

# Pražská vysoká škola psychosociálních studií



## Psychospirituální krize. Hrozba nebo příležitost?

Kateřina Siváková Jeřábková

Jednooborová psychologie  
prezenční studium

Vedoucí práce: Doc. MUDr. et PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

**Plzeň 2017**

# Prague College of Psychosocial Studies



## Spiritual emergency. Threat or opportunity?

Kateřina Siváková Jeřábková

Psychology  
Full-time study

The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
Doc. MUDr. Et PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

**Pilsen 2017**

# **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá mapováním a definováním psychospirituální krize jako možné diagnostické kategorie, jejím vlivem na člověka a jeho životní postoje, hodnoty, zdraví. Dále mapuje výzkumy zaměřené na vliv spirituality na psychické i fyzické zdraví člověka a jeho životní postoje a hodnoty a to včetně vlivu na proces uzdravování či prevenci. Práce je doplněna o průzkum mezi psychology, jehož cílem bylo zjistit jejich názor na výše uvedenou problematiku.

## **Klíčová slova:**

Spiritualita, psychospiritualita, psychospirituální krize, náboženství, mystika, transpersonální psychologie, mimořádné stavy vědomí, transpersonální zážitky, krizová intervence, psychoterapie

# **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the definition and understanding of the spiritual emergency as its possible diagnostic categories, its influence on the human being and his attitudes, values, health. It also focuses on research related to the influence of spirituality on the psychic and physical health of a human being and on his attitudes and values, including influence of spirituality on healing or prevention. The work is complemented by a survey among psychologists to find out their views on the above issues.

## **Key Words:**

Spirituality, psychospirituality, spiritual emergency, religion, mysticism, transpersonal psychology, extraordinary states of consciousness, transpersonal experiences, crisis intervention, psychotherapy

## **Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Chrástu dne.....

.....

Kateřina Siváková Jeřábková

## **Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména vedoucímu bakalářské práce Doc. MUDr. et PhDr. Janu Poněšickému, který mě k psaní této bakalářské práce inspiroval a následně mi poskytl cenné připomínky a podněty.

# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Spiritualita.....</b>	<b>10</b>
1.1 Vymezení pojmů spiritualita, religiozita, psychospiritualita .....	10
1.2 Spiritualita ve světových kulturách.....	11
<b>2 Spirituální krize .....</b>	<b>14</b>
2.1 Vymezení pojmů psychospirituální zkušenost a psychospirituální krize .....	14
2.2 Spouštěče psychospirituální krize.....	18
<b>3 Formy psychospirituální krize.....</b>	<b>20</b>
3.1 Šamanská krize .....	20
3.2 Probuzení Kundalini Šakti .....	20
3.3 Vrcholné zážitky sjednocujícího vědomí.....	21
3.4 Krize duchovního otevírání psychiky .....	22
3.5 Channeling .....	22
3.6 Návrat do středu.....	23
3.7 Vzpomínky na minulé životy.....	23
3.8 Setkání s UFO .....	24
3.9 Posedlost .....	25
3.10 Zážitky blízké smrti .....	25
<b>4 Diagnostika .....</b>	<b>27</b>
4.1 Diagnostická kritéria psychotických onemocnění .....	28
4.2 Diagnostická kritéria psychospirituální krize .....	28
4.3 Srovnání a rozdíly .....	30
<b>5 Terapeutické techniky a strategie v přístupu k psychospirituální krizi .....</b>	<b>33</b>
5.1 Krizová intervence .....	33
5.2 Terapie .....	34
5.3 Podpůrné techniky .....	35
5.4 Práce s klientem po epizodě.....	35
<b>6 Dopady psychospirituální krize na vnímání světa - trauma, rozpad původního a vznik nového světa .....</b>	<b>36</b>

<b>7</b>	<b>Potenciál a rizika psychospirituální krize .....</b>	<b>38</b>
7.1	Vliv psychospirituální krize na integritu a psychické zdraví.....	38
7.2	Nebezpečí psychospirituální krize .....	38
<b>8</b>	<b>Význam spirituality v medicíně a psychoterapii – role při léčbě duševních a fyzických onemocnění, samoozdravný proces, nebezpečí spirituality při léčbě .....</b>	<b>39</b>
8.1	Fyzické zdraví.....	41
8.2	Duševní zdraví .....	43
<b>9</b>	<b>Zařízení v ČR poskytující pomoc při psychospirituální krizi .....</b>	<b>50</b>
<b>10</b>	<b>Kritika konceptu psychospirituální krize.....</b>	<b>51</b>
<b>11</b>	<b>Psychospirituální krize z pohledu psychologa - dotazník .....</b>	<b>52</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>55</b>
	<b>Seznam literatury.....</b>	<b>56</b>



# ÚVOD

Člověk je bytostí bio-psycho-sociálně-spirituální a v každém jedinci je obsažena potřeba duchovního růstu. Dle Vašiny (2010) je dimenze spirituální součástí lidství a významným atributem psychiky člověka. Je tedy smysluplné vnímat člověka v somatické medicíně i v psychoterapii v holistickém pojetí (Ventegodt, et al. 2005). Takovýto celostní trend je ovšem ovlivňován kulturním prostředím, v němž člověk žije. Spirituální zážitek vnímaný některou kulturou jako oslavy hodný projev duchovního rozvoje, je jinou kulturou zavržen coby patologický, tedy duševní onemocnění. Hranice mezi psychopatií a normalitou je velice tenká. Psychické potíže jsou často vázány na danou kulturu, respektive geografickou oblast (Quareshi, 2013). Je tedy třeba nejprve prokázat, že se na daném území symptomatika vyskytuje.

Podoba léčby a terapie lidí, kteří procházejí spirituální krizí, je velmi diskutována v rámci konceptu psychospirituální krize. Odborníci v této oblasti nabízejí mnoho, mnohdy i alternativních, metod pomoci a terapie. Pro volbu terapie je ovšem potřebná důkladná diagnostika.

Cílem práce je zmapovat diagnostickou kategorii, která byla v roce 1994 poprvé zařazena do Amerického diagnostického manuálu DSM – IV v kategorii *additional conditions that may be a focus of clinical attention* jako *Religious or spiritual problem*, dále známá jako spiritual emergency nebo psychospirituální krize. Na území ČR není zmíněná kategorie používána oficiálně, neboť nedisponuje ekvivalentem v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-10). A dále prostřednictvím dotazníků zmapovat názory psychologů na tuto problematiku. Zjistit, zda tuto diagnostickou kategorii znají, akceptují, pracují s ní, či nikoliv.

Práce popisuje různé projevy psychospirituální krize a také diferenciální diagnostiku<sup>1</sup>. Vymezuje pojmy normalita, patologie, změněný stav vědomí.

---

<sup>1</sup> Proces v lékařském diagnostickém rozhodování, při kterém lékař či skupina lékařů stanoví na základě všech dostupných informací pravděpodobné diagnózy a z nich se následně vybírá ta nejpravděpodobnější.

# 1 Spiritualita

## 1.1 Vymezení pojmů spiritualita, religiozita, psychospiritualita

V práci používám pojmy duchovní, spirituální, náboženský, duchovní krize. Ráda bych tedy v úvodu práce tyto termíny vyznačila, respektive poukázala na jejich rozdílnost.

Označení mimořádný stav vědomí ve své knize „Religions, values, and peakexperiences“ Maslow (1976) popisuje na základě 25 znaků coby zvláštní mystickou zkušenost. Takový mimořádný stav vědomí nazývá peak experience, tedy vrcholný zážitek. Jedná se o krátký mystický zážitek, který má ale revoluční přínos pro celý život člověka. Jeho účinek je silný a hluboký, připomíná hlubokou náboženskou konverzi, která může člověka změnit navždy. Člověk více miluje, je spontánnější, volnější, upřímnější. Přiblíží se takovému rozpoložení, kdy nic nepotřebuje, o nic neusiluje, nic nepožaduje a nic si nepřeje.

