomí a halucinuje. Jsem ale přesvědčena, že to nebylo způsobeno žádnými léky, protože ty maminka brala před tím už asi dva měsíce a nic podobného se nestalo. Až ve chvíli, kdy téměř zemřela. Druhý den si také na všechno z toho zážitku pamatovala. Asi dva týdny před její smrtí jsem cítila, že už odchází, otevírá se jí druhý břeh. Nebylo to ale rozhodně kvůli lékům... Po pár dnech jsme maminku dali do hospice, už to doma nešlo.“*

T: *„Jak dlouho tam maminka byla?“*

R: *„Byla tam deset dnů. Poslední dva dny už nejedla, nepila, verbálně nekomunikovala. Devátý den maminka už odcházela, ale já ji nedokázala pustit, nebyla jsem na to připravená – přijela jsem „z venku“, střídala jsem sestru. Nebyla jsem zklidněná, nekoncentrovala jsem se, byla jsem ještě příliš přede zdmi hospice, v našem hektickém světě. Nechtěla jsem ji ještě ten den pustit. Maminka zemřela až druhý den na to, desátý den svého pobytu*

*v Rajhradě...Byl to hodně silný, emocionální zážitek. Nevnímala jsem už fyzickou stránku maminky, tělesný doprovod umírání jsem vnímala jen okrajově. Víím, že poslední minuty dýchala velmi obtížně, od úst jí šla krvavá pěna. Celou dobu jsme spolu ale beze slov živě komunikovaly. Nedokážu to popsat, nedá se to. Prostě jsme byly nějakým způsobem spojené. Když se maminka rozhodla, že „odejde“ z těla, něco jako by ji drželo. Viděla jsem jakousi světle šedou mlhu v růžovém oparu, která z ní vycházela a setrvala za oknem pokoje. Z toho oparu vycházely jakési 4 světelné stonky nebo sloupy vrůstající do Země. Věděla jsem, že to je maminčino spojení s fyzickým světem, se 4 lidmi, jejichž duše jí odmítaly pustit. Byla to má sestra, můj syn, jeho manželka a maminčina nejlepší kamarádka. V duchu jsem je poprosila, aby ji nechali jít. V tu chvíli se 3 sloupy rozplynuly, jen spojení s mou sestrou stále zůstávalo. Pochopila jsem, že ve vztahu maminky a sestry zůstalo ještě něco nedořešeno, že mamince to brání sestru opustit, stejně tak sestra nechce pustit maminku. Až po usilovných prosbách a slibu, že na sestru budu v životě dohlížet, se rozplynul i poslední sloup. Tehdy maminka naposledy vydechla.“*

*T: „Myslíte, že byste mohla říci, jak jste v tu chvíli vnímala čas?“*

*R: „Těžko říct. Měla jsem pocit, jako by se náhle zastavil a zároveň zrychlil, vnímala jsem v tu chvíli čas prostě jinak. Jakoby čas nebyl. Víím ale, že po tom, co maminka vydechla, se ještě zdržovala v té růžové mlze za oknem, až do chvíle, kdy přijela sestra, které jsem hned po maminčině smrti telefonovala. To mohlo trvat asi hodinu.“*

*T: „Mohla byste prosím tu mlhu blíže popsat?“*

*R: „Vnímala jsem světle šedou a růžovou, velký jas. V té mlze byla maminka, měla podobu jakési amorfní bytosti.“*

*T: „Napsala jste, že jste viděla i jiné bytosti...“*

R: *„Ano, je to těžko popsatelné. Byly tam, v té jasné mlze. Věděla jsem, že jejich úkolem je pomáhat svou přítomností. Po příjezdu sestry se mlha rozplynula, maminka odešla i duchovně.“*

T: *„Jak jste to vše vnímala?“*

R: *„Byla to pro mne velmi emocionálně silná a neobvyklá zkušenost. Cítila jsem hluboký klid, mír, smíření. Neříkám, že jsem si pak nepoplakala, ale byl to pláč i úsměv. Doktoři se na mne dívali, nevěděli, co to znamená. Já byla šťastná, že jsem maminku mohla provázet, že jsem byla s ní, že jsem s ní mohla sdílet něco tak důležitého. Samotný zážitek byl velmi nabitý energií, ale já se energie nebojím, umím s ní už trochu pracovat.“*

