

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Zkušenost psychospirituální krize

Vojtěch Rut

Bakalářská práce

Studijní obor: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



Spiritual emergency as a lived experience

Vojtěch Rut

Bachelor Thesis

Field of study: Psychology

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Zuzana Janotková

Praha 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

PodĎakovanie :

PodĎakovanie patrí predovšetkým Mgr. Zuzane Janotkovej za vedenie mojej bakalárskej práce. Za jej lásku, starostlivosť a vrelosť, ktorú študentom dáva. Za lekcie češtiny a korektúru patrí vĎaka Katerine Demetrashvili. A v neposlednom rade som hlboko vĎačný respondentom, ktorí venovali svoj čas, uprímnosť a úsilie.

Anotace

Práce pojednává o psychospirituální krizi se zaměřením na fenomenologickou deskripci rozšířených stavů vědomí. Je rozdělena do dvou částí (teoretické a empirické). V teoretické části shrnuji základní poznatky z oblastí psychospirituální krize, transpersonální psychologie, rozšířených stavů vědomí a léčby psychospirituální krize a jiných psychických obtíží se spirituální rovinou. V empirické části představuji vlastní výzkum včetně jeho limitací. Data na výzkum byla shromažďována formou polostrukturovaných rozhovorů a vyhodnocena tematickou analýzou, která odhalila tři společná témata.

Klíčová slova: psychospirituální krize, transpersonální psychologie, rozšířené stavy vědomí, fenomenologie

Abstract

The work deals with a psychospiritual crisis with a focus on the phenomenological description of extended states of consciousness. It is divided into two parts (theoretical and empirical). In the theoretical part, I summarize basic knowledge from the areas of psychospiritual crisis, transpersonal psychology, extended states of consciousness and treatment of psychospiritual crisis and other psychological issues with connection to spirituality. In the empirical part, I present my own research, including its limitations. Data for the research was collected through semi-structured interviews and evaluated through thematic analysis, which revealed three common themes.

Keywords: spiritual emergence, spiritual emergency, psycho spiritual crisis, transpersonal psychology, expanded states of consciousness, phenomenology

Úvod.....	9
1. Psychospirituální krize.....	10
1.1. Kulturní a dobový kontext termínu.....	10
1.2. Diferenciální diagnostika	13
1.3. Prevalence.....	18
1.4. Spouštěcí mechanismy.....	20
2. Podoby psychospirituální krize.....	22
2.1. Probuzení hadí síly (Kundalini).....	22
2.2. Šamanská cesta	23
2.3. Psychická obnova prostřednictvím aktivace centrálního archetypu.....	24
2.4. Paranormální psychické otevření.....	25
2.5. Karmické vzorce a reinkarnace.....	26
2.6. Posedlost.....	28
3. Vědomí a jeho rozšíření.....	29
3.1. Vědomí.....	29
3.2. Změněné,rozšířené a holotropní stavy vědomí.....	30
4. Léčba.....	33
4.1. Krizová intervence.....	33
4.2. Psychoterapie.....	34
4.3. Farmakoterapie.....	37
5. Výzkumná část.....	38
5.1. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek.....	38
5.2. Výběr a popis použité metody.....	38
5.3. Výběr respondentů.....	40
5.4. Etické aspekty výzkumu.....	41

5.5. Předporozumění.....	41
5.6. Tematická analýza rozhovorů.....	42
5.5.1. Partnerské a jiné vztahy.....	44
5.5.2. Energie.....	45
5.5.3. Posun na vyšší level.....	46
5.6. Odpověď na výzkumné otázky.....	47
6.Diskuse.....	48
Závěr.....	49
Literatura.....	50
Seznam příloh.....	58

Úvod

I když v posledních letech odborníci zaznamenávají nárůst zájmu o problematiku psychosociální krize mezi laickou veřejností (na tom má pravděpodobně velkou zásluhu film *Z temnoty duše...světlo*), má mezi částí akademické obce a praktikujících psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů stále pověst čehosi nevědeckého a nehodného pozornosti. Jako příklad může sloužit spolek Sisyfos, jenž uděluje Grofovi Bludné balvany a termín holotropní dýchání nahrazuje slovem "přiotrávení". V tomto společenském klimatu si myslím, že i nedokonalá práce nedokonalého studenta může být prospěšná. Jak píše v části o terapii psychospirituální krize, tak už osvěta sama o sobě má určitý léčivý efekt. Osvěta lékem být může, ale popírání sice zvláštních a subjektivních ale hlubokých a bytostných zpráv, jež dostáváme od osob procházejících těmito krizemi lékem být nemůže nikdy.

V teoretické části se pokusím prozkoumat, vymezit a vyjasnit české názvosloví v těchto tématech a poté přejít k shrnutí relevantních poznatků z co nejsoučasnější vědecké literatury. Zvláštní pozornost je věnována konkrétním podobám psychospirituální krize s důrazem na subjektivní fenomenologii. Dále je stručně (podrobně by téma vydalo na mnoho velkých knihoven) diskutován složitý problém vědomí a jeho změněných a rozšířených stavů. V následující kapitole shrnuji specifika léčby psychospirituální krize a souvisejících stavů.

Empirická část obsahuje kvalitativní výzkum, v němž data byla sbírána skrz metodu polostrukturovaných rozhovorů a analyzována tématickou analýzou. Na konci představuji své dílčí a limitované výsledky, které možná vypovídají něco málo o tématech jako energie, mezilidské vztahy a osobní rozvoj v menším vzorku, který se skládá z čtyř respondentů.

1 Psychospirituální krize

„V průběhu vývoje znamená krize okamžik, kdy vše podléhá zvratu, z něž člověk vychází proměněn, buď stojí na počátku nových rozhodnutí, nebo podlehl, padl krizi za oběť. Život načas ztrácí svůj obvyklý chod, čas se dělí kvalitativně, vývoj prožívání je hnán do krajnosti, kde je třeba se rozhodovat.“

Jaspers In Kastová (2002)

1.1 Kulturní a dobový kontext termínu

V češtině ustálený termín (Horáčková, 2022) "psychospirituální krize" může být považován za kontroverzní a špatně definovatelný (Bray, 2008; Motl, 2016). V české literatuře se pro účely definice často cituje Vančura (2002): *“Epizody neobvyklých zkušeností, zahrnující změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí, ve kterých je patrný přesah obvyklých hranic definice vlastního Já, tedy posun k transpersonálním zážitkům. Člověk má schopnost nahlížet na tento stav jako na vnitřní psychologický proces a přistupovat k němu jako k takovému. Kapacita k formování adekvátních terapeuticko-pracovních vztahů a duševní spolupráce je zachována. Tato kritéria nezahrnují pacienty s těžšími paranoidními stavy, persekucními bludy, některými halucinacemi a ty, kteří užívají projekci, externalizaci a acting out.“*

V anglické literatuře se většinou používá termín **spiritual emergency**, které se rozlišuje od **spiritual emergence** (Harris, 2020). V překladu z angličtiny do češtiny se nám bohužel ztrácí slovní hříčka (*emergence / emergency*) rozlišující duchovní krizi (*pohotovost, stav nouze, naléhavý případ*) a duchovní vývoj, vznik, vyjevení nebo přímočarým překladem *emergence*. Oba anglické výrazy pocházejí z latinského slova *émergere* - *vynořit se, vzejít, vystoupit* (Grof, 2004). Na tom místě lze zmínit, že čínský znak pro krizi (危機) se skládá ze dvou znaků - *nebezpečí* (危) a *příležitost* (機). *Spiritual emergence* vnímá Bragdon (1987) jako *“...proces osobního probuzení na úroveň vnímání a fungování, které jde mimo běžné fungování ega. Jedná se o přirozený proces růstu, evoluční fenomén, který je lidstvu vlastní jako puberta”*.

Anglický termín spiritual emergency je v literatuře připisován psychiatrovi českého původu Stanislavu Grofovi (Harris, 2019). Grof emigroval z Československa do Ameriky, nyní ve stáří navštěvuje Česko, veřejně vystupuje a používá v českém jazyce termín "psychospirituální krize". Tento zavedený termín nadále v textu používám a slovní spojení "psychospirituální krize" nebo "psycho-spirituální krize" volně zaměňuji. Někteří čeští autoři pak v rámci studia psychospirituální krize píšou o takzvané psychospiritualitě (Johnová, 2007).

Fenomenologicky vzato, jedinec prochází transformační zkušeností, která zahrnuje pocit dezorientace, zmatení a zpochybňování přesvědčení a hodnot. Takové zkušenosti se často vyskytují v kontextu duchovní nebo náboženské praxe (Grof, 2017), ale mohou též vzniknout spontánně či následkem stresu, fyzického vyčerpání, nemoci, úrazu, intenzivní sexuální zkušenosti, porodu či kontaktu s psychedeliky (Grof, 2017). Jedním z klíčových aspektů psychospirituální krize je pocit dezorientace a zmatku, který vzniká (Lukoff, 1992). To může být chápáno jako druh zhroucení individuálního pocitu sebe sama a pohledu na svět. Psychospirituální krizi lze chápat jako existenciální krizi, ve které jsou jednotlivci postaveni před základní otázky o smyslu života a jejich místě ve světě. Dalším klíčovým aspektem psychospirituální krize je její transformační potenciál (Viggiano, 2010). Uvržení do krize sice může zbořit vše známé, avšak zároveň může být také katalyzátorem osobního růstu a rozvoje, slovy Junga (1967) "*Člověk nedojde osvícení představami světla, ale zvědomněním stínu*".

Spiritualita obsažená v psychospirituální krizi naznačuje přítomnost něčeho většího než člověk, něčeho člověka přesahujícího, tedy transcendentálního nebo též transpersonálního. **Transpersonální psychologie** je relativně nové odvětví psychologie, které se objevilo v 60. a 70. letech 20. století. Zaměřuje se na studium lidského vědomí a zkušeností mimo individuální já, včetně duchovních, mystických a transcendentních stavů vědomí (Lajoie, 1992). Transpersonální psychologové tvrdí, že duchovní a transcendentní zážitky mohou jednotlivcům pomoci naplňovat smysl života, stejně jako zvýšené sebeuvědomění a osobní růst. Transpersonální psychologie také přispěla k vývoji nových terapeutických a výzkumných metod, jako je použití meditace a jiných kontemplativních praktik, ke studiu změněných stavů vědomí (Hartelius, 2017).

Předchůdce transpersonální psychologie byl Carl Gustav Jung s myšlenkou kolektivního nevědomí, které dodalo transpersonální dimenzi Freudovu modelu nevědomí. Podle Junga je kolektivní nevědomí hlubší úrovní psychiky, která je sdílena všemi lidmi a je složena z archetypů neboli univerzálních vzorců prožívání, které jsou zděděné a vrozené. Jung věřil, že kolektivní nevědomí není přístupné běžné pozornosti, ale lze k němu přistupovat prostřednictvím snů, mýtů a symbolů. Věřil také, že kolektivní nevědomí hraje důležitou roli ve vývoji osobnosti a identity člověka (Jung, 2019).

Fenomén psychospirituální krize má důležité důsledky pro psychologii. Vzhledem k tomu, že ho nelze chápat mimo transpersonální psychologii, zdůrazňuje omezení tradičních modelů duševního zdraví, které se často zaměřují na redukci symptomů a přizpůsobení se současnému stavu (Grof, 2005). Psychospirituální krize naznačuje, že duševní zdraví může také zahrnovat proces transformace a růstu, ve kterém jsou jednotlivci nuceni konfrontovat a integrovat aspekty sebe sama, které byly dříve popírány nebo potlačovány. Samotná přítomnost fenoménu psychospirituální krize naznačuje odborné psychologické obci, že spiritualita a náboženství mohou být důležitými zdroji pro jednotlivce procházejícího hlubokou osobní proměnou (Harris, 2019). Tradiční západní psychiatrie často témata související s náboženstvím a spiritualitou ignorovala či patologizovala (Lukoff, 1992), nedokázala rozlišovat mezi mystickým a psychotickým zážitkem (Grof, 2017).

1.2 Diferenciální diagnostika

Psychologie se jako vědní obor etablovala v druhé polovině 19.století, navazující na objevy fyziologů jako Bell, Braco či Pavlov. Toto rychle se zvyšující poznání lidského jednání, chování a prožívání se nově vznikající věda snažila spojit s filozofickou tradicí Západu. Ta se od dob Platóna snažila hledat odpovědi na hluboké otázky sahající od samotné podstaty reality a poznání až po úvahy o ideálním zřízení celé lidské společnosti. Psychologii tedy lze vnímat jako syntézu karteziánské teze o měření lidského ducha a antiteze tvrdící že lidská duše existuje a měřit nelze.