Oddělit náboženství a spiritualitu není jednoduché. V rámci práce chápu spiritualitu jako prožitek duchovní, který není vázán na církev či náboženskou skupinu. Jedná se o přímou zkušenost, mimořádný zážitek, vnímání toho co člověka přesahuje, zacházení s bohem a s transcendencí<sup>2</sup>. Kontakt s božstvem není vázán na konkrétní místo ani na osobu, která by ho zprostředkovala. Jedná se o vztah jedince k vesmíru a velmi osobní záležitost.

Říčan (2007, s. 43) pohlíží na spiritualitu podobně. Spiritualitu chápe jako niterný zážitek. Náboženství je projevem vnějším, jedná se spíše o instituci, která ryzí spiritualitu poškozují.

Vaughan (2002) vymezuje spirituální inteligenci jako součást multidimenzionální inteligence. Spirituální inteligence obsahuje porozumění otázkám existencionálním, vhléd do všech úrovní vědomí, tedy hluboké uvědomění hmoty, těla, duše a života.

Náboženství je spíše organizované společenství, které vyjadřuje reálný, osobní, životní vztah k transcendentní představě či zkušenosti (Říčan, 2007). Spojení

---

<sup>2</sup> Označuje skutečnost přesahování, překračování, často ve smyslu jakéhosi nadhledu či větší obecnosti.

s původním zdrojem náboženství mnohdy ztrácí na základě soustředění na dogmata, nauku, finance, církevní hierarchii, politický a morální vliv. Že je něco náboženské samozřejmě nutně neznamená, že je to zároveň spirituální.

Svět potřebuje spíše spiritualitu než náboženství. Náboženství sice sjednocuje lidi do jisté skupiny, ale zároveň staví tuto skupinu proti jiné – to se v historii projevilo mnoha válkami – bojovalo se o to, co je pravým božským principem (Grof, 2007).

Náboženství a spiritualita mají vliv na psychologický, sociální a biologický život jedince. Například Huguelet, Koenig, & Hefti (2009) je řadí do bio-psycho-sociálního holistického náhledu na lidi a ten je tak rozšířen o nábožensko-spirituální složku. Píší, že spiritualita a náboženství mohou působit na duševní zdraví či onemocnění jedince podobně jako sociální, biologické a psychologické faktory (Hefti, 2009, s. 247).

Krise je situace, kterou nelze zvládnout a vyřešit na základě běžných strategií. Jedinec v krizi prožívá tíseň, beznaděj, nouzi, neboť požadavky na něho kladené přesahují jeho zdroje a možnosti (Vodáčková, 2002).

## 1.2 Spiritualita ve světových kulturách

Zájem člověka o sebe-přesahující procesy, spirituální a mystické zážitky je mu zcela přirozený a odráží se ve filozofických a náboženských systémech i v historii předmětu zájmu ze strany psychologie.

William James (1842 – 1910), vlivný americký psycholog dvacátého století a zakladatel psychologie náboženství, psychedelický experimentátor, se věnoval mystické zkušenosti, prožitku reality neviděného a svatosti. Tyto prožitky jsou ve spojení s pocity existence vyšší reality nevnímatelné běžnými smysly. Popis a zkoumání takovýchto stavů změněného vědomí shrnul v publikaci *The varieties of religious experience* (2004), v níž podal i popis mystického zážitku. Poukázal i na to, že existuje podobnost mezi stavem navozeným psychedelickými látkami, zážitky mystickými a zážitky spojenými s psychózami. Varuje před materialismem lékařství, který by degradoval prožitek rozšířeného vědomí na degenerativní nemoc (Lipsedge, 1996).

Psychiatr a analytický psycholog Carl Gustav Jung (1875-1961) se zajímal o gnostické tradice, alchymii, mytologii, světová náboženství a novoplatonismus, pokoušel se o odhalení pravd náboženství a v podstatě předběhl svoji dobu. Jeho přínos

byl uznán až později. Podle jeho teorie je člověk přirozeně náboženský, a pokud se od tohoto odchýlí, povede to k neurózám (Stríženec, 1996).

Spolu s Jungem prosazoval transpersonální psychologii<sup>3</sup> i italský psychiatr Roberto Assagioli (1888-1974), (Rosselli & Vanni, 2014). Uznával léčivý a transformativní<sup>4</sup> potenciál psychotického stavu. Jeho systém psychoterapie je dnes znám jako psychosyntéza. Základním předpokladem pohledu na člověka je podle tohoto systému jeho nepřetržitý růst (Janiec, Valpelt-Tess, Warren, 1999).

Freudovská teorie a behaviorismus, tedy dva přední proudy, byly ve dvacátém století doplněny o psychologii humanistickou, v čele s Abrahamem Maslowem (1908-1970). Hlavním předmětem zkoumání tohoto směru je vědomí, nitro a osobnost člověka. Hlavním výsledkem Maslowova díla je hierarchie potřeb, na jejímž vrcholu jsou právě „peak experience“, tedy vrcholné zážitky. Ty jsou charakteristické vnímáním vesmíru coby smysluplného, integrovaného celku. V průběhu „peak experience“ je vnímání člověka ego-transcendentní<sup>5</sup>, decentrované, nezávislejší a objektivnější (Maslow, 1964).

Roku 1967 došlo v Kalifornii k setkání Anthony Suitche, Stanislava Grofa a A. Maslowa, jehož cílem bylo vytvoření nové psychologie, která by obsahovala i mimořádné stavy vědomí. Tato nově vzniklá disciplína byla nazvána „Transpersonální psychologie“. Zaměřena byla i na mylné předpoklady klasické psychologie a psychiatrie v oblasti náboženství a duchovna (Grof, 2007).

Stanislav a Cristina Grofovi (1999) vyjadřují názor, že klasická tedy západní věda není slučitelná se současným pojetím spirituality. Za reálné totiž považuje pouze věci měřitelné a hmatatelné. Popírá reálnost mystických zážitků a na náboženské a mystické aktivity pohlíží jako na pověřivost, nevědomost, emoční nezralost a iracionalitu. Takové zážitky tedy zpravidla interpretuje jako psychotické jevy (Grof, Grofová, 1999, str. 19). V klasické západní medicíně tedy sebepřesahující zážitky ani spiritualita nemají místo. Napětí mezi psychiatrií a náboženstvím ovlivňuje i péči o duševní zdraví pacientů (Curlin et al. 2007).

---

<sup>3</sup> Psychologický směr zabývající se transpersonálními, transcendentními nebo spirituálními aspekty lidské zkušenosti. Pokouší se sjednotit moderní psychologickou teorii s poznatky různých forem mystiky.

<sup>4</sup> Vychází z předpokladu, že každý je ovlivněn učením z minulosti, z dětství.

<sup>5</sup> Sebepřesahující já

Proces vzniku psychospirituální krize tak můžeme chápat jako přirozené vyústění lidské potřeby k sebepřesahujícím prožitkům a ke spiritualitě, zasazené do kulturního kontextu dnešní doby, která těmto prožitkům není příliš otevřená.

## 2 Spirituální krize

### 2.1 Vymezení pojmů psychospirituální zkušenost a psychospirituální krize

Pojem psychospirituální krize je charakteristický pro české prostředí. V literatuře americké je pojmem analogickým spiritual emergency zavedený manželi Stanislavem a Christinou Grofovými. Původní anglické termíny emergency, tedy náhlá příhoda, nouze či ohrožení či emergence, tedy vývoj, vynoření se, rozvoj, vyšly z latinského emergere, tedy objevit se, vynořit se na povrch, jít vpřed. Na základě doslovného překladu z angličtiny coby metafory přístupu ke krizi objevujeme dva podstatné aspekty krize – nebezpečí a překvapivost i příležitost objevit nové možnosti (Vodáčková, 2002).