T: *„V dotazníku jste uvedla, že jste se po svém zážitku svěřila s odstupem času několika lidem, se kterými chodíte na Tai-Chi.“*

R: *„Ano. Mám tam pár lidí, kterým mohu takové věci říci a nebojím se, že si o mně pomyslí, že nejsem normální. Jinde bych se to ale asi neodvážila říct.“*

T: *„Jak dlouho už chodíte na Tai-Chi?“*

R: *„Už 8 let. Nedávno jsem začala vést vlastní skupinu, učitel mi ji předal. Zkusila jsem kromě Tai-Chi i jiné věci, jógu, meditaci. V životě jsem měla náročné období, měla jsem těžce nemocného syna, jehož život visel 10 dnů na vlásku, pak jsem měla sama vážný úraz. Také jsem se po mnoha letech manželství rozváděla, měla jsem po tom všem velmi silnou potřebu změnit od základu svůj život. Tai-Chi, meditační techniky a vůbec všechny techniky pracující s energií mne na mé cestě hodně posunuly dopředu. Nakonec jsem se začala více*

*věnovat Tai-Chi, i kvůli tomu, že bylo v sousedním městě. Tady u nás byly malé možnosti. Měla jsem štěstí, že můj učitel viděl v Tai-Chi a jeho cvičebních sestavách jen prostředek k práci s vlastní energií, jeho pojetí Tai-Chi je velmi spirituální. Později jsem v rámci meditace dokonce měla i zážitek mimotělesné existence. Vznesla jsem se nad vlastní tělo, vnímala jsem i přítomnost jiných bytostí, jiný svět, vše bylo ve velmi intenzivních barvách. Víím, že se mi vůbec nechtělo zpátky. Když jsem se dostala zpět do těla, slyšela jsem takové cinknutí. Barvy a některé prvky mimotělesného prožitku se v něčem velmi podobaly té zkušenosti s maminkou. Samozřejmě to s maminkou bylo emocionálně silnější.“*

*T: „Změnilo se po tomto prožitku sdílené smrti něco ve Vašem životě?“*

*R: „Určitě ano. Cítím velkou potřebu být „tady a teď“ v jakémkoliv prožitku v životě. Zkušenosti, které k Vám mají přijít, stejně přijdou, důležité je to, jak je uchopíte. Víím, že smrt je vstup do nového, už se jí nebojím, už to pro mne není strašák, tabu. Víím, že každému novému začátku musí předcházet konec. Myslím, že kdybych nepřijala tuto myšlenku, nebyla bych vůbec schopná o tom všem povídat. Jsem moc ráda, že jsem to všechno mohla někomu vypovědět. I díky tomu jsem si něco ještě zpětně uvědomila, před naším rozhovorem jsem si to vše znovu otevřela a mohla to teď definitivně uzavřít. Bylo toho tolik, co jsem chtěla říct.“*

*T: „Děkuji moc za to, že jste se rozhodla něco pro Vás tak významného sdílet s druhými.“*

*T: „Je to potřeba. O smrti a o takovýchto prožitcích se ještě stále málo mluví. Objevují se už první vlaštovky, ale jde to pomalu. Smrt je pro většinu lidí pořád ještě tabu a podobné zážitky jsou stále vnímány spíše jako případ pro psychiatra. Díky těmto prožitkům a pochopení smrti můžeme ale žít otevřeně, opravdově, beze strachu. Ještě bych Vám chtěla říci o mamčině pohřbu. Už jsem říkala, že jsem nějak intuitivně věděla, že maminka se dožije jen léta a že 13. července, kdy jsme pohřbívali tatínka, už tady nebude, protože budou už spolu. Maminka zemřela 3. července. Kremace měla být v České Třebové, 14. července, protože v Třebové pálí v úterý nebo ve čtvrtek. Ten týden se ale stalo, co se stává málokdy –*

*v úterý a ve čtvrtek nešel plyn. Plyn šel pouze ve středu, takže maminku spálili 13. července, přesně po 15 letech od výročí tatínkova pohřbu...“*