Tento spor lze pozorovat v celých dějinách psychologie a trvá dodnes. Tato kapitola se snaží o přehled konceptu psychospirituální krize odlišné od duševních nemocí popsaných v mezinárodních manuálech jako je *Mezinárodní klasifikace nemocí* nebo *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Výsledkem debat o roli náboženství a spirituality v psychodiagnostice bylo přidání nové kategorie, takzvaného *v-kódu*, V62.89 - **Náboženský nebo spirituální problém** do Diagnostického a statistického manuálu nemocí (dále jen "DSM"), 4. edice, vydaného v roce 1994. Pod stejným *v-kódem* zůstává v 5. edici vydaného v roce 2013 (DSM-V, s.770). Tyto kódy se používají k popisu klinických stavů nebo problémů, které nejsou považovány za duševní poruchy, ale přesto vyžadují klinickou pozornost. *V-kódy* se také používají k identifikaci faktorů, které mohou ovlivnit průběh nebo výsledek duševní poruchy či jiné zdravotní abnormality (Spitles, 2018). V češtině zde opět narážíme na limity překladu z angličtiny, v limitech *DSM-4* a *DSM-5* nehovoříme o psychospirituální krizi ale o náboženském nebo spirituálním problému (Johnová, 2007).

Duchovní a náboženské problémy jsou tedy po 4. revizi *DSM* v rovině, jenž není řazena přímo k psychickému poškození, které by bylo léčeno či sledováno (Janečková, 2008). Zařazení v kontextu roviny „jiné stavy, které mohou být v centru klinické pozornosti“ je tedy šancí pro jednotlivce v psychospirituální krizi, kterým nově může být poskytnuta profesionálnější péče a nebudou stigmatizováni jako duševně nemocní (Janečková, 2008).

Nová kategorie má řešit problém jedinců, kteří prožívají duchovní nebo náboženské krize, které zasahují do jejich každodenního fungování (Lukoff, 1992). Zařazení této kategorie představuje významný posun ve způsobu, jakým psychiatrie nahlíží na duchovní zážitky a zachází s nimi. Spíše než nahlížet na ně jako na patologické, nová taxonomie nabízí možnost, že duchovní zážitky mohou být nejen negativní, ale i pozitivní, a že mohou mít významný a dlouhotrvající dopad na *bio-psycho-sociálně-spirituální* zdraví jedince.

Ne všichni pacienti, kteří zažívají duchovní nebo náboženské problémy, vyžadují psychiatrickou intervenci (Lukoff, 1995). Mnoho jednotlivců může mít prospěch z nelékařských přístupů k řešení svých duchovních nebo náboženských problémů, jako je poradenství nebo pastorační péče. (Viggiano, 2010).

Každou jednotlivou psychospirituální krizi (v anglických termínech *spiritual emergence* či *spiritual emergency*) můžeme vidět jako místo na kontinuu psychického zdraví a spirituality. Střety mezi bláznem a svatým mužem by šly zajisté vysledovat i před narozením Ježíše Krista a mystické zážitky jistě ještě dále. V současnosti však jedinci, kteří uvádějí takové zkušenosti, mohou být také diagnostikováni s psychiatrickými poruchami, pokud jsou jejich zkušenosti považovány za symptomy duševního onemocnění. V důsledku toho je důležité rozlišovat mezi náboženskými, duchovními a transpersonálními zkušenostmi a těmi, které mohou naznačovat psychopatologii.

Náboženské zkušenosti jsou definovány jako zkušenosti, které mají kořeny v konkrétní náboženské tradici (Johnson, 2018). Tyto zkušenosti mohou zahrnovat pocity spojení s vyšší mocí, zážitky odpuštění a zkušenosti milosti. Duchovní zkušenosti jsou na druhé straně definovány jako zkušenosti, které nemusí nutně mít kořeny v konkrétní náboženské tradici. Tyto zkušenosti mohou zahrnovat pocity úžasu, vzájemného propojení či naplnění smyslu. Transpersonální zkušenosti jsou definovány jako zkušenosti, které přesahují individuální ego a mohou zahrnovat zkušenosti jednoty s vesmírem, zkušenosti transcendence a zkušenosti vědomí jednoty (Johnson, 2018).

Zatímco náboženské, duchovní a transpersonální zážitky mohou být pozitivní a transformativní, může být také obtížné je odlišit od psychiatrických symptomů.

Například zážitky jednoty s vesmírem mohou být podobné megalomanství u bipolární poruchy. Podobně prožitky vědomí jednoty mohou být podobné poruchám myšlení pozorovaným u schizofrenie (Spittles, 2018). Jedním z přístupů k rozlišování mezi náboženskými, duchovními a transpersonálními zkušenostmi a těmi, které mohou naznačovat psychopatologii, je podívat se na kontext, v němž k této zkušenosti dochází. Náboženské zkušenosti, které se vyskytují v kontextu konkrétní náboženské tradice, méně pravděpodobně svědčí o psychopatologii. Podobně je méně pravděpodobné, že duchovní zážitky, které se vyskytují v kontextu lidské životní historie a osobních přesvědčení, svědčí o psychopatologii.

Dalším přístupem k odlišení těchto zážitků je podívat se na fenomenologický obsah zážitku. Náboženské zkušenosti, které zahrnují pocity spojení s vyšší mocí, zkušenosti odpuštění a zkušenosti milosti, méně pravděpodobně naznačují psychopatologii. Podobně je méně pravděpodobné, že duchovní zážitky, které zahrnují pocity úcty a úžasu, pocit vzájemného propojení s ostatními a zkušenosti smyslu a účelu, svědčí o psychopatologii. Naproti tomu zážitky, které zahrnují bludy nebo halucinace, mohou spíše naznačovat psychopatologii (Johnson, 2018).

Organizace věnující se psychospirituální krizi (v České republice například Diabasis a Holos) dlouhodobě upozorňují na fakt, že určitá část osob diagnostikovaných s psychotickými poruchami ve skutečnosti prochází psychospirituální krizí a díky špatné diagnóze se jim dostává i špatné léčby (jako například psychofarmak, které potlačují symptomy, které však mohou mít léčivý potenciál).

I když se mohou zkušenosti psychózy a psychospirituální krize do jisté míry překrývat, existují určité klíčové rozdíly. Schématické rozdíly mezi psychotickou poruchou, schizofrenií a psychospirituální krizí uvádí Janečková (2008) dle Lukoffa (1992):

Psychotické poruchy	Schizofrenie	Psychospirituální krize
Psychotické symptomy se objevují ihned po působení rozpoznatelného psychosociálního stresoru.	Psychotické příznaky se objevují po nespécifických prodromálních potížích, které mohou trvat týdny až měsíce. Již při nástupu potíží může být snížena úroveň sociálního fungování.	Fenomény obvykle následují po působení rozpoznatelného psychosociálního stresoru; bezproblémové fungování před epizodou.
Emoční zmatek a jeden z následujících příznaků: inkoherece nebo rozvolnění asociací, bludy, halucinace, hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.	Symptomatika schizofrenie se skládá z pozitivních a negativních příznaků. Pozitivní příznaky: halucinace, bludy nebo katatonie Negativní příznaky: oploštění emotivity, snížení výpravnosti řeči a myšlení, apatie a útlum vůle, sociální stažení	Všechny následující příznaky: extatická nálada, pocit nově získaných znalostí, změny vnímání, mytologické bludy, nenarušené konceptuální myšlení, pozitivní explorativní zájem o probíhající zkušenost a význam, schopnost vytvořit adekvátní terapeutický vztah
Symptomy trvají více než několik hodin, avšak méně než 4 týdny.	Déle než 4 týdny, většinou jde o onemocnění chronické.	Symptomy trvají od několika minut po několik měsíců, akutní náběh symptomů během 3 měsíců nebo méně.
Konečný návrat k premorbidní úrovni fungování.	Po léčbě může dojít k premorbidní úrovni fungování, často však onemocnění zanechává defekt ve smyslu přetrvávajících negativních příznaků.	Fungování je po ukončení nejintenzivnějšího období zlepšeno.
Působení psychosociálního stresoru nepředchází zvýšená psychopatologie.	Působení psychosociálního stresoru často předchází zvýšená psychopatologie.	Působení psychosociálního stresoru nepředchází zvýšená psychopatologie.
Porucha není následkem jiné duševní poruchy nebo jiného organického poškození.	V etiologii se předpokládá mírné neurovývojové postižení, genetická zátěž, infekce matky nebo jiné komplikace v těhotenství a další vývojové abnormality.	Porucha není následkem jiné duševní poruchy nebo jiného organického poškození.

Menezes (2009) provedl metaanalýzu 135 článků vztahujících se k diferenciální diagnostice duchovních zážitků a duševních poruch s náboženským obsahem. Objevili

devět diferenciálně diagnostických kritérií, které uvádějí v sestupném pořadí, dle shody na nich mezi autory studií. Jedná se o:

1. **Absence utrpení** - Počáteční fáze náboženského nebo duchovního zážitku mohou způsobit osobní utrpení, ale lze je překonat, když jedinec pokročí v pochopení a ovládnutí své zkušenosti. Přiměřená psychoterapeutická a psychofarmakologická pozornost může pacientům pomoci porozumět jejich prožívání, znovu získat kontrolu a smysluplně restrukturalizovat svůj život (Menezes, 2009).
2. **Zdravé fungování před krizí** - Psychologické zdraví zahrnuje dobře strukturované ego a zdravé sociální, rodinné a pracovní vztahy. Jedinci, kteří prošli mystickou zkušeností, se však mohou cítit dočasně nepřízpůsobení svému každodennímu životu, dokud tuto zkušenost plně nepochopí a nevrátí se do své běžné rutiny (Lukoff, 1985).
3. **Zážitek má krátké trvání a objevuje se sporadicky** - Nepatologický duchovní zážitek nenarušuje běžné denní zážitky člověka, ale naopak rozšiřuje jeho spektrum možností. Zdravý jedinec může mít neobvyklou zkušenost a rychle se vrátit do své každodenního života (Johns, 2001).
4. **Existence kritického přístupu ke zkoumání objektivní reality** - Duchovní zážitky mohou být transformační a nabídnout hluboký smysl, mohou však také dezorientovat a narušit individuální vnímání reality. Zachováním kritického postoje a objektivním hodnocením zkušenosti může jedinec lépe porozumět zkušenosti, zakotvit a integrovat ji. (Lukoff, 1985)
5. **Kompatibilita s pacientovým kulturním zázemím** - V šamanských kulturách jsou psychospirituální krize vykládány spíše jako znamení individuálního osudu stát se šamanem než jako známka duševní choroby (Walsh, 1990 in Lukoff, 1992). V západní společnosti se naopak často lidé s tímto typem prožitků cítí

nekompatibilní s neduchovním světem, ve kterém žijí.

6. **Absence komorbidit** – Psychotické symptomy existují na kontinuu a pokud nepřesáhnou určitý práh či kombinaci komorbidit, tak nemusí překážet zdravému fungování (Serper, 2005) .
7. **Kontrola nad zážitky** – Pocit kontroly nad zážitkem může přispět k lepší integraci prožitku, naproti tomu pocit úplné ztráty kontroly může být vnímán jako psychotický symptom (Menezes, 2010).
8. **Zážitek přispívá k osobnímu růstu** – Integrovaný duchovní zážitek může přinést smysluplné obohacení bio-psycho-sociálně-spirituální roviny člověka a takový zážitek není smysluplné patologizovat. Patologické epizody naopak vedou k celkovému zhoršení kvality života (Menezes, 2009).
9. **Zážitek je namířen k ostatním** - Egocentrické zážitky bývají z principu vnímány jako více izolující, nabízející tak možnost se zaplést do pavučiny vlastních bludných myšlenek než zážitky namířené k ostatním (Menezes 2009).

1.3 Prevalence

Měření prevalence psychospirituální krize je velice obtížné, protože se jedná o vysoce subjektivní a individuální proces, který může být interpretován různými způsoby. Navíc mnoho lidí může zažít psychospirituální krizi, aniž by si to uvědomovali nebo hovořili o svých prožitcích. Dalším komplikujícím faktorem je, že někteří jednotlivci možná nedosáhli fáze, kdy by jejich zkušenosti mohly být klasifikovány jako krize, a proto je obtížné odhadnout jejich přítomnost. Též existují jedinci, kteří si neuvědomují, kde hledat radu nebo podporu v tak náročných časech, což dále komplikuje proces odhadu. Absence řádného rámce nebo porozumění ve společnosti pro pochopení a kontextualizaci těchto zkušeností často odráží jednotlivce od hledání pomoci. Tento strach z neznáma a potenciální stigma spojené s označováním za „blázna“ může dále odcizovat jedince procházející psychospirituálními krizemi od vyhledávání institucionální

pomoci, jelikož mohou tento svůj strach (částečně oprávněně) do institucí promítat (Muroňová, 2015).

Někteří se i přes to však rozhodli prevalenci psychospirituální krize alespoň odhadnout a to většinou na základě vlastních klinických zkušeností. Podle Vančury (2002, s. 331) „je pojem psychospirituální krize a z něj vyplývající nový rámec porozumění jakousi nabídkou pro přibližně 15% psychotických pacientů, kteří se dostávají do psychiatrických léčeben a ambulancí. Je to odhad, který se shoduje jak v naší zemi, tak v USA. Toto číslo ještě nic neříká o celkovém výskytu v populaci. Jen obtížně lze odhadnout, jaké procento populace prochází nebo prošlo psychospirituálními zážitky.“. Sdružení Holos specializující se na rozšířené stavy vědomí a psychospirituálních krizí dokonce vidí prevalenci psychospirituální krize v populaci takzvaných psychotiků na 20–25 % (Šimková, 2023).