Mazak (1998) vymezuje spiritual emergence jako formu otevření se různým dimenzím a rozrušení normálních denních aktivit.

Takováto krize by neměla být vnímána jen v obecné souvislosti krize duševní. Člověk má v rámci krize možnost dostat se k duchovnímu zážitku, spirituální krize je ale spíše výjimečný přesah duševní krize obsahující spirituální a transpersonální kontext.

Zdalo by se, že termíny spiritual emergence, psychospirituální krize a spiritual or religious problem (duchovní a náboženský problém) jsou konceptem stejným, názory odborníků na ně se různí. Motl (2011) ve své kritické analýze konceptu psychospirituální krize (s. 552) dokazuje, že duchovní a náboženský problém se odlišuje od psychospirituální krize. Na rozdíl o něj Michael Vančura, zakladatel Diabasis – sdružení, které pomáhá v psychospirituální krizi, uvádí, že díky úsilí Davida Lukoffa a dalších odborníků byla v USA v aktuálním diagnostickém manuálu DSM – IV zavedena nepatologická kategorie: Duchovní a náboženský problém zahrnující tematiku psychospirituálních krizí (Vančura, 2015, s. 15).

V rámci své práce volím a uvažuji terminologii, která chápe psychospirituální krizi jako téma zahrnuté v nepatologické kategorii spiritual or religious problem. Práce Lukoffa (1998, s. 7) ukazuje, že prvotní návrh zmíněné kategorie obsahoval jednotlivé

podoby psychospirituálních krizí užívaných dnes například Vančurou (2002), do DMS – IV byla však přijata verze mnohem kratší.

V rámci své diplomové práce zpracoval pohled na krizi coby příležitost Collins (2012). Podle jeho názoru může aktuální globální nouze a degradace přírody vést k eskalaci spiritual emergence, respektive psychospirituální krize. Zdůrazněna je potřeba transformace lidského chování a kolektivního vědomí. Cestou k tomu je uvědomit si svůj transpersonální potenciál. Šrí Ramana Maharišiho tvrdí, že mystická cesta počíná v člověku díky tomu, že prozkoumá realitu mimo své ego a objeví tak skutečné Já (Jacobs, 1997, s. 449, cit. Collins, 2012, s. 114).

Krizi jako příležitost pro růst člověka vidí i Grofovi (1999b, s. 42). Tvrdí, že nejnáročnější a nejdramatičtější zážitky duchovní krize jsou zcela přirozenou součástí otevření duše a mohou tedy působit pozitivně. Proces je tedy svou podstatou transformační a ozdravný. Z nevědomí ale vystupuje i materiál patologický, který může každodenní život jedince narušit.

Dále je tu termín mimořádný stav vědomí. V rámci práce ho použiji pro označení fenoménů – psychospirituální zážitky, psychotické příznaky. Takovéto stavy vědomí jsou typické pouze pro zkušenost člověka. Maslow takové zážitky popisuje jako peak experience, Jung jako posvátné numinózní prožitky.

Abychom mohli kvalitativně studovat mimořádné stavy vědomí, je třeba oddělit zkreslení a předsudky, které pramení z těsných vzorců pro transpersonální a psychopatologické projevy (Grof, 2007). Řičan (2007, s. 252) píše, že mezi mimořádnými a běžnými zážitky není přesná hranice.

Mimořádné stavy vědomí studoval i Stanislav Grof. Ten veškeré takové stavy nazývá holotropní vědomí – z řeckých slov holos, tedy celistvý a trepein, tedy pohyb ve směru něčeho. Podle jeho tvrzení je hluboká změna vědomí způsobena patologickými procesy v mozku, intoxikací chemikáliemi, infekcemi a degenerací mozku. Zmíněné situace mohou zapříčinit mentální proměnu, tedy mimořádný stav vědomí. Ovšem většinou se jedná spíše o delirium či psychózu a ty se naší práce netýkají (Grof, 2007, s. 56).

Grof (2007) věnoval pozornost podskupině mimořádných stavů vědomí, kterým se ostatní odborníci příliš nevěnovali a byly směřovány s patologií. Holotropní vědomí

zahrnuje stavy, kdy dochází k transformaci vědomí, která je doprovázena proměnou vnímání smyslů, jinými a silnými emocemi a změnou myšlenkových procesů. Dále dochází ke kvalitativní změně vědomí, emoce jsou v poloze extatického vytržení, blaha a klidu nebo na druhém pólu emoce sahají až k hrůze a zoufalství. Intelekt není narušený, ale funguje jinak.

Holotropní vědomí je velice důležité pro v podstatě veškeré kultury v celé jejich historii. Stavy změněného vědomí byly užívány za účelem léčitelství, iniciačních obřadů, rozvíjení intuice, a mimosmyslového vnímání. Aby bylo takového stavu dosaženo, byly užity různé techniky – zvuky, hra na nástroje, tanec, sociální izolace, deprivace smyslů, jejich přetížení, prostředky fyziologické – purativa<sup>6</sup>, laxativa<sup>7</sup>, půst, byly užívány psychedelické látky, modlitby, meditace a podobně (Grof, 2007).

Z uvedeného vyplývá, že změněné i holotropní vědomí je součástí lidského života a je nutné oddělit ho od epizod psychotických či organických onemocnění, přestože takové odlišení je složité.

### **Pojetí normality**

Hartlův psychologický slovník (2009, s. 360) uvádí, že normalita je „*termín obtížně vymežitelný na obecné rovině. Nejčastěji se jedná o jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání, normě*“.

V rámci psychologie je normalita zjišťována:

- subjektivně – odhad jedince,
- sociálně - názor sociálního okolí,
- z pohledu psychiatrické diagnózy – přítomnost psychopatologických symptomů,
- funkčně – projev a chování jedince v situaci.

Dnes je i snaha vymežit normalitu systémově, počítačově, kyberneticky (Hartlovi, 2009, str. 360).

V rámci úvah o normalitě medicína často vychází z definice nemoci. Psychiatrie klade důraz na to, aby se pohybovala na pevném základu – ve sféře definované poruchy,

---

<sup>6</sup> Projímadlo

<sup>7</sup> Projímadlo



alterace<sup>8</sup>, nemoci. Pojem abnormální vymezuje jako vzdálený od normy a vychází při tom z:

- odchylky od statické normy,
- odchylky od sociální normy,
- nepříznivého vlivu na společnost či jedince – chování maladaptivní,
- subjektivního pocitu strádání (Svoboda, 2012, str. 34).

Zakladatelé pozitivní psychologie<sup>9</sup> Martin Seligman a jeho následníci se nespokojili s medicínským modelem psychopatologie. Vymezení duševní nemoci by mělo být rozšířeno o vymezení duševního zdraví, mělo by se u pacientů zjistit i to, co je u nich zdravé coby doplňující prvek redukce toho, co je nezdravé (Hackney, 2010).

Foucault má na hranici normality a patologie transkulturální názor. Choroba podle něho existuje v rámci kultury, která ji za chorobu uzná. Společnost podle něho nemocného izoluje a vypuzuje, aby se v něm nemusela poznat (1997, s. 75).

Aspektem hodnocení normality je tedy jistě nábožensko-kulturní prostředí, v němž člověk vyrůstá a které ho uznávanými normami ovlivňuje. Lékaři léčí pacienty s duševními poruchami a tito pacienti mají kořeny v rozličných kulturně-náboženských prostředích. Například společnosti v rozvojových zemích chápou některé nemoci jinak než vyspělý svět. Lékař tedy musí pochopit, jak pacient vnímá svoji poruchu, musí vědět, z jakého prostředí pacient přichází a jak je v tomto prostředí daná nemoc i její léčení vnímáno (Borras, Huguelet, 2009, s. 56).

Z uvedeného plyne, že dnešní vědecká komunita musí mít nábožensko-kulturní přehled o psychických onemocněních, pokud ho nemá, hrozí, že mystické, vrcholné prožitky odsoudí jako patologické.