---

**Transkript rozhovoru z roku 2016 (2.studie) – respondent č. 4**

**Datum a místo rozhovoru: 04.02.2016, Moravský kraj**

(zážitek sdílené smrti u úmrtního lože matky)

T: *„Děkuji moc, že jste souhlasila se se mnou znovu sejít a poskytnout mi rozhovor. Ráda bych se Vás zeptala ještě na nějaké otázky, které souvisí s dobou před Vaším prožitkem SDE a co se dělo po něm...Na našem minulém setkání jste mi řekla, že již mnoho let cvičíte Tai-Chi, již na lektorské úrovni a máte také zkušenosti s jógou“.*

R: *„Tai-chi se věnuji už asi 11 let, vedu teď několik skupinek děvčat od 30 – 60 let. Není to tak úplně stoprocentní tai-chi, já tomu říkám spíše práce s energiemi, nebo hraní si s energiemi...Také mám zkušenosti s Či-kungem, meditací i jógou...“*

T: *„Začala jste se věnovat těmto technikám před tím zážitkem s maminkou, nebo až po něm?“*

R: *„Začala jsem s tím asi dva roky před ním. Procházela jsem tehdy náročným obdobím, rozcházela jsem se 5 let komplikovaně s manželem...Začala jsem kvůli tomu také jezdit k psychologovi, to mi hodně pomohlo učit se na stejné věci dívat jiným způsobem...“*

T: *„Říkala jste mi také o tom, že jste prožila velmi traumatizující zážitek kvůli nemoci syna – mohla byste mi tom říci něco více?“*

R: *„Tehdy mi bylo 25 let a podala jsem synovi, kterému bylo tou dobou 1 a 3/4 roku, určitou kombinaci léků. Syn se poté dostal do velmi akutního stavu, převezli nás hned do lépe*

*vybavené nemocnice, kde byl v inkubátoru. Zjistilo se, že má Stevens-Johnsonův syndrom. Jeho stav byl velmi vážný, 10 dnů se vůbec nevědělo, jestli to přežije... Tehdy to byla taková situace, že jsem to ani pořádně nevnímala, dostavilo se to později... I s pocitem viny, že já jsem to vlastně vše způsobila... Když o tom tak přemýšlím, tohle byl ten první a hlavní spouštěč, ta hrozící možnost ztráty... Hned po tom jsem si začala zjišťovat různé věci, snažila jsem se shánět nějaké informace, seznámila jsem se se samizdatovou jógou... Knih na taková témata bylo tehdy hodně málo, ta vlna přišla až v 90. letech... Tehdy při tom hrozivém zážitku a vlastně setkání s možnou smrtí dítěte se ve mně něco otevřelo, ale ještě jsem nebyla připravená, uzavřela jsem to... Pak to nějaký čas spalo a znovu se to už naplno otevřelo až v tom zážitku s maminkou...“*

T: *„Co jste po tom zážitku s maminkou prožívala?“*

R: *„Byl to takový vnitřní klid a mír, smíření a pokora, hodně zvláštní stav...“*

T: *„Jak dlouho to trvalo?“*

R: *„Do pohřbu, pak to skončilo. Byl to ale pro mne hodně silný, hodně emotivní zážitek a občas se mi ty pocity vrací... Začala jsem také jezdit do hor – nikdy bych si nemyslela, že budu někdy jezdit se stanem a s batůžkem, ale jezdím... Když jsem po namáhavé výstupu někde vysoko, cítím podobné pocity – hlavně velkou pokoru...“*

*Samozřejmě to byla ztráta a odchod blízkého člověka ve vás vždy něco zanechá. Ale na smrt se už dívám jiným způsobem. Každý si tu máme něco naplnit a jít...“*

T: *„Co jste po tom zážitku nejvíce potřebovala?“*



R: *„Určitě to moct s někým sdílet, to bylo nejdůležitější. Ale s někým, kdo by mi neřekl, že jsem šílená, aby na mně nekoukal jako „o čem to tady mluvíš?“. Naštěstí jsem tou dobou měla svá děvčata z tai-chi, kde jsme takovým věcem hodně otevření a mluvíme o nich. To sdílení bylo nejdůležitější.*