Dle různých výzkumů a šetření lze usuzovat, že témata spirituality, víry či náboženství jsou v rámci psychoterapie diskutována v určité míře i u jedinců, kteří neprocházejí psychospirituální krizí. Shafranske a Maloney (1990) provedli šetření týkající se náboženských motivů v psychoterapii. Zjištění odhalila, že někteří klienti často formulují své individuální zkušenosti pomocí náboženské či spirituální terminologie, konkrétně jeden ze šesti. To naznačuje, že diskuse o věcech víry a spirituality nejsou v oblasti terapie neobvyklé. Lannert (1991) přichází s číslem že 72% terapeutů se potýká s náboženskými a podobnými tématy v rámci své praxe, i když 92% na to nemá dle svého soudu náležité vzdělání.

1.4 Spouštěcí mechanismy

Samotné slovní spojení “spouštěcí mechanismy” je problematické, jelikož implikuje příčinnost mezi jakýmsi spouštěčem a následnou psychospirituální krizí. Tento výraz byl poprvé použit *Marghanitou Laski* v knize *Ecstasy: A Study of Some Secular and Religious Experiences (1961)*, kde autorka rozebírá mysticismus a vidí spouštěcí mechanismy spíše jako podmínky pro rozvoj mysticismu než jeho příčiny (Janečková, 2007). Podobný názor má i český odborník na problematiku Michal Vančura (2002). A otec zakladatel transpersonální psychologie Stanislav Grof (2004,s. 143) píše: „*Široké spektrum spouštěcích mechanismů duchovní krize zcela jasně poukazuje na skutečnost, že připravenost jedince na vnitřní proměnu sehrává mnohem důležitější roli než vnější podněty*“.

Jsou zdokumentovány kazuistiky, kdy charakteristiky spouštěcí události měly dopad na průběh nebo počáteční fázi krize; je však třeba uznat, že povaha spouštěče nemusí nutně odpovídat povaze krize (Šimková, 2023). Nástup psychospirituální krize může být spojen s přítomností určitého spouštěcího mechanismu, je však důležité poznamenat, že absence takového mechanismu nevylučuje tuto diagnózu (Vančura, 2002). A naopak pouhá existence identifikovatelného spouštěcího mechanismu automaticky neznamená psychospirituální krizi, protože tento faktor by mohl sloužit i jako spouštěč některých duševních poruch, jako jsou akutní nebo přechodné psychotické poruchy (Johnová, 2007).

I přes velkou diverzitu spouštěčů se podařilo je všechny kategorizovat do jedenácti škatulek, které víceméně beze změny kolují českou literaturou věnující se psychospirituální krizi. Ty zde přejímám jen s kosmetickými změnami:

1. **Spontánní objevení příznaků z vnitřních zdrojů**
2. **Fyzické faktory** (závažná nemoc, nehody, operace)
3. **Extrémní fyzická zátěž, dlouhodobý nedostatek spánku**
4. **U žen perinatální události** (porod, spontánní potrat, interrupce)
5. **Silné sexuální zážitky**

6. **Silné emoční prožitky** (ztráta blízké osoby - úmrtí, rozchod nebo rozvod)
7. **Série životních nezdarů** (ztráta zaměstnání, ztráta majetku, atp.)
8. **Intenzivní meditační praxe** nebo jiné duchovní praktiky, systematické provádění praktik, jejichž cílem je aktivovat spirituální energie
9. **Užití psychedelické látky**, které nerespektuje dobrý „set a setting“
10. **Náhlá ztráta obvyklé struktury a nemožnost nahradit ji něčím jiným**
11. **Kombinace** kterýchkoliv z těchto faktorů.

(Grof, 1999) & (Vančura,2002) & (Johanová,2006) & (Šimková,2023)

V diplomových pracích Janečkové (2007) a Muroňové (2015) se vyskytuje podobná kategorizace, která má položek patnáct, díky zahrnutí témat jako “temná noc duše” a většímu zaměření na látky měnící vědomí.

2 Podoby psychospirituální krize

“Otázka, která úzce souvisí s problematikou rozlišovací diagnózy psychospirituálních krizí, se týká jejich klasifikace. Je možné mezi nimi rozlišit a definovat konkrétní typy či kategorie způsobem, jaký používá tradiční psychiatrie pomocí DSM IV? Dříve než se začnu touto otázkou zabývat, je třeba zdůraznit, že veškeré pokusy o klasifikaci psychiatrických poruch, s výjimkou těch, které mají zjevně organický základ, byli v podstatě neúspěšné...Duchovní krize nepředstavují žádnou výjimku, neboť zařadit procházející psychospirituální krizí do přesně definovaných diagnostických škatulek je velmi problematické, jelikož jejich projevy jsou nesmírně pestré a mohou zasahovat do všech úrovní psyché.” Grof (2007)

Všechny formy transpersonální krize lze považovat za dynamické externalizace hlubokého nevědomí a nadvědomé sféry lidské psychiky, které tvoří jedno nedělitelné, vícerozměrné kontinuum bez nějaké jasné hranice. Je tedy zřejmé, že ostrá kategorizace různých typů psychospirituální krize není v praxi možná (Grof, 2017). Přesto se o to Stanislav Grof několikrát pokoušel a jeho kategorizace se v literatuře hojně přebírá. Původně stanovil deset různých kategorií (Grof, 2000; Janečková, 2008; Vančura, 2002), v nejnovější literatuře (Grof, 2017) jich popisuje šest.

2.1 Probuzení hadí síly (Kundalini)

Původ Kundalini, neboli hadí síly, lze vysledovat zpět do indické duchovní tradice, kde se věří, že jde o tvůrčí energii vesmíru, symbolicky reprezentovanou jako stočený had na úpatí lidské páteře (Grof, 2017), reprezentující ženský princip (Grof, 2017; Jung, 1999; Vančura, 2002). Probuzení Kundalini je v transpersonální literatuře považováno za primární mechanismus zodpovědný za spuštění široké řady intenzivních emocionálních, psychosomatických a duchovních projevů. Tyto projevy jsou však v západních kulturách často vnímány jako indikátory duševní nemoci (Grof, 2017; Vančura, 2002). Probuzení Kundalini může být doprovázeno fyzickými a psychologickými projevy, včetně pocitů tepla a energie, chvění, zpěvu a spontánních gest a pozic. Mezi další fyzické příznaky, které mohou doprovázet probuzení Kundalini,

patří nevolnost, průjem, zácpa, anální nebo děložní kontrakce, zatínání čelistí, změny tělesné teploty a poruchy příjmu potravy (Grof, 2017; Spitles, 2018). Pohyby a zvuky mohou nabývat zvířecích vlastností, jedinec může také zažít geometrické vzory, jasná světla a vize svatých, božstev a démonů (Grof, 2017; Spitles, 2018). Sluchové jevy mohou zahrnovat bzučení, tekoucí vodu, hudbu nebo hlasy (Grof, 2017). Emocionální projevy probuzení Kundalini sahají od extáze a míru po depresi, úzkost a neklid (Greyson, 1993). Přítomnost charakteristických energetických jevů, pocity tepla, neobvyklé dechové vzorce, bolesti v charakteristických blokujících místech, pro které neexistuje organický základ, či vize světla patří mezi příznaky, které odlišují syndrom Kundalini od psychózy (Grof, 2017). Z pohledu jungiánské psychologie lze považovat Kundalini za východní verzi procesu individuace (Goretzki, 2008).

2.2 Šamanská cesta

Transpersonální krize tohoto typu se velmi podobají tomu, co antropologové označují jako šamanskou nebo iniciační nemoc. Jde o dramatickou epizodu neobvyklého stavu vědomí, která stojí na počátku kariéry mnoha šamanů (Grof, 2017). Iniciale šamana (a zároveň tato podoba psychospirituální krize) probíhá ve čtyřech po sobě následujících stádiích: *vzestup do vyšších sfér, sestup do pekla, symbolické rozčtvrcení a následné znovuzrození* (Johanová, 2016). Často jsou tyto holotropní stavy spojeny také se skutečnými nemocemi, které mohou být bolestivé a někdy i smrtelné. Adept se prostřednictvím zkušeností naučí jména a role duchů, mytologii a genealogii rodu, tajný jazyk. Aspirant na šamana se ponoří do meditace, vyhledává samotu, spí, je duchem nepřítomný, má prorocké sny a někdy i křeče. Během tohoto období se často ocitá ve výjimečně hlubokém spánku nebo stavu mysli, kdy se stává dezorientovaným a projevuje zvláštní chování, které může představovat příznaky připomínající epilepsii, katatonii nebo jakékoli jiné psychiatrické abnormality (McKenna, 2000). Postupem času se jeho paranormální schopnosti probudí a objeví se nový jedinec: osobnost představující duchovní autoritu a disponující magickými schopnostmi. Jsou zaznamenány případy, kdy se budoucí šaman kmene, mrtvý několik dní (připomínající příběh biblické postavy Ježíše z Nazareta), poté probudil obohacen o zážitek výstupu

na nebesa nebo sestupu do podsvětí a setkání s duchy zemřelých, kteří mu přislíbili svou pomoc a nadpřirozené schopnosti.

Někteří antropologové a psychiatři interpretují šamanismus jako patologický stav spojený s hysterií, schizofrenií nebo epilepsií. Nicméně transpersonální vědci v čele se Stanislavem Grofem (2017) argumentují, že původní šamanské kultury dokážou rozlišit mezi šamanem a někým, kdo je nemocný nebo psychicky labilní. Úspěšná integrace „šamanské nemoci“ a dobré fungování v každodenním životě jsou předpoklady pro uznání za šamana. Podobně jako u iniciačních krizí mohou správně podporované transpersonální zkušenosti šamanského typu vést k pozitivnímu přizpůsobení a lepšímu fungování ve specifických oblastech.

2.3 Psychická obnova prostřednictvím aktivace centrálního archetypu

Tento koncept byl zaveden jungiánským psychologem Johnem Weir Perrym (Grof, 2017). Jedinci v tomto typu krize prožívají sami sebe jako střed světového dění nebo jako střed všech věcí, což Perry (1999) připisuje aktivaci toho, co nazývá centrálním archetypem. Zabývají se smrtí a tématy rituálního zabití, mučednictví, ukřižování a posmrtného života. Dalším důležitým tématem je návrat k počátkům světa, ke stvoření, k původnímu rajskému stavu nebo k prvnímu předkovi. Tyto prožitky se obvykle soustřeďují na nějaký kataklyzmatický střet protikladných sil na globální nebo dokonce kosmické úrovni. Perry věřil, že stav psychózy je vlastní naší duši a že všichni v sobě máme určitou úroveň šílenství. Toto šílenství se může projevit ve snech, náboženských zážitcích nebo intenzivních emocionálních okamžicích. Perryho zkušenost vedla k přesvědčení, že hnací silou psychotické epizody je sebeobraz člověka.

Když je individuální vnímání sebe sama omezené, izolované, jednostranné nebo degradované, jeho podvědomí hledá reorganizaci, což vede k různým kompenzačním mechanismům. Pokud tyto mechanismy selžou kvůli odporu ega, dojde k intenzivnějšímu a turbulentnějšímu procesu známému jako psychóza, který usnadní nezbytné změny. Během psychózy je mentální energie, která obvykle pohání vyšší

kognitivní funkce, přesměrována k aktivaci složek odpovědných za transformaci na nižší úrovni. Obsah psychózy často nabývá mytologických a symbolických prvků, připomínajících proces znovuzrození. Tyto archetypální obrazy lze nalézt v mýtech, náboženství, rituálech, legendách, pohádkách a různých formách umění v průběhu historie. Také dnes se objevují ve snech a fantaziích jednotlivců, stejně jako v dávných dobách. Účelem tohoto archetypálního procesu je usnadnit zásadní reorganizaci Já.

2.4 Paranormální psychické otevření

Výskyt zvýšených intuitivních schopností a různých typů paranormálních jevů je běžný u všech forem psychospirituální krize, nicméně v této podobě psychospirituální krize je příchodí lavina informací natolik zahlcující a chaotická, že představuje hlavní problém (Johanová, 2006). Transpersonální krize tohoto druhu je charakterizována značným počtem případů zahrnujících mimosmyslové vnímání a další parapsychologické jevy. Když jednotlivci procházejí akutními stádii této krize, mohou se cítit ohromeni množstvím mimořádných paranormálních událostí. Tyto události mohou zahrnovat různé typy mimotělních zážitků, kdy se zdá, že se vědomí odděluje od fyzického těla a umožňuje jedinci pozorovat sebe sama z dálky nebo shora. V tomto stavu není neobvyklé mít přesné vnímání událostí, které se dějí v jiné místnosti nebo na vzdáleném místě.

Zatímco odborníci, kteří se zabývají smrtí a umíráním, tento jev často pozorovali u jedinců, kteří čelí bezprostřední smrti (Grof, 2017), může k němu dojít i v situacích, které život neohrožují. Navíc jednotlivci v těchto stavech mají často schopnost přesně předvídat budoucí události nebo mít předpovědi o událostech, které nastanou v nadcházejících dnech nebo týdnech (Grof, 2017). Tyto hypotézy transpersonální psychologie jsou častým zdrojem kritiky z různých kruhů. Jako ukázka může sloužit udělení známé anticeny Bludný balvan Stanislavu Grofovi.