---

<sup>8</sup> Změna, porucha, poškození nemocí nebo prostředím.

<sup>9</sup> Věda zabývající se studiem pozitivních emocí (radost, štěstí, láska, naděje) a kladných životních zážitků a zkušeností (optimální prožívání – flow). V centru její pozornosti je také výzkum pozitivních individuálních vlastností a rysů osobnosti (optimismus, zvědavost, nezdolnost, smysl pro humor) a hledání faktorů, které se uplatňují v pozitivně fungujících společenstvích a institucích.

## 2.2 Spouštěče psychospirituální krize

V průběhu zkoumání psychospirituální krize se někdy povede definovat situaci, která v tuto krizi vyústila. Podoba spouštěče nemusí mít nic společného s podobou krize. Rozlišení spouštěcího mechanismu krize není ani podmínkou její diagnózy (Vančura, 2002).

Grofovi (1999) vymezují následující nejčastější spouštěče:

1. Spontánní objevení příznaků z vnitřních zdrojů – počátkem proměny je pocit nespokojenosti, nedostatku. Člověku schází něco, co nedokáže popsat, cítí prázdnost.
2. Ohrožení života – nehoda, nemoc, operace. Spouštěčem může být obava ze ztráty sebekontroly. Nečekaná událost narušuje plány člověka.
3. Nadměrná fyzická zátěž, nedostatečný spánek – například poutní putování, uvíznutí v přírodě a podobně.
4. Perinatální události v případě žen - potrat, porod, interrupce. V průběhu porodu nastává biologické oslabení a jsou reaktivovány perinatální vzpomínky.
5. Silný sexuální zážitek.
6. Intenzivní emoce – úmrtí blízké osoby, rozvod, rozchod – oslabení psychické obranyschopnosti.
7. Mnohočetnost životních nezdaru – ztráta majetku, zaměstnání... Dochází ke ztrátě motivace a stažení se do sebe. Nevědomé procesy pronikají na základě toho do vědomí.
8. Meditace a podobné duchovní praktiky, jejichž cílem se aktivace spirituální energie a jež jsou praktikovány systematicky – zen, buddhistická meditace, kundalini jóga, křesťanské modlitby, sufistická cvičení, klášterní kontemplace.
9. Užívání psychedelických látek.
10. Sezení zážitkové skupiny.
11. Pád ego obran – ztráta zažité struktury a tedy ochrany před chaosem.
12. Kombinace zmíněných faktorů.

Emma Bragdon (1993) na základě provedených kazuistik a svých terapeutických zkušeností uvádí, že spirituální zážitek může přijít v jakémkoliv čase, či období. Mohou ho prožít lidé v jakémkoli věku – děti, adolescentů i dospělých. Ke spouštěčům ještě doplňuje:

13. Temná noc duše – existenciální setkání člověka s nesmyslností. Potkává jedince, kteří dosáhli materiálních cílů, nejsou však vnitřně spokojeni.

14. Zážitek blízké smrti – klinická smrt. Po takovém zážitku následují osobnostní změny:

- uznání boha,
- vnitřní mír,
- touha posloužit lidstvu.

15. Emoční zátěž – emoční zranitelnost způsobuje přenos nevědomí do vědomí.

16. Užití substancí.

- Alkohol – spirituální zážitek spíše nepodněcuje. Jeho požití pomáhá vypnout racionální myšlení a otevírá cestu k popřeným emocím, pocitům, myšlenkám a zážitkům.
- Marihuana – jedná se o opiát, psychedelikum. Vyvolává nové zážitky a vjemy. Může proto vyvolat i spirituální zážitek. Záleží na dávce, kvalitě a způsobu užití.
- Opiáty – morfin, heroin, opium – stimulují fantazii a představivost, vedou ke zkušenosti out-of-body. Uvážené použití pomáhá proti bolesti.
- Emfatogeny – MDMA, extáze – facilitují spirituální zkušenost. Jsou katalyzátorem psychického otevření, spouštěčem psychospirituální krize. Záleží na dávkování.

Existují důkazy, že za touhou po drogách a alkoholu je neuvědomělá touha po celistvosti a transcendenci. Závislí popisují stálé hledání neznámého, hledání toho, co by je naplnilo. Tuto potřebu se snaží uspokojit tím, že zneužívají alkohol, drogy, moc, vztahy, jídlo a podobně (Jung, 2000).

Právě Jung srovnával touhu po alkoholu s duchovní žízní po jednotě s bohem a po celistvosti (Jung in Finlay, 2000).

## **3 Formy psychospirituální krize**

### **3.1 Šamanská krize**

Šamanismus je jedním z prvních náboženství světa. Jeho počátky sahají až do starověku, přetrvává dodnes. Šaman, v daném společenství chápáný jako přírodní léčitel, prochází během léčby a věštění extatickým a asociativním prožitkem (Boehnlein, 2000).

Šamanská krize je také nazývána krizí iniciační a projevuje se dramatickou epizodou mimořádného stavu vědomí. Ta je přítomna v počátcích kariéry šamana. Její průběh je dramatický, až život ohrožující - nemoci, setkání se smrtí, fyzické utrpení. Popisováno je také často setkání s totemovým zvířetem či konfrontace se zlými duchy a démony. Cílem takové zkušenosti je vstup do mimořádného stavu vědomí, získání nových informací potřebných pro léčbu (Eliade, 1964 et al. in. Park, 1990).

V případě, že člověk, který nevyrostl v šamansky blízkém prostředí Amazonie, prožije šamanskou aktivitu během ayahuasca ceremoniálu (rituál při kterém se užívá rostlina se silně psychedelickými účinky) riskuje vypuknutí psychospirituální krize na základě nedostatku kulturní podpory (Lewis, 2008).

### **3.2 Probuzení Kundalini Šakti**

Podle Vančury (2002) je nejčastější podobou psychospirituální krize probuzení hadí síly, tedy energie Kundalini. Kořeny tohoto konceptu jsou v indické spirituální tradici. Podle ní je Kundalini tvořivá energie reprezentující princip ženství. Probuzení síly Kundalini je podkladem pro rozličné podoby dramatických spirituálních, psychosomatických i emočních projevů, které by západní medicína snadno považovala za psychopatologické projevy. Kundalini je považována za energii vhodnou k léčbě psychosomatických potíží a také k rozvoji vědomí. Je však doporučeno, aby byl proces jejího probouzení veden někým zkušeným.

Greenwellová (2002) tvrdí, že Kundalini se v západní společnosti projevuje dramatičtěji než ve východních zemích – tam jsou na takové stavy lépe připraveni a také

je zde k dispozici zkušený průvodce – guru. Dále uvádí projevy probuzení energie Kundalini:

- Pránická aktivita (krije) – nedobrovolný pohyb těla, vibrace, chvění, brnění, návaly energie.
- Fyziologické problémy – projev skryté nemoci, zdánlivé problémy se srdcem, poruchy trávení a nervového systému, bolest páteře, hlavy, hyperaktivita, či letargie.
- Jogínské fenomény – nedobrovolné zaujetí poloh jógy, produkce tónů a zpěvu, znalost slov sanskrtu, která člověk dříve neznal, pohyby rukou tzv. mudra.
- Emoční a psychologické projevy – obavy ze smrti a šílenství, kolísání nálady, prožívání úzkosti, viny, či lásky, hněv, deprese.
- Zážitky mimosmyslové - pseudopsychotické symptomy – vjemy hlasů, světla, až upadnutí do transu.
- Zážitky parapsychologické – prožitek rozšířeného vědomí, schopnost čtení myšlenek, či léčitelství, psychokineze.
- Osvícení – přichází pocity míru, klidu, moudrosti, blaženosti.