*A teď se hodně kvůli tomu napojení obávám toho, že dostaneme absolutně vše, o co si řekneme, úplně vše... Takže když o tom víme, že to tak funguje, musíme si dávat velký pozor, o co si říkáme, protože to také dostaneme... Nejdůležitější je to ustát...“*

T: *„Jak ten zážitek ovlivnil Váš osobní a profesní život?“*

R: *„Já jsem učitelka, to byl vždy můj sen... Určitě mám díky tomu všemu jiný přístup k žákům – nejde vůbec o výsledky, hlavně aby byla pohoda... Důležité jsou jiné věci než výkon...*

*A v osobním životě se něco otevřelo... Víím, že nejdůležitější je být tady a teď, učit se nechat věci plynout... Život v harmonii, vnitřní mír a klid, pokora, otevřenost. Jsem vlastně na cestě, u něčeho ještě cítím, že to není úplně dokončené a že to přijde, ve správný čas... Jsem napojená, prostě jsem...“*

T: *„Děkuji moc za rozhovor“.*

Příloha č. 4

Souhrnná tabulka údajů o SDE u respondentů ve výzkumu 2013 (dotazníkové a osobní výpovědi, 1.studie, Johnová, 2013)

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
Respondent 1 47 let (SDE u úmrtního lože)  (do výzkumu 2016 nezapojen)	Zdravotní sestra	Otec	Nemoc	Smíření, klid	-Vnímání přítomnosti již zemřelých blízkých  -Promítnutí vzpomínek ze života respondenta i umírajícího  -Pocit hlubokého klidu a míru

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
<p>Respondent 2 37 let (SDE na dálku)  (do výzkumu 2016 nezapojen)</p>	Zdravotní sestra	Babička	Nemoc	Klid, uvolnění (respondent o zdravotním stavu umírajícího nevěděl)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slyšení vzdálené hudby</li> <li>- Promítnutí vzpomínek ze života respondenta</li> <li>- Vnímání obrazu krajiny či města</li> <li>- Ničím nevysvětlitelná fyzická slabost, neschopnost vstát z postele</li> </ul>
<p>Respondent 3 52 let (SDE u úmrtího lože)  (do výzkumu 2016 nezapojen)</p>	Zdravotní sestra (oddělení paliativní péče)	Pacient	Sebevražda	Profesní odstup	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zaznamenání změny tvaru místnosti (houpání stěn)</li> <li>- Vize tmavé chodby</li> <li>- Zvuky (pískání)</li> <li>- Promítnutí vzpomínek ze života respondenta</li> <li>- Vnímání přítomnosti duše zemřelého</li> <li>- Vnímání přítomnosti blízkých, kteří již zemřeli (otec</li> </ul>

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
					<p>respondenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vnímání hranice, pocit, že duši zemřelého nemůže chodbou následovat</li> <li>- Pocit klidu a míru</li> <li>- Pocit zastavení času</li> </ul>
<p>Respondent 4 49 let (SDE u úmrtího lože, opakované dvakrát v průběhu matčina umírání, odstup cca 3 týdny)</p>	Pedagog	Matka	Nemoc	Smíření, klid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pocit hlubokého klidu a míru</li> <li>- Pocit, jakoby čas nebyl</li> <li>- Vize budoucnosti (přesné datum a čas úmrtí matky)</li> <li>- Vize světla a jasu</li> <li>- Vidění v jasnějších barvách</li> </ul>

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
<b>Ve výzkumu 2016 uveden jako resp. č.4</b>					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize krajiny (rozkvetlá louka)</li> <li>-Vnímání přítomnosti duchovních bytostí či duší (vnímány jako průvodci)</li> <li>- Vnímání duše zemřelé matky jako amorfni mlžné bytosti</li> </ul>
<p>Respondent 5 30 let (SDE na dálku, ve snu)</p> <p><b>Ve výzkumu 2016 uveden</b></p>	Sociální pracovník /terapeut	Blízky přítel	Nemoc	<p>Klid, uvolnění (respondent o zdrav.stavu umírajícího nevěděl)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vnímání přítomnosti již zemřelých blízkých ( otec umírajícího)</li> <li>- Vize temné chodby a pocit stoupání</li> <li>-Vize světla a jasu</li> <li>-Vstup do světla</li> <li>-Vize krajiny (zelená pláň bez začátku a</li> </ul>