2.5 Karmické vzorce a reinkarnace

Tato podoba psychospirituální krize souvisí s vírou v reinkarnaci. To může znít běžnému západnímu čtenáři jako vzdálený konstrukt, víra v určitou podobu reinkarnace je však mnohem častější než by se mohlo zdát. Grof (2017) dokonce jde tak daleko, že píše, že koncept reinkarnace je ve starověkých a nezápadních kulturách univerzálním fenoménem. S jistotou víme, že i v rámci oficiální křesťanské věrouky byl přítomen do druhého konstantinopolského koncilu (Jenson, 2011). Značná část amerických a evropských křesťanů i dnes věří v reinkarnaci a v nějaké podobě lze tento konstrukt vystopovat ve všech dnešních velkých náboženstvích (Nagaraj, 2013).

V extrémnější formě této transpersonální krize procházejí jednotlivci mimořádnými zážitky, které se zdají být v jiném čase nebo na jiném místě, v jiné době a zemi. Tyto zážitky mohou být neuvěřitelně skutečné a jsou doprovázeny intenzivními emocemi a fyzickými pocity, jak pozitivními, tak negativními. Jednotlivec má často silný pocit, že si pamatuje a znovu prožívá události ze svých minulých životů. A co víc, určité aspekty těchto zkušeností vrhají nové světlo na nevyřešené emocionální, psychosomatické a mezilidské problémy v současném životě člověka, které byly dříve nejasné a matoucí. Tyto karmické zážitky se často prolínají se současnou nebo střídavou zkušeností biologického zrození. Porodní zážitky, které zahrnují specifické emoce a tělesné vjemy, jsou obvykle spojeny s tématy minulých životů, které sdílejí podobné prvky (Grof, 2017). Například bolestivé stahy v děloze během porodu mohou být spojeny se scénami utrpení v kobkách, mučírňách a koncentračních táborech. Stejně tak uškrcení pupeční šňůrou může vyvolat vzpomínky na minulé životní situace zahrnující oběšení nebo uškrcení, zatímco bodavá bolest při porodu se může mísit se vzpomínkami na zranění mečem, lancetou nebo dýkou. Boj v porodních cestách se směsí sexuálního vzrušení, bolesti, agrese a strachu ze smrti může být doprovázen vzpomínkami na znásilnění a sadomasochistické události (Grof, 1985).

Protože koncept reinkarnace a karmy není v naší kultuře široce přijímán, mnoho jedinců, kteří procházejí tímto procesem, má tendenci odmítat své minulé životní zkušenosti jako podivné a iracionální. V důsledku toho mohou ve svých vztazích

podléhat různým neobvyklým emocím, fyzickým vjemům a problémům, aniž by rozpoznávali a řešili základní karmické vzorce (Grof, 2017).

Tato kapitola by dle mého skromného názoru nemohla být kompletní bez zmínky o Ianu Stevensonovi (1918 - 2007). Po získání medicínského titulu na University of St. Louis v roce 1942 se specializoval na dětskou psychiatrii a psychosomatiku. Nicméně jeho zájem o paranormální fenomény jej přivedl k posunu jeho kariéry směrem k vědeckému zkoumání znovuzrození člověka do jiného lidského těla. Stevensonův výzkum se zaměřoval na děti, které tvrdily, že mají vzpomínky na minulé životy a nacházely se většinou okolo mladšího školního věku. Byl založen na dle jeho přesvědčení pečlivých a systematických interdisciplinárních studiích, které se opíraly o moderní metodologii. Jeho hlavním cílem bylo ověřit pravdivost tvrzení dětí se vzpomínkami na minulé životy a shromáždit co nejvíce důkazů pro případné reinkarnace. Jeho odkaz zůstává kontroverzním. Stevensonovi příznivci v něm viděli nepochopeného génia a jeho kritici ho považovali za seriózního ale příliš důvěřivého a zaujatého vědce, zatímco většina akademické obce jeho výzkum jednoduše ignorovala (Fox, 2007).

Kritici vyjádřili obavy z potenciálního zkreslení vzorků ve Stevensonově výzkumu. Někteří tvrdí, že případy, které studoval, nebyly reprezentativní pro běžnou populaci, protože se primárně zaměřil na případy, které podporovaly myšlenku reinkarnace. To vyvolává otázky ohledně zobecnitelnosti jeho zjištění na širší populaci. Přestože Stevenson publikoval četné případové studie, někteří skeptici tvrdí, že jeho zjištění nebyla nezávisle replikována jinými výzkumníky (Angel, 2015). Replikace je základním aspektem vědeckého bádání a absence nezávislého potvrzení vyvolává pochybnosti o spolehlivosti jeho závěrů. Někteří se domnívají, že Stevensonův výzkum čelil publikační zaujatosti, když studie, které podporovaly myšlenku reinkarnace, byly s větší pravděpodobností publikovány, zatímco ty s negativními nebo neprůkaznými výsledky mohly být podhodnoceny (Ransom, 2015). Faktem je, že Stevenson nepřístupoval ke svému celoživotnímu vědeckému tématu vnitřně nestranně. Sám pevně věřil na reinkarnaci a snažil se její existenci prokázat. Zajímavostí je, že se jeho vnitřní přesvědčení prohloubilo po experimentování s LSD (Stevenson, 1990).

2.6 Posedlost

Jednotlivci procházející touto konkrétní krizí mají často hluboký pocit, že je vnější síla nebo entita napadla a zmocnila se kontroly nad jejich samotnou podstatou, jak fyzicky, tak duchovně. Interpretují tuto invazi jako zlovůli a znepokojivou přítomnost, která proniká do jejich nitra a drasticky mění jejich osobnost a autonomii (Johanová, 2006). Klientova tvář může podléhat křečím a získat zlověstný vzhled podobný masce, zatímco jejich oči se naplní zběsilým a nezkrotným výrazem. Paže a tělo se kroutí zvláštním a abnormálním způsobem, zatímco jejich hlas získává děsivou a zvláštní kvalitu (Grof, 2017). Pokud se tomuto stavu dovolí pokračovat bez překážek, terapeutické sezení se může pozoruhodně podobat exorcismům, které probíhaly v původních kmenových společnostech, nebo exorcismům prováděným během středověku křesťanskou církví. Latentní vzorec tohoto druhu může být základem závažných psychopatologií, jako jsou sebevražedné deprese, vražedná agrese, impulzy k antisociálnímu chování nebo touha po nadměrných dávkách alkoholu a drog (Grof, 2017). K vyřešení často dochází po intenzivních epizodách dušení, projektilového zvracení nebo zběsilých motorických akcích doprovázených krátkými obdobími ztráty kontroly (Grof, 2017). Se správnou pomocí a vedením však mohou být tyto typy setkání neuvěřitelně osvobozující a mít na jednotlivce hluboký terapeutický účinek.

3 Vědomí a jeho rozšíření

Mít vědomí znamená právě mít čas.

Lévinas (1997)

3.1 Vědomí

Jedním z největších a nejkomplexnějších problémů v rámci psychologie a neurověd je otázka vědomí: jak mozek produkuje subjektivní zážitky a jaké jsou neurobiologické základy naší schopnosti vnímat a prožívat svět kolem sebe. Vědomí představuje záhadu, která fascinuje a výzvu, která provokuje řadu vědců a filosofů po staletí. Začněme definováním pojmu vědomí. Nejedná se o jednoduchý úkol.

Plháková (2005) problematiku uvádí takto: *“Existence vědomí je jedním z nejobtížnějších vědeckých problémů. Nic neznáme tak důvěrně jako vědomou zkušenost, ale nic není obtížnější vysvětlit”* a pokračuje výčtem čtyř vlastních mentálních fenoménů, které *“na první pohled nezapadají do vědeckého pojetí světa”* (Plháková, 2005). Prvním takovým fenoménem je samotná **existence** vědomí, která sama o sobě *“hraničí se zázrakem”* (Plháková, 2005). Druhým problematickým fenoménem je **intencionalita** (schopnost plánovat a záměrně jednat), dále **subjektivita** (stavící se svým způsobem do opozice objektivní vědě) a **mentální kauzace**, tedy otázka, jakým způsobem mohou neurovědci nebo psychologové vysvětlit přechod od fyzikálních a biochemických procesů mozku k subjektivnímu prožitku vědomí (Block, 1995).

Začátek 21. století byl svědkem vzrůstu zájmu o neurovědu vědomí a objevilo se mnoho teorií a hypotéz snažících se osvětlit, jak mozkové procesy vytvářejí vědomou zkušenost. Někteří badatelé se zaměřují na zkoumání mozku a jeho struktur jako jsou kortikální a subkortikální oblasti, které by mohly být spojeny s vědomím (Dehaene & Changeux, 2011). Jiní se zabývají synchronizací a integrací aktivit mozkových oblastí, což je proces, který může hrát klíčovou roli v propojení různých mentálních obsahů a vytváření jednotného subjektivního prožitku (Tononi, 2004).

Problém vědomí však zůstává nadále těžký a nevyřešený, protože neexistuje jednotná teorie, která by vysvětlila všechny jeho aspekty. Například fenomenologické vlastnosti vědomí, jako je barva červeného jablka nebo bolest po zranění, se zdají být neslučitelné s některými klasickými výklady mozku jako pouhého počítače nebo algoritmu (Chalmers, 1995).

Vidět strom, vymyslet, jak po něm vylézt nahoru, vědět, jak se cítím, když po něm lezu, a to všechno potom přetvořit v báseň - všechny tyto aktivity Chalmers vnímá jako **jednoduché problémy** z hlediska neurověd. Dokážeme je popsat, vysvětlit a předvídat. Dokonce již většinou i víme něco o mozkových korelátech těchto aktivit. Proti tomu stojí jeden **těžký problém** (*The Hard Problem of Consciousness*), tedy *“proč výše uvedené procesy neprobíhají v „temnotě“, nýbrž jsou provázeny jedinečnými subjektivními zážitky”* (Plhánková, 2005 & Chalmers, 2017). Jako myšlenkové cvičení si můžeme představit planetu Zemi identickou té naší, s jediným rozdílem - všichni lidé dělají to samé jako na naší planetě, ale bez “prožitku” vědomí. Tato planeta by byla naprosto stejně funkční jako naše. Je tedy zatím záhadou, proč jsme byli tímto zázrakem obdařeni.

3.2 Změněné, rozšířené a holotropní stavy vědomí

Čtenář této věty se nejspíše nachází v bdělém stavu vědomí. Bdělý stav vědomí je v západní kultuře nejrespektovanější stav a jako takový bývá spojován s přídavným jménem normální (Balcar, 1983 in Plhánková, 2005). Existují jiné stavy vědomí, které se odchyľují od typického bdělého stavu, a ty jsou obecně považovány za abnormální a vyžadující lékařskou intervenci praktického lékaře nebo psychiatra. Tyto abnormální stavy mohou zahrnovat delirium doprovázející fyzické nemoci, stejně jako stavy, kdy člověk bojuje se svým smyslem pro čas a prostor, zažívá poruchu své osobní identity nebo je sužován halucinacemi či bludy. Na druhé straně existují také změněné duševní stavy, které se výrazně liší od normálního vědomí, ale nejsou nutně považovány za patologické (Plhánková, 2005). Některé z těchto stavů se vyskytují přirozeně či spontánně, zatímco jiné mohou být záměrně vyvolány různými metodami. Tyto metody se mohou pohybovat od užívání drog až po praktiky, jako je holotropní dýchání,

relaxace, meditace, hypnóza nebo dlouhodobé rytmické tance. Na tomto místě by bylo vhodné zmínit, že nejen člověk, ale i některá zvířata jsou predisponováni k tomu, takové stavy zažívat, a v lidské populaci vždy byly určitou skupinou tyto stavy intenzivně vyhledávány.

Plháková (2005) uvádí tři společné charakteristiky změněných stavů vědomí:

1. Kognitivní procesy se stávají méně kritickými a povrchnějšími ve srovnání s obvyklým bdělým stavem. Plháková tím myslí, že například ve snu i kriticky myslící člověk uvěří ledasčemu. Zde by transpersonálně orientovaný psycholog mohl namítat, že je naopak možné, že se v změněných stavech vědomí můžeme setkat s moudrostí vyšší než jsme sami, která nás přesahuje.
2. Dochází ke změnám v tom, jak člověk vnímá sebe a svět kolem sebe.
3. Kontrola nad chováním a zábrany se často oslabují.

Rozšířené stavy vědomí je tradiční téma transpersonální psychologie. Zároveň se jedná o jev zkoumaný minimálně od dob antického Řecka, pravděpodobně mnohem dříve. Po vzniku moderní psychologické vědy téma otevřeli především William James (1902) a Carl Gustav Jung (1999). Revoluce ve zkoumání rozšířených stavů vědomí přišly samozřejmě v revolučních 60. letech s rozvojem využívání psychedelik a vstupem transpersonálního myšlení do psychologie a jiných vědeckých disciplín (Garcia, 2013). Grof (2007) nepoužívá termín rozšířených stavů vědomí, místo toho mluví o **holotropních stavech vědomí**. Grof uvádí desítky domorodých technik pro vyvolávání holotropních stavů a vidí je jako něco co bylo od nepaměti. Holotropní stavy vědomí vidí Grof ve vlastní kontextualizaci tří oblastí psyché.