### **3.3 Vrcholné zážitky sjednocujícího vědomí**

Stavy nadpřirozeného vědomí se zabýval Abraham Maslow a byl v tomto směru jedním z mála uznávaných odborníků. V jeho spisech je popsána i kategorie mystického prožitku „peak experience“. Takový prožitek je typický rozvolněním osobních hranic, pocity sjednocení s bohem, vesmírem, přírodou a ostatními lidmi. Maslow zároveň zkritizoval tradiční západní psychiatrii, která označuje takovéto mystické prožitky za duševní onemocnění. Maslow potvrdil, že takové zážitky se dostávají i v případě zcela vyrovnaných a normálních osob, a také že pokud má taková osoba možnost celý proces dokončit, vede takový prožitek ke značnému zlepšení kvality jejího života.

Podle Maslowa (1976, in Vančura, 2002, s. 344) je mystický zážitek složen z těchto aspektů:

- pocit jednoty – vnitřní prožitek sjednocení,
- transcendence prostoru a času,
- numinozita – svět je posvátný, není banální,
- nevyjádřitelnost,

- paradoxnost,
- změna prožitku reality, jakoby probuzení ze snu,
- pozitivita emocí,
- pocit míru,
- extáze podobná orgasmu.

Existuje řada možností a okolností takového prožitku. Jedná se například o pohlcení na základě vnímání něčeho výjimečného – místo v přírodě, plavba na oceánu, táboření. Možností je i vnímání uměleckého díla. Murphy (1978) se zabýval tímto prožitkem v případech sportovců.

### **3.4 Krize duchovního otevírání psychiky**

V průběhu krize duchovního otevírání psychiky prožívá jedinec zážitky mimosmyslového vnímání a parapsychologické jevy, které mohou obsahovat i jevy telepatické. Ty Jung (1994, s. 114) označuje za nepochybné skutečnosti a řadí mezi ně i prekognice, tedy předpovídání budoucnosti a věštění.

Jedinec je zahlcen psychickými informacemi. V tomto typu krize se u jedince vyskytuje i inflace, tedy nafouknutí ega (Wickland et al., in Perry, 1990).

Takové zážitky jsou pro jedince nové a mohou tak být spojeny se strachem či úzkostí z duševní choroby. Je tedy terapeuticky na místě nalézt rámec myslí vhodný k akceptaci rozšířeného vědomí (Wickland et al., in Perry, 1990).

### **3.5 Channeling**

Další formou psychospirituální krize je channeling. Jedná se o dorozumívání s duchovními průvodci v průběhu transpersonálního zážitku. Jedinec se setkává s bytostí, která jeví zájem o osobní vztah a staví se do pozice učitele, průvodce, ochránce, který představuje zdroj informací předaných formou channelingu.

Takováto osoba předává tyto informace na základě automatického psaní či opakování telepaticky sdílené myšlenky. K předávání informace dochází v transu. Takovýto původ mají i některé duchovní spisy a nauky jako například Korán, Kniha Mormon, části Bible a staroindické vědy (Grof, Grof, 2002, s. 47).

Podstatným terapeutickým krokem je podobně jako v dalších typech psychospirituální krize podle Vančury (2002, s. 36) nalezení pozitivního rámce, který odstraní obavy z patologie. Klientovi hrozí inflace ega, tedy pocitu, že je vyvolený a výjimečný.

### **3.6 Návrat do středu**

Jedná se o aktivaci centrálního archetypu, která vede k probuzení. Tuto podobu krize popsal kalifornský psychiatr, jungián a zakladatel Diabasis John Weir Perry.

Návrat do středu se projevuje velice intenzivně a hluboce, proto ho psychiatři nejčastěji zaměňují za duševní onemocnění.

Podle Grofa (1999b) je jedinec ponořen do světa mýtů, prožívá sebe sama jako střed všeho dění. Prožívá proces obrození, je naplněn energií. Prožívá boj zla a dobra, který rozhoduje o osudu světa.

Perry (in Grof, 1999b) zaznamenal následující opakující se témata:

- souboj zla a dobra,
- zaujetí smrtí,
- komunikace se zemřelými,
- spojení s posmrtným životem,
- prožitek zbožštění,
- podoba alchymická.

Grof popisuje i završení a integraci procesu obnovy, kdy se dostaví vize ideálního světa a společnosti založené na spravedlnosti a lásce, tedy přemožení zlého.

Úspěšnost zpracování prožitků je závislá na kvalitě ega, porozumění a podpoře jedince okolím. I zde může být proces narušován inflací ega.

### **3.7 Vzpomínky na minulé životy**

Esenciální otázkou vyvolanou takovými zážitky je, proč se člověk domnívá, že jeho život počíná početím a je ukončen smrtí (Grof, 2007).

Jedná se o zážitky transpersonální. Jejich součástí je pocit, že člověk již něco podobného viděl – dějá vu, či zažil – éjá vécu. Takový zážitek probouzí víru v reinkarnaci a karmu.

Prožitek minulého života a karmický vzorec poskytuje velice bohatý léčivý materiál. Na základě karmického pozůstatku lze totiž vysvětlit různé obavy, špatné vztahy s lidmi, somatické příznaky i povahové rysy. Prožitky často působí iracionálně a nesrozumitelně. Je třeba je proto vědomě a plně prožít. To ovšem západní civilizace a ateisté často nedokážou (Grof, 2007, s. 89). Terapie by měla mít podobu přijetí reality, že člověka může ovlivnit i to, co neprožil v „aktuálním“ životě (Vančura, 2002, s. 73).

### **3.8 Setkání s UFO**

Jedná se většinou o osobní zkušenost s komunikací či kontaktu s cizí bytostí, popřípadě zážitek únosu ze strany takové bytosti. Takový únos je popisován jako vítaný a klidný, nebo i invazivní a nedobrovolný (Vančura, 2002).

Při rozhovoru s klientem je třeba netestovat jeho důvěryhodnost, ale vyjádřit mu podporu (Vančura, 2002).

Ti, kdo takovou krizi prožili, popisují zpravidla následující stadia:

- ztráta kontroly,
- vidění světla,
- přijetí na meziplanetární prostředek,
- přeprava do cizí civilizace,
- setkání s bytostmi UFO,
- telepatická komunikace,
- zkoumání, bolestivé zákroky.

Popis připomíná iniciační rituál a podobá se modernímu pojetí šamanské krize. Při terapii je podstatné zmírnit inflaci ega způsobenou vírou ve vlastní výjimečnost (Grof, 2004).

Grof (2004) uvádí, že zážitek setkání se s UFO může zapříčinit závažnou intelektuální a emoční krizi. Ta si žádá vysvětlení, neboť lidé vidí problematiku UFO většinou z následujících alternativ:



- skutečná návštěva kosmického plavidla,
- Podvod,
- záměna s přírodními úkazy,
- psychologická halucinace.

### **3.9 Posedlost**

Vančura (2002) vymezuje stav posedlosti jako oddělení se jisté součástí Já a její potlačení do nevědomí. Oddělení má různou intenzitu. Jedná se podle něho o následek traumat prožitých v dětství (například zneužití), respektive o vyrovnávání se s nimi.

Terapie takových jedinců připomíná exorcismus katolické církve. Posedlý jedinec prožívá stav zachvácení těla i duše, či jeho kontrolování jinou bytostí, nebo energií. Projevy jsou často psychopatologické, kdy není neobvyklé protizákonné a antisociální chování, agresivita, sebedestrukce, deviantní chování, abúzus, či sexuální promiskuita. Fyzicky se posedlost zpravidla projevuje démonickým výrazem v obličejí. Postižený může i zvracet, dusit se, nebo mít horečku. Tyto symptomy mohou vést k odmítnutí postižených jedinců nejen rodinou, ale dokonce i terapeutem (Grof, 2002).

Pokud jsou tyto stavy dobře léčeny, mohou mít významné transformativní a léčivé účinky (Grof, 2002).