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
jako resp. č.1					<p>konce)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vnímání v jasnějších barvách</li> <li>- Pocit klidu</li> <li>- Vnímání hranice, kterou nelze překročit</li> </ul>
<p>Respondent 6 54 let (SDE na dálku)</p> <p><b>Ve výzkumu 2016 uveden jako resp. č.2</b></p>	Psycholog	Strýc	Nemoc	<p>Klid, uvolnění (respondent o zdrav. stavu umírajícího nevěděl)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vnímání světla a jasu</li> <li>- Vnímání změny geometrických tvarů místnosti (stropem pronikaly světelné sloupy)</li> <li>- Vnímání přítomnosti již zemřelých blízkých</li> <li>- Obraz krajiny</li> </ul>

	Povolání respondenta	Vztah umírajícího k respondentovi	Příčina úmrtí	Udané psychické rozpoložení respondenta před SDE	Transpersonální prvky zážitku
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pocit hlubokého klidu a míru</li> <li>- Pocit zrychlení času</li> </ul>

Příloha č. 5

**Souhrnná tabulka údajů o zážitku SDE u nových respondentů ve výzkumu**

**(2.studie, 2016)**

Základní údaje o respondentovi (Povolání, věk, vzdělání)	Vztah umírajícího k respondentovi	Podrobnosti SDE	Transpersonální prvky zážitku

Základní údaje o respondentovi (Povolání, věk, vzdělání)	Vztah umírajícího k respondentovi	Podrobnosti SDE	Transpersonální prvky zážitku
<p><b>Respondent č. 3</b></p> <p>Zdravotní sestra/sociální pracovnice</p> <p>VŠ vzdělání</p> <p>42 let</p>	<p>Pacienti</p>	<p>Více zážitků v průběhu několika let během práce v LDN, interně v nemocnici, domě s pečovatelskou službou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vidění světla vycházejícího z umírajících a provázení umírajících do světla</li> <li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícími</li> <li>- Pocit hlubokého klidu, míru, propadání se do světla</li> <li>- Vnímání posvátna</li> </ul>
<p><b>Respondent č. 5</b></p> <p>Zdravotní sestra</p> <p>VOŠ vzdělání</p> <p>44 let</p>	<p>Pacienti</p>	<p>Více zážitků v průběhu několika let během práce na oddělení JIP v nemocnici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize světelné mlhy vycházející z těla umírajícího</li> <li>- Zvláštní tělesné a emoční prožitky během zážitku, které nesou prvky probuzení kundalini šakti či „peak experience“, např. hyperventilace, mravenčení v končetinách, neovladatelné emoce</li> <li>- Prožitky hluboké radosti</li> </ul>



Základní údaje o respondentovi (Povolání, věk, vzdělání)	Vztah umírajícího k respondentovi	Podrobnosti SDE	Transpersonální prvky zážitku
<p><b>Respondent č. 6</b></p> <p>Zdravotní sestra</p> <p>VOŠ vzdělání</p> <p>40 let</p>	<p>Pacienti</p>	<p>Více zážitků v průběhu několika let během práce na oddělení kardiologie JIP v nemocnici a během práce v mobilním hospici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize nehmotného těla umírajícího</li> <li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícím</li> <li>- Pocit klidu, míru, smíření</li> </ul>
<p><b>Respondent č. 7</b></p> <p>Učitelka (nyní v SD)</p> <p>SŠ vzdělání</p> <p>70 let</p>	<p>Přítel</p> <hr/> <p>Matka</p>	<p>Dva zážitky při doprovázení umírajícího přítele (SDE na dálku) a matky (SDE u úmrtního lože)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vnímání přítomnosti umírajícího, ačkoliv v tu dobu umíral v několik kilometrů vzdálené nemocnici</li> <li>- Vnímání telepatické komunikace s umírajícím</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vize světla a záře zaplňující místnost v okamžiku úmrtí</li> <li>- Slyšení zvuků</li> </ul>