1. **Biografická** oblast se týká osobní historie a vzpomínek jedince. Jsou to zážitky, které jsou spojeny s událostmi, emocemi a vztahy v průběhu celého života jedince, nejvíce však v raném dětství (Grof, 2004). Během holotropního stavu vědomí mohou být tyto biografické vzpomínky a zážitky zintenzivněny a zpracovány.
2. **Transpersonální** zážitky přesahují hranice osobního Já a spojují jedince s univerzálními nebo nadindividuálními aspekty vědomí. Mohou zahrnovat

mystické zážitky, pocit jednoty se vším, vnímání duchovních dimenzí a vztahů s vyššími bytostmi nebo archetypy. Jung (1967) říká, že v nás existuje místo, které se nazývá kolektivní nevědomí nebo univerzální pole vědomí. Je to jako zvláštní místo, které všichni sdílejí a odkud pocházejí naše myšlenky a nápady.

3. **Perinatální** oblast se týká zážitků spojených s narozením a perinatálním obdobím. Během holotropního stavu vědomí mohou jedinci zažít intenzivní pocity a obrazy spojené s jejich vlastním narozením nebo dokonce s narozením celého lidského druhu. To se dotýká dalšího velkého tématu Grofova díla - porodního traumatu a čtyř perinatálních matic.

4 Léčba

Starší medicína mluvila o dvou cestách z tělesné choroby směrem k zotavení, lýze a krizi. Jedna je pozvolná, druhá náhlá. V duchovní sféře existují dvě obdobné cesty k vnitřnímu sjednocení.

James (1902,s. 141)

V kontextu západní kultury je vše, co souvisí se spiritualitou, často vnímáno jako abnormální, bláznivé, kontraproduktivní a rušivé, zvláště když z toho vyvstanou problémy nebo krize. Klienti, kteří vyhledávají v tomto prostředí pomoc, mohli zažít a stále mohou zažívat nepochopení a neadekvátní léčbu (včetně nadbytečné či kontraproduktivní léčby farmakologické). Proto je žádoucí klienty ujišťovat, že je vše v pořádku, vyjadřovat uznání za jejich odvalu vydat se na obtížnou cestu a dávat jim najevo, že přijímáme a podporujeme všechny emocionální a fyzické projevy, které krize přináší.

Ne všechny duchovní zážitky jsou problematické a vyžadují léčbu, ale existují případy, kdy jednotlivci vyhledávají terapii kvůli duchovním procesům a konfliktům obecně a psychospirituální krizi konkrétně. Je důležité zdůraznit, že již zvyšování povědomí o psychospirituální krizi může poskytnout uzdravení (Šimková, 2023). Grof (2004) zdůrazňuje kritickou roli poskytování pozitivního rámce pro zarámování zkušeností a informací o probíhajícím procesu krize. Tím dáváme možnost těm, kteří prožívají krizi, odvrátit svůj pohled od toho, aby ji vnímali jako nemoc, místo toho, aby rozpoznali přirozený léčivý potenciál na jejich jedinečné cestě. V Česku působí dvě významné odborné instituce, které se na psychospirituální krizi a jiná transpersonální témata specializují: pražská Diabasis a opavská Holos.

4.1 Krizová intervence

Krizová intervence je forma psychologické pomoci a podpory poskytované jednotlivcům, skupinám nebo komunitám, které procházejí krizovým obdobím nebo traumatickou událostí. Cílem krizové intervence je minimalizovat negativní dopady krize a pomoci jedincům zvládnout náročné situace. Krizová intervence se často využívá po významných událostech, jako jsou přírodní katastrofy, nehody, úmrtí blízkých osob, násilné činy, hromadné tragédie nebo jiné traumatické situace, které mohou vyvolat

silné emoční reakce a stres. Krize může způsobit řadu psychologických reakcí, jako jsou šok, strach, smutek, úzkost, neklid, nebo dokonce psychosomatické projevy. Krizová intervence má za cíl pomoci jedincům zvládat tyto emocionální reakce a navrátit se k pocitu stability a bezpečí. V Česku různé instituce nabízejí školení v osobní, telefonické nebo komplexní krizové intervenci, které může absolvovat kdokoli, nicméně intervenci pak vykonávají převážně psychologové, sociální pracovníci a osoby z jiných pomocných profesí.

Krizový intervent často nemá k dispozici psychologický profil, lékařskou zprávu ani žádný jiný dokument, ze kterého by mohl usuzovat, zda klient prochází psychotickou epizodou, psychospirituální krizí či jinou diagnostickou kategorií (s výjimkou pracovišť na psychospirituální krizi orientovaných). Může se tak obávat, že práce s duchovní rovínou je v jeho případě nevhodná. Vančura (2002) k tomu píše: *„Menší chybu zřejmě uděláme, když otevřeme možnost vnímat příznaky v pozitivním rámci někomu, o kom později zjistíme, že prochází schizofrenním procesem než když patologizujeme někoho, kdo prochází psychospirituální krizí“*.

4.2 Psychoterapie

„Transpersonální přístupy předpokládají, že našemu životu není vlastní ne-spokojenost, a pomáhají s návratem ke kořenům, přičemž považují oddělení sama sebe od kořenů za jednu z hlavních příčin ne-spokojenosti: odcizení od širšího Já a od duchovního základu univerzálního pole vědomí“ (Vančura, 2002, s. 348).

Téma spirituality bylo v psychoterapii přítomno ještě před spory Freuda s Jungem, nejde od lidského bytí oddělit. Hlubinně zaměření psychoterapeuti a autoři mu přirozeně vždy věnovali větší pozornost. Jungiánský přístup k problematice psychospirituální krize popsal mj. i dříve zmíněný John Weir Perry. V literatuře (Lukoff, 1998; Johnová, 2007; Šimková, 2023) se uvádí devět témat specifických pro provázení psychospirituální krizí. Na tomto místě je krátce rozeberu.

1. **Normalizace neobvyklé zkušenosti** - Klienti se mohou cítit zaskočení a mít strach, že se zblázní nebo že se s nimi děje něco neobvyklého. Je klíčové tento

zážitek v jejich očích normalizovat, depatologizovat a ujistit je, že je vše v pořádku. Je důležité zdůraznit, že jde o přirozený a transformační proces, kterým prochází mnoho lidí a na své cestě nejsou sami. Vysvětlujeme klientům, že tato transformační krize v sobě skrývá nesmírný potenciál pro růst a jsou i další, kteří o tento druh změny usilují celý život.

2. **Vytvořit kvalitní terapeutický rámec** - Kvalitní terapeutický vztah a s ním spojený pocit důvěry a bezpečí je zásadním léčivým faktorem v každé podobě psychoterapie. Terapeut by tedy měl být jako při práci s každým jiným klientem empatický, laskavý, citlivý a klidný. V tomto specifickém kontextu by však měl mít i určité vzdělání a rozhled v transpersonální problematice, jinak pro něj může být svět klienta až příliš vzdálený a neuchopitelný.
3. **Omezit vnější podněty** - Vytvoření klidného a bezpečného prostředí je nezbytné, protože zabraňuje pronikání jakéhokoli vnějšího vzrušení nebo podnětů a potenciálnímu vykojení probíhajícího procesu. To zahrnuje vyhýbání se jakýmkoli formám stimulace pocházejících z médií, jako je rádio nebo televize, a také eliminaci jakéhokoli rušivého hluku z okolí. Konečným cílem je najít místo, které existuje za hranicemi naší každodenní existence a umožňuje ideální prostředí. Dosáhnout tohoto ideálního scénáře ve skutečnosti je však často velice obtížné.
4. **Dočasné přerušení duchovních cvičení** - Zapojení do duchovních cvičení jako je jóga, meditace a pránájáma může sloužit jako katalyzátor procesu spirituální krize. Je však zásadní tyto aktivity dočasně zastavit, dokud akutní příznaky krize nebudou překonány, aby klient nebyl zahlcen a převalen. To usnadní vědomé zpracování, přijetí a integraci prožitků klienta do jeho vědomí, vedoucí k vědomé proměně jeho osobnosti.
5. **Uzemnění (*Grounding*)** - Naším hlavním cílem je pomoci klientovi najít stabilitu tím, že se znovu spojí jak se zemí, tak s vlastním tělem. Někteří klienti mohou mít zkušenosti, kdy se cítí odpojení od svého fyzického já, jako jsou mimotělní zážitky nebo pocit energie proudící mimo jejich tělo. Pro klienta je klíčové navázat pevné spojení s vlastním tělem. V případě akutních záchvatů nebo krizí okamžitě zasáhneme poskytnutím fyzické podpory, například necháme klienta

sedět, opřít se o zeď nebo si lehnout s nohama pevně na zemi. Užitečné může být i vyvíjení tlaku na jejich ramena. Navíc pravidelné koupele a sprchy teplou vodou mohou být přínosem pro uzemnění klienta. Další účinnou metodou je jemné potírání jejich vlhkého těla mořskou solí, protože to může poskytnout uzemňující vlastnosti. Doporučuje se věnovat této praxi alespoň 15-20 minut.

6. **Stravovací režim klienta** - Klienti procházející spirituálními obtížemi mají často potíže s příjmem potravy. Klíčové je zajistit, aby tito klienti dostávali správnou výživu, protože hladovění může proces zintenzivnit (naopak půst může být spouštěčem různých mystických zážitků, jak je vidět například v příběhu Siddhárthy Gautamy nebo křesťanské velikonoční tradici). Vhodné jsou “uzemňovací” potraviny jako luštěniny či červené maso. V nouzových situacích může čokoládová tyčinka posloužit jako rychlý zdroj energie. Čistá citronová šťáva navíc může pomoci udržet klientovu energii „uvnitř“ a zabránit jejímu rozptýlení (Johnová, 2007). Johnová ještě uvádí, že ovoce a zelenina jsou nevhodné, což by dle mého názoru zasloužilo důkladné přezkoumání, nicméně nepodařilo se mi dohledat dostatek aktuálních relevantních zdrojů. Je vysoce žádoucí vyhýbat se všem drogám i psychedelikám, včetně kofeinu a nikotinu (což ale může být pro pravidelného kuřáka zvyklého pít kávu velký problém).
7. **Jednoduché, uzemňující aktivity** - Je velmi vhodné zapojit klienta do nekomplikovaných a uzemňovacích činností, které mají uklidňující účinek, jako je práce na zahradě, úklid či vlastně jakákoliv jednoduchá a repetitivní fyzická činnost. Další vhodnou možností jsou procházky, které mohou účinně napomáhat k opětovnému propojení vědomí s fyzickým bytím.
8. **Možnosti uměleckého vyjádření** - Slova nikdy nemohou popsat realitu plně. V této oblasti jsou však slova ještě více bezbranná. Že se o tomto tématu špatně mluví zazní skoro v každém interview na toto téma. Je proto žádoucí poskytnout klientům možnost se vyjádřit skrz širokou nabídku jiných forem jako malování, tanec, vytváření hudby, poezii...
9. **Zvážit potřebu medikace klienta** - O tomto tématu pojednává zevrubně další kapitola

4.3 Farmakoterapie

K užívání psychofarmak krize by se mělo přistupovat opatrně a střídmě. Je důležité zdůraznit, že psychofarmaka nenahrazují komplexní psychosociální podporu a terapeutické intervence. Integrativní přístupy, které kombinují léčbu léků s podpůrným poradenstvím, psychoterapií nebo technikami transpersonální psychologie, mohou nabídnout účinnější a holističtější podporu pro jedince procházející tímto procesem. Jsou však určité signály, které by odborníka měly upozornit k zamyšlení nad vhodností farmakologické léčby, jsou jimi poruchy zvládnání příznaků, poruchy spánku, obavy o bezpečnost a komorbidní stavy (Johnová, 2006).

V případech, kdy jedinci, kteří prožívají duchovní nouzi, mají vážnou úzkost, záchvaty paniky, paranoii, extrémní emoční tíseň nebo rozrušení, lze předepsat psychotropní léky ke zmírnění akutních příznaků. Léky mohou poskytnout úlevu a usnadnit osobě zapojit se do jiných terapeutických intervencí a nalézt strategie zvládnání (Janečková, 2008). Duchovní nouze mohou být často doprovázeny narušením spánkových vzorců, například nespavostí nebo živými znepokojivými sny. V takových případech mohou být dočasně předepsány léky na podporu spánku nebo mírná sedativa, která pomohou obnovit pravidelný spánek, protože dostatečný spánek je zásadní pro emoční regulaci a celkovou pohodu.

Pokud duchovní nouze jednotlivce vede k chování, které představuje riziko pro jeho bezpečnost nebo bezpečnost ostatních, lze zvážit psychotropní léky ke snížení impulsivity, neklidu nebo agresivity, dokud nebude možné poskytnout komplexnější podporu a intervence. Někdy pacient není nebezpečný sobě ani okolí, ale je přehlcen svým prožíváním a žádá o úlevu. Prožitá zkušenost je příliš silná a její blízkost brání práci s ní (Vančura, 2002). Někdy mohou jedinci zažívající duchovní nouzi a trpět již existujícími duševními poruchami jako je deprese, bipolární porucha nebo schizofrenie. V těchto případech mohou být psychotropní léky předepsané pro zvládnutí základního stavu duševního zdraví užitečné při zmírňování příznaků souvisejících s poruchou duševního zdraví a duchovní nouze.