### **3.10 Zážitky blízké smrti**

Zážitky spojené s umíráním a smrtí popisují duchovní texty, lidové tradice i světová mytologie. Na posmrtný život se zaměřují texty posvátné jako Tibetská kniha mrtvých, Egyptská kniha mrtvých či evropská obdoba *Ars Moriendi*, tedy *Umění Umírání* (Grof, 2004).

Západní kultura změnila vnímání posmrtného zážitku na základě knihy Raymonda Moodyho *Život po životě* (2004). Kniha shrnuje výpověď 150 lidí prohlášených za klinicky mrtvé, kteří se do života vrátili a svoji zkušenost popsali.

Moody (2004) na základě jejich výpovědí společné prožitky umírání a smrti shrnuje a uvádí, že nejvýraznějším pocitem po návratu je nevyjádřitelnost zážitku slovy. Co se však dá popsat, jsou opakující se atributy prožívání v době klinické smrti, kdy

lidé uvádějí, že slyšeli lékaře a sestry konstatovat svoji smrt. Prožívali u toho však pocity klidu a míru. Vnímali neobvyklé zvuky, viděli temný tunel a pociťovali oddělení se od těla, které zůstávalo na původním místě. Setkali se s neznámými světelnými bytostmi, ale i s blízkými, kteří byli tou dobou již po smrti. Vnímali, že rekapituluji svůj život a někam se vzdalují. Následně pak prožili návrat do těla a do života.

Tato podoba psychospirituální krize vede k ocenění života, otevřenost lásce, zájem o materiální bohatství naopak ustupuje (Vančura, 2002).

## 4 Diagnostika

### Prevalence<sup>10</sup>

Manželé Grofovi (1999, s. 44) tvrdí, že výskyt poruch, které mají spirituální původ, má v současnosti rostoucí tendenci. Toto je v přímé úměře k tomu, že narůstá i počet těch, kdo vědomě, ale i nevědomě hledají cestu k naplněnějšímu životu.

Průzkum Shafranske a Maloney 1990 (in Allmon, 2013 s. 538) uvádí, že jejich klienti často svou osobní zkušenost vyjadřují v náboženském jazyce a minimálně jeden z šesti z nich hovoří o tématu zahrnujícím spiritualitu či náboženství.

Studie, kterou provedl Lannert 1991 (in Lukoff 1998, s. 2), zmiňuje, že psychologové v průběhu svých terapií věnují čas i spirituálním a náboženským tématům. Lukoff at al. (1993) pak píšou, že odborníci na duševní zdraví považují náboženství za o mnoho méně podstatné než jejich pacienti a populace obecně. Psychologové a psychiatři jsou v otázce náboženství spíše nezúčastnění. Více než polovina z nich se označuje za ateisty či agnostiky, v běžné populaci se jedná jen o 1 – 5 %.

Vančura (2002, s. 331) tvrdí, že diagnóza psychospirituální krize je možností pro cca 15% psychotických pacientů v ambulancích i psychiatrických zařízeních. Tento odhad je shodný v ČR i USA. Číslo však nijak nnesvědčí o výskytu v populaci celkově. Je tedy velice složité odhadnout, kolik osob vlastně prošlo či prochází psychospirituální krizí.

Takový odhad je složitý z mnoha důvodů. Například jejich zkušenost nedošla tak daleko, že by šlo přímo o krizi nebo osoba nevěděla, kam se jít poradit. Nebo měla z neobvyklých zážitků strach – jsou zde obavy, že by taková osoba byla označena za blázna a došlo by tak k jejímu vyloučení ze společnosti. Je tedy otázkou, kolik osob by pomoc vyhledalo, pokud by takové obavy neměli (Vančura, 2002, s. 331).

---

<sup>10</sup> Jeden ze základních ukazatelů v epidemiologii a epizootologii, je podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Je vztažena k určitému časovému okamžiku (momentu) a obvykle se vyjadřuje v procentech.

## 4.1 Diagnostická kritéria psychotických onemocnění

Celá historie medicíny je protkána potřebou klasifikovat duševní poruchy, což nebylo nikdy snadné. Neshody byly zejména o to, kterou poruchu zahrnout či podle jaké metody je zorganizovat. Diagnostické nástroje se lišily tím, jak kladly důraz na etiologii, fenomenologii, definování onemocnění. A dále i v tom jestli manuál použít v prostředí klinickém, k výzkumu či statistice (APA, 2000).

Pokusy o ujednocení klasifikace v psychiatrii dovedla Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) k vytvoření *Mezinárodní klasifikace nemocí* v (ICD). Dnes je užívána její desátá revize v České republice známá pod zkratkou MKN – 10. Američtí psychiatři s ICD nesouhlasili, podle jejich názoru neodpovídalo požadavkům klinické praxe a výzkumu. A tak v roce 1952 byl vytvořen DSM – I *Diagnostický a statistický manuál duševních chorob* s detailními popisy jednotlivých duševních chorob spolu s vysvětlujícími slovníčky (APA, 2000).

DSM je založena na charakteristice symptomatiky duševních onemocnění. V její třetí revizi z roku 1980 je představena řada podstatných metodologických novinek. Například multitaxální systém, kritéria diagnostiky, nebo deskriptivní přístup, který cílí na neutrální vztah k etiologii (APA, 2000).

Task Force a pracovní skupiny DSM provedly třífázový empirický proces, který zahrnoval:

1. systematický přehled dostupné literatury,
2. reanalýzu již shromážděných dat,
3. rozsáhlé cílené pokusy (APA, 2000).

Nové diagnózy tedy byly do DSM-IV zahrnuty až po výzkumu, který ukázal jejich opodstatnění. Některé mentální nemoci nelze dostatečně klasifikovat, proto jsou na hranici specifických kategorií označeny jako Not Otherwise Specified (APA, 2000).

## 4.2 Diagnostická kritéria psychospirituální krize

Ve sféře psychologické diagnostiky je psychospirituální krize kategorií novou. Nabízí ale možnost chovat se nenormálně, mít nenormální zážitky a přitom být

normální, nikoli duševně nemocný. Je však zapotřebí v podstatě překročit tradiční a velmi zúžený rámec.

Nutnost akceptovat a uznat nový koncept je podstatná z mnoha hledisek. Adekvátní terapii musí bezpodmínečně předcházet správná, adekvátní diagnostika. Nesmyslné by bylo popřít praktické i teoretické poznatky tradiční psychiatrie, ale i považovat všechny jevy v současnosti označené jako psychotické za psychospirituální krizi s léčivým účinkem. Vyvarovat je se třeba patologizaci spirituálních a mystických prožitků, ale i glorifikaci psychotických stavů či dokonce přehlížet vážný zdravotní problém.

Lukoff (1985) definoval kritéria identifikace jedince se spirituálními problémy jako aspekty spojené s psychospirituální krizí. Jedná se o následující kritéria:

- pocit nových vědomostí,
- změny percepce,
- neobvyklé smyslové a pohybové pocity, které jsou spojeny s tématem mythologie,
- metaforická, ale přesto srozumitelná řeč.

Pozitivní výsledek bude mít taková epizoda v případě, že jsou splněna alespoň dvě z těchto kritérií (Lukoff, 1985):

- správné fungování před epizodou, tedy doklad absence předcházejících psychotických epizod,
- udržení přátel, vztahu s opačným pohlavím,
- úspěch v povolání či škole,
- počátek příznaků v méně než 3 měsících,
- stresovým spouštěčem psychotické epizody je například závažná životní situace jako například smrt blízké osoby, ztráta zaměstnání, rozvod, ekonomická krize, nové zaměstnání,
- pozitivní postoj k této zkušenosti coby smysluplné a růst podporující. Takovýto postoj usnadňuje integraci této zkušenosti.

### 4.3 Srovnání a rozdíly

Podle manuálu mentálních poruch Americké psychologické asociace (APA) DSM-III R (1987) zahrnují psychotické symptomy následující:

- halucinace,
- bludy,
- volnější asociace a inkoherence,
- nelogičnost uvažování,
- katathonní a nelogické chování.

Je tedy zřejmé, že zmíněná kritéria neodlišují halucinace a bludy psychotiků od zkušenosti spirituální a spirituálních vizí. „Slovní salát“ typický pro psychotiky nebyl odlišen od řeči těch, kdo se snažili vyjádřit noetickou kvalitu zkušenosti spirituální. Katathonie psychotiků nebyla odlišena od potřeby ticha a samoty lidí prožívajících psychospirituální krizi. Dezorganizované chování nebylo odlišeno od chování bizarního typického pro zkušenost kundalini. Na základě DMS – III nebyly takové rozdíly vysvětleny. Jakýkoli Grofem popsany základní vzorec psychospirituální krize, vymezil jich šest, může tedy být zaměněn s příznaky psychopatologie. Toto ukazuje i následující přehled (Bragdon, 2006, s. 93). Uvádím vždy nejprve podobu psychospirituální krize a poté kritéria vymezená DMS – III pro duševní chorobu.

#### 1. Probuzení kundalini – psychospirituální krize

- Energičnost
- Třes
- Pocit chladu či horka
- Chvění a křeče
- Smích a pláč
- Neobvyklé dýchání
- Vize světa

#### DMS

- Hyperaktivita
- Manický syndrom
- Poškozené fyzické funkce – porucha konverze

## **2. Šamanské cesty - psychospirituální krize**

- Sný a vize
- Pocit spojení s přírodou a zvířaty
- Psychická zkušenost smrti a znovuzrození

### **DMS**

- Myšlenky na smrt
- Ztráta zájmu a deprese
- Somatické bludy

## **3. Změna aktivace centrálního archetypu**

- Zabývání se smrtí, znovuzrozením
- Soustředěnost na souboj protikladů

### **DMS**

- Halucinace a bludy
- Myšlenky na smrt
- Deprese

## **4. Psychické otevření**

- Mimosmyslové vnímání
- Halucinace – mimotělní zkušenost

### **DMS**

- Bludy a halucinace

## **5. Karmické vzorce**

- Zkušenost v jiné časoprostorové dimenzi

### **DMS**

- Halucinace a bludy

## **6. Stav posedlosti**

- Energičnost
- Emocionální projevy
- Somatické následky – nemoc, závislost

## **DMS**

- Bludy a halucinace
- Ztráta a poškození psychických funkcí
- Dezorganizované chování
- Hyperaktivita
- Mánie

Je tedy na místě zmínit, že je pro kliniky velice těžké odlišit psychospirituální krizi od psychopatologie. Především se jedná o pacienty s disociativní poruchou. Ti totiž zažívají právě nezvyklé tělesné pocity, sny a vize, změnu identity a vnímání časoprostoru. Je tedy třeba, aby zde byla otevřenost k tomu, že takové příznaky mohou značit psychospirituální krizi a nikoli psychopatologii. Podobnost vizí a smyslových prožitků jejich odlišení komplikuje. Je tedy třeba vymezit i další kritéria pro jejich odlišení (Bragdon, 2006).

## **Psychospirituální krize v MKN – 10**

Pro diagnostiku nemocí se v Evropě, tedy i v ČR, užívá *Mezinárodní klasifikaci nemocí* 10. revizi (Psychiatrické centrum, 2006). Ta však neobsahuje diagnostickou kategorii psychospirituální krize. Povědomí o tomto konceptu je tedy pro diagnostiky a další odborníky složitější než je tomu v USA.

Praxe a výzkumy poukazují na fakt, že u nás bývá psychospirituální krize zaměňována s mnoha psychiatrickými diagnózami – psychózou, bipolární a afektivní poruchou, ale i s diagnózami nepsychiatrickými – neurologické obtíže či epilepsie (Macháčková, 2008; Greenwellová, 2002).



## 5 Terapeutické techniky a strategie v přístupu k psychospirituální krizi

Popíše především transpersonální východisko pomoci. Tento terapeutický přístup je založen na předpokladu, že životu člověka není vlastní ne-spokojenost a případná ne-spokojenost pramení z oddělení se od kořenů. Proto se tento přístup zaměřuje na návrat k nim. (Vančura, 2002, s. 348).

Vančura (2002) tvrdí, že ten kdo pomáhá, musí klienta pochopit, být otevřený, psychospirituální krizi by měl vnímat jako přirozenou.

Manželé Grofovi (1999a) upozorňují na důležitost poskytnout danému jedinci pozitivní vnímání jeho prožitku a informovat ho o procesu, který probíhá. Za nejdůležitější považují, aby jedinec neměl pocit, že je nemocný a mohl tak poznat léčivý účinek probíhající psychospirituální krize.

### 5.1 Krizová intervence

Lukoff vymezil v práci s jedince v psychospirituální krizi devět intervencí.

#### • Normalizuj

✓ Terapeut se zaměřuje na poskytnutí rámce, v němž je možné prožitkům porozumět a najít jejich smysl. S tím, že klade důraz na to, aby duchovní a náboženské zážitky nebyly patologizovány.

#### • Vytvoř terapeutický zásobník

✓ Terapeut klienta podporuje a pomáhá mu krizi přijmout s láskou, aniž by se ji snažil zastavit. Terapeut by měl být vřelý, citlivý, empatický a znalý procesu krize.

#### • Pomoz minimalizovat zátěž

✓ Terapeut se snaží ochránit klienta před nadměrnou stimulací, která je bolestivá a do procesu zasahuje.

#### • Přeruš dočasně spirituální aktivity klienta

✓ Terapeut vede klienta k tomu, aby přerušil modlitby či meditace, které by mohly krizi katalyzovat.

#### • Využij terapii pro uzemnění

✓ Terapeut pomáhá klienta tělesně ukotvit v realitě a přítomnosti.

- **Doporuč uzemňující stravu a zruš půst**

✓ Terapeut by měl poučit klienta a stravě, která mu může s uzemněním pomoci. Což je celozrnná strava, mléčné výrobky, zelenina. A poučit ho o tom, že stimulanty jako kofein, cukr, nikotin, alkohol a drogy mohou průběh krize zhoršit.

- **Podpoř uzemňující aktivity**

✓ Stejně tak by měl terapeut doporučit klientovi aktivity, které mohou průběh krize zmírňovat, jako například zahradnictví, úklid, ruční práce, vaření. Podobně fungují i procházky, které navrací klienta do jeho těla.

- **Podpoř tvůrčí činnost**

✓ Terapeut pomáhá klientovi i s vyjádřením zážitků z probíhající krize. Dobrým prostředníkem pro jejich vyjádření jsou například malování, či hudba.

- **Zvaž medikaci**

✓ Například Perry (in Lukoff) medikaci odmítá, protože klienta jen brzdí. Proces krize se tedy nedokončí. V případě silné úzkosti jsou však antipsychotika nutná. Je tedy nutné, aby terapeut posoudil, zda je klient schopen krizi dokončit.

## 5.2 Terapie

Kromě krizové intervence je vhodné, aby klient docházel na terapii. Pro doporučený terapeutický postup Vančura (2002, s. 350- 351) používá termín provázení:

- vyloučení zdravotních komplikací a příčin organických,
- zvažení farmakoterapie,
- tvorba bezpečného rámce pro zážitek krize,
- být průvodcem či najít společníky – být empatický,
- vytvoření spirituálně – pozitivního rámce,
- edukovat klienta o tom, co se s ním děje,
- katarze,
- uzemnění,
- oční kontakt, popřípadě dotyk,
- udržet klienta v kontaktu s jeho tělem a okolím,
- nenarušit intimní zónu,
- podpořit kreativní ztvárnění procesu krize,
- podpořit kontakt s lidmi s podobnou zkušeností,

- podpora rytmických aktivit,
- zaměřit se na spojení se světem,
- rituály zaměřující pozornost,
- plánování dalšího postupu – dlouhodobá péče, hospitalizace.