5 Výzkumná část

5.1 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Výzkumná část se pokouší přinést omezenou sondu do problematiky psychospirituální krize pomocí kvalitativní metodologie. Před samotným výzkumem byla stanovena hlavní výzkumná otázka. Hlavním cílem výzkumu je přispět k lepšímu pochopení subjektivní fenomenologie změněného stavu vědomí a to skrz hlavní výzkumnou otázku:

Jaká je zkušenost respondentů v období psychospirituální krize?

V teoretické části jsem se zabýval složitostí terminologie a diagnostiky psychospirituální krize. Obdobím psychospirituální krize pro potřeby výzkumné části této práce rozumíme období které tak subjektivně popsal respondent. Posléze jsem si stanovil dílčí, vedlejší výzkumné podotázky:

Jak se respondenti vyrovnali s psychospirituální krizí?

Jaké byly zdroje pomoci a opory pro respondenty v tomto období?

5.2 Výběr a popis použité metody

Kvantifikovat něco tak obtížně kvantifikovatelného jako spiritualita by zajisté zavedlo na zajímavý výzkum. Bohužel jak popisuji i níže, jakýkoliv kvantitativní výzkum by bylo velice obtížné provést, jelikož z podstaty (v kvantitativním výzkumu se jevy zjednodušují na čísla a z těch se počítá pravděpodobnost) vyžaduje větší počet probandů. Moje pozornost tedy od začátku směřovala k jedné z forem kvalitativního šetření. **Kvalitativní výzkum** je způsob subjektivnější ale hlubší metody nazírání na skutečnost. Namísto pouhého pohledu na čísla a fakta se kvalitativní výzkum zaměřuje na pochopení jednání

lidí a jejich důvodů. Výzkumníci podrobně popisují každodenní situace, aby skutečně pochopili, co se děje. Nesnaží se věci zjednodušovat nebo redukovat na několik částí, ale místo toho nechají zkoumané lidi rozhodnout, co je důležité. Kvalitativní výzkum se zajímá o skutečné věci a o to, jak se lidé vzájemně ovlivňují. Cílem je získat úplný obrázek o tom, co se studuje, a porozumět tomu, jak zúčastnění lidé vidí a interpretují věci.

Otázka psychospirituální krize byla již v česky mluvícím prostředí zkoumána v rámci dotazníků (Johnová, 2007; Zajdánková, 2009), *terénního výzkumu* (Janečková, 2010), *narativně orientované analýzy* (Fenclová, 2018), *případové studie* (Janečková, 2008) i *interpretativní fenomenologické analýzy* (Šimková, 2023). Nedohledal jsem však v česky psaných bakalářských, diplomových ani disertačních pracích věnujících se psychospirituální krizi využití tematické analýzy.

Tematická analýza je metoda pro identifikaci, analýzu a zprávu o vzorcích (tématech) uvnitř dat (Braun & Clarke, 2006). Liší se od jiných analytických metod, které se snaží popsat vzorce v kvalitativních datech, jako například interpretativní fenomenologická analýza (dále jen "IPA") a zakotvená teorie (*grounded theory*). Ačkoli IPA a zakotvená teorie také hledají vzorce v datech, jsou teoreticky omezeny. IPA je spojena s fenomenologickou epistemologií a zájem je zaměřen na porozumění prožívání reality (Smith, 2009; Řiháček, 2013). Zakotvená teorie se zaměřuje na vygenerování nové teorie fenoménu ze získaných dat. Tematická analýza není vázána na žádný předem stanovený teoretický rámec a může být použita v různých teoretických kontextech. Téma je v podstatě komplexní spojení datových prvků, které tvoří zjištění a současně zapouzdřují něco významného ve vztahu k výzkumnému dotazu.

S respondenty jsem vedl polostrukturované rozhovory (*interview*), kde jsem se napřed snažil zeptat co nejvhodnějším způsobem na témata, jež jsem měl připravená na listu s předpřipravenými tématy. Snažil jsem se obzvláště soustředit na fenomenologický popis změněných stavů vědomí (samozřejmě ne těmito těžko srozumitelnými slovy), ale v této oblasti se mi nepodařilo vytěžit tolik, kolik bych chtěl.

5.3 Výběr respondentů a popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří celkem čtyři lidé ($n = 4$) ve věku 27 - 40 let. V začátcích mého výzkumu jsem pracoval s myšlenkou, že každý respondent by měl mít diagnostikovanou psychospirituální krizi. To narazilo na několik praktických problémů. Jak detailněji popisuji v teoretické části, psychospirituální krize není vyloženě “diagnóza”. Tito lidé, které hledám, nejsou v obecné populaci široce zastoupeni. Navíc se obávají stigmatizace a někdy ani neví, že psychospirituální krizí prošli. Sehnat dostatek respondentů pro validní a reliabilní kvantitativní výzkum by bylo v podmínkách bakalářské práce téměř nemožný úkol. Nasbírat dost respondentů na kvalitativní výzkum již je možné, ale obávám se, že ani to se mi bohužel nepodařilo.

Výběr rozhodně nebyl náhodný, nýbrž účelový. Do vzorku jsem s radostí vzal každého, kdo mi tvrdil, že prošel psychospirituální krizí. Ptal jsem se přes své známosti a skrz sociální sítě. Bohužel se mi nepodařilo navázat smysluplnou spolupráci s organizací, jenž se tomuto tématu plně věnuje. To má od dokonale náhodného výběru velmi daleko. Respondenti ze základního souboru neměli stejnou šanci se dostat do výběrového souboru. Nedokážu si představit realizovatelný design výzkumu, v němž by všichni respondenti ze základního souboru měli stejnou šanci se do výběrového souboru dostat.

Kdybych udělal svou práci shánění respondentů lépe, tak bych pak mohl udělat ještě druhé kolo selekce respondentů, aby nebyli zařazeni jen na základě vlastního posouzení přítomnosti psychospirituální krize. Pro tyto potřeby se nabízí například k podobným účelům sestavená The Spiritual Emergency Scale (Goretzki, 2009), která však není přeložená a standardizovaná do češtiny, což by byl další metodologický problém. V tomto bodě bohužel vidím ve vlastní práci nedostatky.

Pro čtyři respondenty empirické části této práce dále používám označení *Anastázie*, *Božena*, *Viktor* a *David*. S **Anastázií** se znám v rámci svého mimoškolního odborného vzdělávání a když jsem v rámci běžné konverzace zmínil téma své bakalářské práce tak *Anastázie* řekla že si “nejspíš něčím takovým prošla” a nabídla se pro účast ve

výzkumu. *Anastázie* je matka dvou dětí, předškolní dívky a chlapce v první třídě. V současnosti probíhá proces separace s otcem dětí, v nedávné době se od sebe odstěhovali, zůstávají však manželé. *Anastázi* je třicet šest let a pracuje v pomáhajících profesích. Oba rodiče jsou naživu a udržuje s nimi vztahy, i když zvláště s otcem to není jednoduché.

Osobně znám též třicetišestiletého **Viktora**, a to delší dobu skrz vrcholový šach. *Viktor* svoji životní zkušenosti popsal ve vydané autobiografii, na jejím základě jsem ho oslovil s žádostí o účast ve výzkumu. *Viktor* vidí svůj příběh spíše jako duchovní probouzení (*spiritual emergence*) než psychospirituální krizi (*spiritual emergency*), kterou v jednom období viděl u bývalé manželky.

Boženu a **Davidu** jsem neznal, odpověděli na moji žádost o účast ve výzkumu na sociální síti. *Boženě* je dvacet sedm let, žije většinu života v Praze a již dlouho pracuje jako psí chůva, což jí naplňuje smyslem a radostí. V současnosti žije druhý rok se starším přítelem, děti ani jeden nemá. Působí zdravým a vyrovnaným dojmem, na který občas padl trochu stínu. *David* pracuje jako manažer v informačních technologiích, letos oslavil čtyřicáté narozeniny a je šťastně ženatý. Jeho projev je uvážlivý ale vřelý. Je sportovní typ, pravidelně běhá a sleduje různé sporty.

Na závěr kapitoly ještě níže přikládám v souhrnné numerické formě stručné informace o kvantitě respondentů a rozhovorů s nimi:

Počet respondentů: 4 (2 muži, 2 ženy)

Počet rozhovorů: 4

Počet setkání: 6

Souhrnné množství přepsaného textu: 16,7 normostran

5.4 Etické aspekty výzkumu

Témata týkající se spirituality a mentálního zdraví bývají pro mnoho respondentů citlivá (Chandler, 2012). To se ukázalo i v mém výzkumu. Všichni respondenti, krom jednoho

mne žádali o jistou formu anonymizace a já jsem jim v tom vyhověl. Věk a pohlaví však odpovídají skutečnosti. Probandi předali výzkumníkovy informované souhlasy s výzkumem. Rozhovory byly nahrávány na diktafon v telefonu a když respondent projevil přání, aby něco bylo mimo záznam, tak jsem mu plně vyšel vstříc.

5.5 Předporozumění

Snažím se o popis a výklad výzkumu. Heidegger (2002) nám však připomíná že „*výklad nikdy není předpokladu prosté uchopení něčeho daného*“. V epistemologii kvalitativního výzkumu je výzkumník nástrojem, tak jako je v kvantitativním výzkumu nástrojem měřicí přístroj (Hendl, 2012). Proto je důležité se v rámci výzkumné části snažit zachytit osobní předporozumění autora, jenž mění deskripci reality (Harper, 2011).

Pokusím se tedy stručně reflektovat svoji pozici. Roli hráli moje předchozí zkušenosti nejen se spiritualitou, člověkem a nemocí. Stejně tak moje očekávání, pohnutky, potřeby a jiné determinanty. Mé předporozumění ovlivnili všechny moje předchozí setkání, nejvíc však ty s lidmi v krizi a s těmi co hledali duchovno. Očekávám že rozhovory nejsou pro respondenty lehké a očekávám že narazím na spoustu fenoménů špatně popsatečných slovy.

5.6 Tématická analýza rozhovorů

Proběhlo celkem šest setkání s respondenty, výsledkem čehož byli čtyři rozhovory na záznam. K dalšímu postupu byla použita tématická analýza, z důvodů popsaných výše. Tématickou analýzou přepisu čtyř polostrukturovaných rozhovorů jsem prováděl dle těchto šesti kroků, jak jsou popsány v literatuře (Braun & Clarke, 2012; Harper, 2011) :

1. Seznamování se s daty, skrz opakované poslouchání, přepisování a čtení rozhovorů. Do tohoto procesu jsem nezahrnoval jakékoliv konverzace vedené mimo záznam. Ty však samozřejmě mohli ovlivnit mne.
2. Generování kódů ze sdělení respondentů v transkripci rozhovorů. V tomto kroku jsem ze sdělení, vět či jiných celků generoval obecnější kódy. Kódy jsou už subjektivně redukována data, jedná se však o významově menší celky nežli jsou témata.
3. Vyhledávání témat skrz třídění a porovnání kódů vzniklých z předchozích kroků.

4. Propojování podrobností a posouzení témat z hlediska hlavní výzkumné otázky, tedy toho jaká byla zkušenost respondentů v období psychospirituální krize. V tomto kroku jsem si znovu přečetl všechny přepisy, pro konfrontaci svého, předporozumění, zapomnění a jiných defektů mé mysli.
5. Určení finálních témat, jejich pojmenování a definování.
6. Zodpovězení výzkumných otázek a sepsání závěru.

Tímto procesem jsem získal tři společná témata, které níže dále rozpracovávám (*partnerské a jiné vztahy, energie, posun na vyšší level*). Kromě těchto společných témat se objevilo několik témat, která jsem poznával z literatury, nebyla však společná všem z respondentů. Například u *Anastázie* byl spouštěčem psychospirituální krize porod, avšak *Božena* je zatím bezdětná, a tak řeč na porod vůbec nepadla.

“VR: Máš teda pocit, že ten porod byl u tebe spouštěč těchto projevů?”

Anastázie: Jo, a i těhotenství předtím. Mělo to určitý vývoj, jakoby na začátku to bylo, že jsem začala prožívat emoce mnohem intenzivnější, než před tím, a začala jsem být mnohem citlivější... Po porodu jsem skrz jógu hned cítila, že se mi změnilo prožívání mého těla. Mnohem víc cítím svoje tělo, mnohem víc svoje emoce i emoce ostatních lidí. Měla jsem problém, že jsem prožívala emoce a nevěděla jsem, jestli to jsou emoce někoho jiného nebo moje emoce... To už byl druhý porod, takže jsem věděla, jak rodit, a vlastně jsem to odrodila celý sama na záchodě nebo ve sprše a pozorovala jsem, jak to tělo samo zvládá všechny věci ohledně porodu a já jsem nic nedělala, jenom to pozorovala.”

Jak je vidět nejen na příkladu porodu, určitá témata můžeme vnímat jako ženská a jiná témata zas jako mužská. V příběhu Viktora zas vyčnívá silná touha po výkonu a chování se k sobě jako k nástroji. Z rozhovoru s Davidem jsem žádný takový pocit neměl.

Anastázie absolvovala v obdobím před vypuknutím krize různé semináře zaměřené na dýchání (nikoliv však holotropní dýchání), pravidelně cvičí jógu a měla zkušenost s

marihuanou. *Božena* nic z toho nepraktikuje, řešila však problémy s příjmem potravy, což *Anastázie* nikoliv. Viktor se intenzivně věnoval a věnuje meditaci. Nemá zkušenosti s psychedeliky, David ano, zase ale nemá zkušenosti s žádnou formou meditační nebo náboženské praxe.

“Viktor: Vlastně zásadní je skutečně být osvícený. A to je potenciál každého člověka tady.”

Božena na “Boha” “*vůbec nevěří*”, *Anastázie* “*to vidí spíš tak, že Bůh je v každém člověku*”, a když jsem se doptával na “Boha” nebo “vyšší sílu”, tak mi řekla, že “*v kostele jsem cítila vždycky velkou úzkost*”. Viktor prošel “křesťanským obdobím” a hodně četl o všech náboženstvích a našel určité průsečíky. Důležité je pro něj vnitřní svoboda, konec utrpení, osvícení. David má svoji víru.

Viktor: A pak se v té v zoufalosti obracíš na všechno. I na Boha, na Ježíše a tak dále. Zkoušíš to samozřejmě psychologicky v začátku.”

Skoro všichni zúčastnění popisovali změny nálad. Různé změny nálad probíhali u *Anastázie* i *Boženy*. V příběhu Viktora došlo k postupnému zlepšování nálady. Pro Davida to však velké téma nebylo. Nejen proto jsem “změny nálad” nepovýšil na téma. Jsou běžné nejen u těch, kteří prošli psychospirituální krizí.

“Božena: Měla jsem skutečně hodně moc stresu a životních změn...”

5.5.1 Partnerské a jiné vztahy

“Viktor: Můj život je naplněný jinými lidmi, který chtějí skutečně poznat sami sebe, být vnitřně svobodný”

První téma, které rychle vyvstalo, byly **partnerské vztahy**. *Anastázie* i *Božena* mi o nich mnoho řekly. Částečně jsem je k tomu vybízel otázkami, např. “*Chápali tvoji blízcí, co prožíváš a byli ti oporou?*”. Často však o nich mluvili i bez vyzvání. Pro *Boženu* byl

“*toxický vztah s narcisem*” subjektivně vnímaný spouštěč následujících psychospirituálních obtíží. *Božena* se vždy považovala za empatickou, nicméně během krize se tato vlastnost rozvinula ještě více, což platí i pro respondentku *Anastázii*. Zatímco *Anastázie* po celé námi diskutované období udržuje relativně spokojený vztah se svým manželem, *Božena* utekla z jednoho vztahu s “narcisem” do jiného vztahu s “ještě větším narcisem”, ale s intencí ho změnit, i když ji to samotnou bude velmi bolet. To se prý povedlo. Když jsem *Boženě* říkal, že mi to připomíná pohádku *Kráska a zvíře*, tak mi odvětila, že nejsem vůbec první. Jako jakási podtémata zde vnímám kromě zvýšené **empatie** (která u obou respondentek zahrnovala i všechny ostatní lidské interakce, nejen ty v rámci partnerského vztahu) ještě **sexualitu**. Slovo **orgasmus** se v prepisech objevuje vícekrát, např. *Anastázie* vypověděla “*Dva týdny jsem se cítila pořád jak před orgasmem. To bylo super*”. Pro *Viktora* byli vždy zásadní vztahy se ženami, napřed s maminkou pak s partnerkami, stejně tak pro *Davida*, který říká že: “*...mít tátu by bylo fajn.*”

5.5.2. Energie

“*Viktor: Když [jsem] nejedl a nepil během těch 8 dnů, tělo zcitlivělo a začal si všímat jakési energie po těle, která jako by tam pracovala, uzdravovala ho. Ego se toho chytlo a chtělo ten proces podpořit, myslel si, že vše má ve vlastních rukách. A tak se na přechodu, ale i nějakou dobu poté, snažil rukou energeticky působit po svém těle, léčit se. Avšak tuto práci energie po těle neměl ve své moci. Tou dobou ještě netušil, že čím víc se snažil o podpoření toho procesu, tím víc mu bránil, jelikož to bylo nevědomé. V důsledku každá snaha z ega, z mysli je kontraproduktivní.*”

Slovo energie se objevilo mnohokrát a já se vždy snažil dopátrat, co to vlastně znamená, jestli ta energie má nějaký subjektivní zrakový (čichový) korelát či je spojená s nějakou barvou. Slovo energie mne vždy zajímalo (také bych o něm rád subjektivně povídal, ale zde nejsem respondentem), ale nikdy jsem mu vlastně fyzikálně ani psychologicky nerozuměl. To se bohužel v rámci této práce příliš nezměnilo. *Anastázie* i *Božena* opakovaně vypovídaly, že získaly jakousi schopnost pracovat s energiemi, či je vnímat a to vnímání využívat k zlepšení svého života. *Božena* například popisuje:

*“Od té doby mám problém s díváním se neznámým lidem do očí, protože přesně vidím, kdo je zlý, závistivý nebo jinak nemocný. Strašně jsem začala vnímat a cítit tu hranici mezi zdravým a nezdravým, vidět narcistní povahy některých lidí a vidět víc do lidí, takže se těm **energiím** někdy záměrně vyhýbám, když se tím nechci zabývat.”*

Když jsem se však snažil doptat na fenomenologické kvality těch **energií**, tak jsem nepochodil. V případě *Anastázie* to bylo velmi podobné. Určitě jsem mohl rozhovory vést lépe, nevím však jak. Určitě se tu pohybujeme v oblasti jevů špatně popsatelných slovy. Z obou rozhovorů jsem však pochopil, že respondentky vnímají energii jako něco, co se **přenáší** (z člověka na člověka).

“Je to vyzařování, cítit negativní energii, nebo tu nevyrovnanou, po chvíli se začnu sama cítit špatně, protože je přejímám - jako houba, proto se jim cíleně vyhýbám. S pozitivními lidmi zas cítím klid a extrémní pohodu.” - Božena

5.5.3 Posun na vyšší level

“Probudily se ve mne nějaký nový schopnosti.” - Anastázie

Slovo **posun** se objevuje víckrát, slovní spojení “posun na vyšší level” se však v žádném interview neobjevilo, to je mé souhrnné označení pro četné zmínky respondentek. Shrnuje to často používané rčení: “každá krize je příležitost”. *Božena* dokonce hodnotí celý proces jako jasně mnohem více pozitivní než negativní. Přesto proces, kterým procházela, popisuje jako psychospirituální krizi.

Zde opět narážím na metodologický problém výběru respondentů do výzkumného souboru. Je možné, že kdyby *Božena* žila v anglicky mluvícím prostředí, tak hovoří spíše o **spiritual emergence**, než-li **spiritual emergency**. Domnívám se, že i díky filmu *Z temnoty duše...světlo* se v Česku v posledních letech značně rozšířilo povědomí o psychospirituální krizi, ale už ne rozlišení mezi **spiritual emergence** a **spiritual emergency**.

Do češtiny se bohužel špatně překládá už samotné spiritual (duševní, duchovní a spirituální jsou tři různá slova) a chybí nám ta slovní hříčka emergence/emergency. Pro Viktora byl napřed jeho život jen posouvání na vyšší a vyšší mety, ať už šachové nebo společenské, *“žil z ega a slávy”* a *“používal svoje tělo jako otroka”*. Od té doby co si splnil svoje sportovní cíle, se snaží *“zaplout do osvícení”*.

5.6 Odpověď na výzkumné otázky

Na začátku výzkumné části jsem si v návaznosti na část teoretickou stanovil hlavní výzkumnou otázku a to:

Jaká je zkušenost respondentů v období psychospirituální krize?

Ve zkoumaném vzorku respondentů jsem vyzoroval podobnosti i rozdíly v subjektivním prožívání psychospirituální krize. Jednalo se subjektivně o pozitivní proces, i přes to, že obsahoval vysoce nepříjemné zážitky. Častým motivem bylo vnímání skrz energie a rozšířená schopnost empatie. Změny nálady byly spíše pozitivní a ani neobvyklé situace (např. *“vystoupení z vlastního těla”*) respondenty příliš *“nerozhodili”*. Podobné zkušenosti lze již vyhledat v proběhlých kvalitativních výzkumech jako např. ve výzkumu Johnové (2007). Pokouším se nalézt odpověď i na dílčí, vedlejší výzkumné podotázky.

Jak se respondenti vyrovnali s psychospirituální krizí?

Všichni čtyři účastníci se s krizí vyrovnali svým způsobem, vycházející z unikátního pozadí, s využitím vlastních i cizích zdrojů podpory. Okolnosti byli u každého odlišné, lze však najít určité podobnosti. Všichni prošli náročnou změnou. V určitém bodu jejich života bylo přítomno mnoho utrpení. Vyrovnávání vždy byl proces, spíše v řádu let než dní. Nicméně nejintenzivnější fáze netrvala déle než týdny. To je ve shodě s časovým rámcem který v mapující studii prezentuje Janečková (2008). Motl (2016) přistupuje k problematice komplexnějším způsobem. Skrz výzkumné otázky se ptá jak duševní nemoc ovlivnila jejich spiritualitu a jak je jejich zdravotní stav ovlivněn spiritualitou.

Jaké byli zdroje pomoci a opory pro respondenty v tomto období?

Anastázie, Božena, Viktor i David popsali jako největší zdroj opory své blízké. Zajdánková (2009) při odpovědích na svou výzkumnou otázku *“Co přispělo ke zvládnutí psychospirituální krize?”* dochází k závěrům: *“Procesem psychospirituální krize velmi dobře prošli ti participanti, kteří buď spolupracovali s organizací, která se pomoci těmto klientům věnuje anebo ke všemu přistupovali jako k psychospirituální krizi či transformačnímu procesu.”* (Zajdánková, 2009, s. 120) To je zjištění které je v souladu s očekáváním a literaturou. Nepodařilo se mi bohužel najít jiné větší téma pomoci společné všem. Tuto výzkumnou otázku jsem zařadil pro naději že by mohla poskytnout inspiraci pro osoby procházející stejnou situací. Nemohu však tvrdit že jsem zjistil cokoliv objevného.

6 Diskuse

Domnívám se, že v teoretické části práce se mi podařily mé hlavní cíle. Prozkoumat relevantní literaturu k tématu, přinést čtenáři stručně to, na čem je v odborné obci shoda, a tam, kde není, stručně a jasně představit jednotlivé názory, bez stavění se na jednu stranu. Je nasnadě, že už samotný fakt, že jsem si vybral k psaní mé práce transpersonální téma, mě staví do pozice určité nevyváženosti (*bias*), snažil jsem však o maximální nestrannost a kritickou práci se zdroji. Tato nevyváženost je součástí mého předporozumění, stejně tak jako minulé zkušenosti a má očekávání. Při přebírání typologií a seznamu jsem se snažil o co nejlepší formu a případný překlad.

Snažil jsem se používat co možná nejnovější zdroje, bohužel však publikační činnost v oblasti transpersonální psychologie není natolik bohatá, abych mohl například používat jen tři roky staré zdroje. Snažil jsem se o co nejširší pokrytí relevantní literatury, i přes to jsem však čerpal z některých zdrojů více než z jiných. Nejvíce citací je z díla Stanislava Grofa, které jsem četl již dlouho před psáním této práce. Tomu se dle mého soudu nešlo vyhnout, jelikož Grof je pro transpersonální psychologii tím, čím je Sigmund Freud pro psychoanalýzu (Johanová, 2006) a transpersonální psychologie je v současnosti na mnohem nižším vývojovém stupni než třeba psychoanalýza (Šimková, 2023).

Jsem si vědom toho, že některá v práci prezentovaná témata mohou být kritizována z mnoha různých úhlů a tuto kritiku jsem se i snažil zahrnout. Už samotný koncept psychospirituální krize lze kritizovat z hlediska nejasného vymezení, jak to dělá například Motl (2016). Na problém nejasného vymezení jsem sám narazil.

V části empirické bohužel vidím nejen limity ale hned několik nedostatků. A to především nevhodný výběr respondentů a jejich malý počet ($n=4$). Věkové rozpětí respondentů výzkumné části (27-40 let) je podobné jako popsané Janečkovou (2008) ve své mapující studii. Jako frekventant fenomenologicky orientovaného psychoterapeutického výcviku jsem chtěl výzkum zaměřit zejména na fenomenologický popis rozšířených stavů vědomí, podobně jako popsala například Johanová (2006). To se mi bohužel nepovedlo v míře, v jaké bych chtěl. Jednotlivé rozhovory se od sebe dost liší z hlediska délky a výtěžnosti pro tématickou analýzu. Na vině je má malá schopnost navázat vztah a každého respondenta "rozmluvit". V budoucnosti bych rád v tomto tématu pokračoval a obohacen o další své chyby se snad poučil. Prezentované výsledky na výzkumné otázky sice považuji za zajímavé, ale bylo by žádoucí je konfrontovat s větším počtem respondentů a dalším výzkumem.

Závěr

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí (teoretická a empirická). Teoretická část nejprve uvádí a definuje relevantní termíny (psychospirituální krize, transpersonální psychologie, rozšířené stavy vědomí...) a následně se snaží o předání těch nejdůležitějších informací čtenáři a odkazování na zdroje, kde může vyhledat více. Práce popisuje co psychospirituální krize je, jak se odlišuje od jiných psychických stavů a jak odhadujeme její prevalenci v obecné populaci. Relativně rozsáhle se věnuji diferenciálně diagnostickým úvahám rozlišujícím psychospirituální krizi od různých form psychóz. Další rozsáhlejší částí jsou popisy různých zdokumentovaných podob psychospirituální krize, kde jsem záměrně vyřadil některé spornější kategorie. Posláním psychologické vědy je kromě deskripce, explanace a predikce i léčba. Proto v další kapitole shrnuji hlavní poznatky z relevantní literatury o terapii psychosociální krize, což

se prolíná s podobně málo probádaným tématem - práce se spirituálními a náboženskými tématy v rámci péče o klienty netrpící psychosociální krizí. Ve výzkumné části představuji výzkumné otázky, popisuji metodologické a praktické potíže výzkumu, zohledňuji etickou stránku věci a poté předkládám proces tematické analýzy polostrukturovaných rozhovorů a odpovídám na výzkumné otázky. Výzkumné otázky směřovaly na deskripci rozšířených stavů vědomí během psychospirituální krize. Přináším velmi dílčí a limitované poznatky o empatii, energii, rozšíření schopností a mimotělních zážitků.

Literatura

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Angel, Leonard (2015). *Is There Adequate Empirical Evidence for Reincarnation? An Analysis of Ian Stevenson's Work*. In Keith Augustine & Michael Martin (eds.), *The Myth of an Afterlife: The Case against Life After Death*. Rowman & Littlefield. pp. 575-583.

Ankrah, L.(2002). Spiritual emergency and counselling: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(1), 55-60.

Block, N. (1995). On a confusion about a function of consciousness. *Behavioral and Brain Sciences*, 18(2), 227-287.

Bragdon, E. (1987). *A sourcebook for helping people in spiritual emergency*. Institute of Transpersonal Psychology.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using Thematic Analysis In Psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2(3), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. American Psychological Association.

Bray, P. (2008). *Counselling adolescents when „spiritual emergence” becomes „spiritual emergency”*. New Zealand Journal of Counselling, 28(1).

Chalmers, D. J. (1995). *Facing up to the problem of consciousness*. Journal of Consciousness Studies, 2(3), 200-219.

Chalmers, D. (2017). The hard problem of consciousness. *The Blackwell companion to consciousness*, 32-42.

Chandler, E. (2012). *Religious and spiritual issues in DSM-5: Matters of the mind and searching of the soul*. Issues in mental health nursing, 33(9), 577-582.

Dehaene, S., & Changeux, J. P. (2011). *Experimental and theoretical approaches to conscious processing*. Neuron, 70(2), 200-227.

Fox, M (2007, 18.února). *Ian Stevenson Dies at 88; Studied Claims of Past Lives*. The New York Times

[.https://www.nytimes.com/2007/02/18/health/psychology/18stevenson.html](https://www.nytimes.com/2007/02/18/health/psychology/18stevenson.html)

Garcia-Romeu, A.P.; Tart, Charles T. (2013). *The Wiley-Blackwell Handbook of Transpersonal Psychology (First ed.)*. John Wiley & Sons, Ltd. p. 129.

Grof,C.& Grof,S.(2017). *Spiritual emergency: The understanding and treatment of transpersonal crises*. International Journal of Transpersonal Studies

Grof,C. & Grof,S.(1986). *Spiritual emergency: The understanding and treatment of transpersonal crises*.

Grof,S. (1993). *Holotropní vědomí*. Gemma, Praha.

Grof, S. (2000). *Dobrodružství sebeobjevování*. Perla, Praha

Grof,S. (2004). *Psychologie budoucnosti*. Perla, Praha

Grof,S., Grof., Ch. (1985). *The Concept of Spiritual Emergency*. SEN Publisher. Spiritual Emergence Network Newsletter, Spring Menlo Park

- Goretzki, M., Thalbourne, M. A., & Storm, L. (2013). Development of a spiritual emergency scale. *Journal of Transpersonal Psychology*, 45(2).
- Goretzki, M. (2008). *The differentiation of psychosis and spiritual emergency* (Doctoral dissertation).
- Greyson, B. (1993). The physio-kundalini syndrome and mental illness. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 25(1), 43.
- Hartelius, G., Caplan, M., & Rardin, M. A. (2007). Transpersonal psychology: Defining the past, divining the future. *The Humanistic Psychologist*, 35(2), 135-160.
- Harper, D., & Thompson, A. R. (Eds.). (2011). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons.
- Harris, K. P., Rock, A. J., & Clark, G. I. (2019). Religious or spiritual problem? The clinical relevance of identifying and measuring spiritual emergency. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 51(1), 89-118.
- Harris, K. P., Rock, A. J., & Clark, G. I. (2020). *Defining Spiritual Emergency: A Content Validity Study*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 52(1).
- Heidegger, Martin. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh, 2002.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hood, B. (1986). *Spiritual Emergencies: Understanding Transpersonal Crises*. Doctoral Dissertation, University of Massachusetts, 1986 Dissertation Abstracts International 47 (7-A) 2511
- Holden, J. M., Vanpelt-Tess, P., & Warren, S. J. (1999). Spiritual Emergency: An Introduction and Case Example. *Counseling and Values*. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.1999.tb00140.x>
- Horáčková, V. (2022). *Psychospirituální krize z pohledu sociální a pastorační práce*. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/176434>

James, W. (1902). *The varieties of religious experience*.

Janečková, M. B. (2008). *Diagnostika a terapie psychospirituální krize-mapující studie*.
<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/19802>

Jenson, E. (2011). *The Argument over Reincarnation in Early Christianity*. Utah Historical Review, 1.

Johns, L. C., & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*, 21(8), 1125-1141.

JOHNOVÁ, Margareta. *Psychospirituální krize: šílenství nebo skrytý potenciál vědomí?*. Praha, 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce.

Johnson, C. V., & Friedman, H. L. (2008). Enlightened or delusional? Differentiating religious, spiritual, and transpersonal experiences from psychopathology. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(4), 505-527.

JUNG, C. G. (1967). *Collected Works of C.G. Jung, Volume 13: Alchemical Studies* (G. ADLER & R. F. C. HULL, Eds.). Princeton University Press.

Jung, C. G. (1999). *The Psychology of Kundalini Yoga: Notes of the Seminar Given in 1932*. Princeton University Press.

Jung, C. G. (2019). *Psychology of the Unconscious: A Study of the Transformations and Symbolisms of the Libido: Supplementary Volume B*. Routledge.

KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000.

Lajoie, D. H., & Shapiro, S. I. (1992). Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 79.

Lannert, J. L. (1991). *Resistance and Countertransference Issues with Spiritual and Religious Clients*. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(4), 68–76. doi:10.1177/0022167891314005

Lévinas, E. (1997). *Totalita a nekonečno*. Praha : Oikoymenh.

Lukoff, D. (1985). *The diagnosis of mystical experiences with psychotic features*. *Journal of transpersonal psychology*

Lukoff, D., Lu, F. G., & Turner, R. (1995). *Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems*. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 467-485.

Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). *Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11), 673–682. <https://doi.org/10.1097/00005053-199211000-00001>

Lukoff, D., Lu, F. G., & 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. <https://doi.org/10.1177/00221678980382003>

Macháčková, B. Z. (2008). *Terapeutické přístupy k fenoménu " psychospirituální krize"*. <https://dk.upce.cz/handle/10195/30033>

McKenna, T., McKenna, D. (2000): *Neviditelná krajina*, Volvox Globator, Praha

Menezes Júnior, A. D., & Moreira-Almeida, A. (2009). *Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content*. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36, 75-82.

Nagaraj, A. K. M., Nanjegowda, R. B., Purushothama, S. M. (2013). *The Mystery Of Reincarnation*. *Indian Psychiatry*, 6(55), 171. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105519>

Ng, B. Y. (2000). *Phenomenology of trance states seen at a psychiatric hospital in Singapore: A cross-cultural perspective*. *Transcultural Psychiatry*, 37(4), 560-579.

Perry, J. W. (1999). *Trials of the visionary mind: Spiritual emergency and the renewal process*. Suny Press.

Plháčková, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004.

Presti, D. E., Keppel Hesselink, J. M., Winkelman, M., Calabrese, G., Rotonda, G., & Lattuada, P. L. (2019). *Religious or spiritual problem? The clinical relevance of identifying and measuring spiritual emergency*.

Randal, P., & Argyle, N. (2005). *Spiritual Emergency –a useful explanatory model? A Literature Review and Discussion Paper*. Spirituality *Special Interest Group Publications Archive*.

Ransom, Champe (2015). *A Critique of Ian Stevenson's Rebirth Research*. In Keith Augustine & Michael Martin (eds.), *The Myth of an Afterlife: The Case against Life After Death*. Rowman & Littlefield. pp. 571-574.

Rock, A. J., & Clark, G. I. (2015). *Spiritual emergency, psychosis and personality: A quantitative investigation*. *Association for Transpersonal Psychology*, 47(2), 263.

Řiháček, T., I. Čermák a R. Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013.

Serper, M., Dill, C. A., Chang, N., Kot, T., & Elliot, J. (2005). *Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals*. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(4), 265-272.

Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). *Clinical Psychologists' Religious and Spiritual Orientations and Their Practice of Psychotherapy*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 72-78. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.72>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.

Spittles, B. (2018). *Better understanding psychosis: A psychospiritual challenge to medical psychiatry* (Doctoral dissertation, Murdoch University).

Spittles, B. (2020). *Better understanding psychosis: Psychospiritual considerations in clinical settings*. *Journal of Humanistic Psychology*

Stevenson, I. (1990). *Some of my journeys in medicine*. University of Southwestern Louisiana.

Storm, L., & Goretzki, M. (2016). *A defense of the Spiritual Emergency Scale: Emergency vs. emergence*. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 48(2), 190-209.

Storm, L., & Goretzki, M. (2021). *The psychology and parapsychology of spiritual emergency*.

Stiles, W. B. (2011). *Methodologic challenges and innovations in psychotherapy research*. *American Psychologist*

Tononi, G. (2004). *An information integration theory of consciousness*. *BMC neuroscience*, 5(1), 42.

Vančura, M. (2002). Psychospirituální krize. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, 1, 329-357.

Viggiano, D. B., & Krippner, S. (2010). *The Grofs' model of spiritual emergency in retrospect: Has it stood the test of time*. *International Journal of Transpersonal Studies*, 29(1), 118-127.

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

Zajdánková, S. (2009). *Zvládání psychospirituální krize v kontextu odborných služeb i mimo ně v prostředí České republiky*. https://is.muni.cz/th/44556/fss_m/dp.pdf

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Vojtěch Rut

Studijní program: Psychologie

Název práce: Vědomí psychospirituální krize

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 94 653

Přímé citace: 6 348

Ostatní text: 88305

Celkový počet znaků: 126 274

Počet pramenů a literatury: 74

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: BP_Rut.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: BP_Rut.doc

Seznam příloh

Příloha č.1 - Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha č.2 - Informovaný souhlas

Příloha č.3 - Kresby Anastázie během období psychospirituální krize

Příloha č.4. - Rozhovor č.1

Příloha č.5 - Rozhovor č.2

Příloha č.6 - Rozhovor č.3

Příloha č.7- Rozhovor č.4

Příloha č.1 - Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru

- Kdy jsi poprvé slyšel/a o psychospirituální krizi?
- Kdy jsi to její projevy poprvé viděla na sobě?
- Co si myslíš že ten proces spustilo a jak dlouho trval?
- Bylo pro tebe okolí podporou?
- Co ti v krizi nejvíc pomohlo?
- Víš o něčem, co jsi potřeboval/a a v důležité chvíli se ti to nedostávalo?
- Vnímáš psychospirituální krizi jako léčivý proces?
- Jak se měnila tvoje nálada?
- Viděl/a jsi, cítil/a jsi jevy co co nepovažuješ za běžné?
- Fungovaly tvoje smysly nějak jinak?
- Slyšel/a jsi v hlavě hlasy které nepatřili tobě?
- Jaká je tvoje zkušenost s psychoterapií, psychiatrickou pomocí, léky?
- Zažil/a jsi vize nebo sny, co se zdály živé a skutečné?
- Jak ses změnil/a?

- Jaký jsi byl/a předtím a jaký jsi teď?
- Jak to změnilo tvůj přístup k životu?
- Co se teď daří lépe/hůře?
- Ovlivnilo to nějakým způsobem tvé vztahy, prožívání, názory, hodnoty, postoje?
- Jak se měnilo tvoje porozumění tématům jako víra, Bůh, spiritualita....?

Příloha č.2 - Informovaný souhlas

Prohlašuji, že souhlasím se svou účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce týkající se tématu psychospirituální krize, jenž provádí student PVŠPS Vojtěch Rut. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru na diktafon a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely bakalářské práce a výzkumu a budou anonymně citovány v rámci písemné práce. Poskytnuté osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci je výzkum realizován.

.....
 Jméno

.....
 Datum

.....
 Podpis účastníka výzkumu

Příloha č.3 - Kresby Anastázie během psychospirituální krize