### **5.3 Podpůrné techniky**

Pokud se člověk nachází v krizi, ve stavu, kterému nerozumí a mohlo by se jednat o krizi psychospirituální, je vhodné učinit následující kroky (Bragdon, 2003).

Promluvit si s lékařem, či s někým, kdo o průběhu a podobách psychospirituální krize něco ví a mohl by se stát jeho průvodcem. Nezůstávat s problémem o samotě a společně s průvodcem zodpovědět otázky, zda cítí touhu se zabít, či si ublížit, má depresi a strach. Zda je nervózní, má potíže se spánkem, nebo přijímáním potravy? A co může udělat pro zlepšení svého stavu? Zde je pak důležité posoudit, zda potřebuje medikaci, či sociální a terapeutickou podporu, protože se cítí osamocený a odcizený od přátel a rodiny. Dále je nutné nalézt odpověď i na to, co je pro něj v daný okamžik důležité a jak toho může docílit. Většinou mívají lidé v této situaci nenaplněné základní potřeby, a proto je nutné hledat způsob, jak jejich uspokojení zajistit. Ověřit, zda může tento člověk za daných podmínek fungovat v zaměstnání, má zajištěné bydlení a stravování. Nebo potřebuje podporu okolí, chybí mu finance, možnost odpočinku, nemá režim běžných aktivit (Bragdon, 2003).

Po analýze situace je nezbytné vypracovat plán a ten následně dodržet. Vhodnými doplňkovými aktivitami, které přinášejí v dané chvíli relaxaci a úlevu jsou cvičení, hudba a masáže (Bragdon, 2003).

### **5.4 Práce s klientem po epizodě**

Po prodělané psychospirituální krizi je třeba, jak jsem již zmínila výše, klientovi ozřejmit, co prodělal, že se nejedná o onemocnění.

Je také třeba zvážit, zda klient potřebuje následnou dlouhodobější péči. V případě že ano, je toto třeba naplánovat a plán dodržet. Případně podávat lékařem nastavenou medikaci v podobě antipsychotik (Bragdon, 2003).

## **6 Dopady psychospirituální krize na vnímání světa - trauma, rozpad původního a vznik nového světa**

Psychospirituální krize je spouštěčem rozsáhlého transformačního procesu, který vede ke změně osobnosti a celkového přístupu člověka k životu (Lukoff, 1998, s. 56). Dochází k duchovnímu probuzení. Proces je ve své podstatě osvobozující, provází ho však i psychická či dokonce fyzická bolest. Jedná se o důsledek transformace psychické, fyzické i mentální (Jyoti, 2006, s. 69).

V případě psychospirituální krize jedinec tento transformační proces musí podstoupit, je vytržen ze známého světa a není na toto vytržení předem nijak připraven. Nevyhnutelná je tedy destrukce starého světa. Ta je spojena s pádem starých hranic, struktur a limitů. Transformace je spojena s emočním vypětím. Realita se ztrácí, klient jakoby ztrácí známý domov. Je třeba obětovat vše nepotřebné a falešné, získáno je ovšem osvobození, extatická radost, ale přichází i žal a smutek způsobený ztrátou. Traumatizace způsobená ztrátou starého a vznikem nového se projevuje v následujících oblastech:

- Vztahy – duchovní probuzení mění vztah k lidem. Dostavuje se například soucit, empatie, tolerance a pochopení. Dochází k destrukci povrchních, falešných, omezujících a zbytečných vztahů. Klient nepotřebuje někam patřit, často opouští rodinu, přátele, partnera. Ti tomu samozřejmě nerozumí. Přetrvávají jen hluboké a pravdivé vztahy. Klientovi toto přinese pocit osvobození.
- Fyzická oblast – fyzické symptomy obvykle souvisí s šamanskou krizí a Kundalíní. Jedná se zpravidla o bolesti hlavy, slabost, migrénu, malátnost a podobně. Klient se o své zdraví může obávat, vyšetření lékařem ovšem většinou vyjde negativně (Jyoti, 2006, s. 32). Je dobré navštívit proto i holistického lékaře.
- Transformace vlastní osobnosti – jedná se o nejmarkantnější proměnu. Dochází k destrukci Ega a vzniku nového. Nové Ego je pružnější (Grof, 2004, s. 36). Klient například mění způsob vyjadřování, mění se i jeho vkus, chutě a podobně. Může se jednat o oživení zvyků z „minulých životů“. Klient se může dočasně cítit osamoceny – mění se jen on, ostatní jsou stejní jako dříve. Objevuje ale nové lidi, vztahy, tvoří si nový svět.

- Transformace hranic světa – Padají staré hranice vnímání světa. Svět má nové rozměry. Nejprve se však klient ocitá v chaosu. Poté však objevuje svět nový a transformace je dokončena (Grof, 2004).

## **Trauma**

Prožitek změny je nesdělitelný, což je samo o sobě traumatizující. Klient toto nedokáže popsat, ostatní jeho proměnu nechápou či odsuzují (Bragdon, 1988).

Trauma vzniká i případnou nevhodnou hospitalizací, nebo může souviset i se ztrátou starých hranic, limitů. Na základě takové traumatizující ztráty se ale otevírají zcela nové možnosti (Bragdon, 1988).

## **7 Potenciál a rizika psychospirituální krize**

### **7.1 Vliv psychospirituální krize na integritu a psychické zdraví**

Úspěšně absolvovaná psychospirituální krize má na jedince, který jí prošel, většinou pozitivní vliv, jenž se projevuje na mnoha úrovních jeho života. Jako nejnápadnější změna se jeví robustnější psychika, vyšší odolnost vůči stresu a tím i lepší zvládnání zátěžových situací vyplívajících ze života. Je-li tento člověk postižený nějakým fyzickým onemocněním, obvykle lépe spolupracuje při léčbě a ta mívá lepší a úspěšnější průběh. Podobně se projevují důsledky úspěšně zvládnuté psychospirituální krize i v prevenci, či léčbě návykových nemocí. V přístupu a vyrovnávání se se smrtí a ve zmírnění rizika předčasného úmrtí. Tito lidé často uvádějí, že se zbavili i nezdravých návyků, jako je kouření, pití alkoholu, či nezdravá strava. Zlepšilo se jejich sebeovládání a získali jakýsi nepopsatelný pocit jistoty a bezpečí. Což ukazuje na to, že duchovní život posiluje pocit naděje a pomáhá žít smysluplný život se stabilnějšími rodinnými vztahy a může vést i k vytvoření bezpečnější sítě mezilidských vztahů (Nešpor, 2006).

### **7.2 Nebezpečí psychospirituální krize**

Rizika souvisejí s věroukou konkrétních náboženství nebo osobností jejich představitelů či následovníků, ne s duchovností jako takovou. Sem patří například:

- pocit výlučnosti a nadřazenosti (Grof, 2002),
- inflace ega (Grof, 2002),
- odmítání prokazatelně účinných léčebných nebo preventivních postupů (Nešpor, 2006).

## **8 Význam spirituality v medicíně a psychoterapii – role při léčbě duševních a fyzických onemocnění, samoozdravný proces, nebezpečí spirituality při léčbě**

Spirituální pohled je patrný i v psychoterapii. Jedná se především o psychoterapii existenciální. Do té spadá logoterapie, humanistická psychoterapie (Maslow), pastorální medicína, hagioterapie a nekonvenční metody.

Logoterapie se zaměřuje na duchovní aspekt existence člověka. Projevem je svoboda volby, smysluplnost, zodpovědnost. Dnes spousta lidí trpí například noogenními neurózami<sup>11</sup> způsobenými ztrátou smyslu života. Jedná se v podstatě o existenciální frustraci. Je tedy třeba, aby lékař pomáhal najít pacientovi tento smysl života, a to i v případě, že trpí nevléčitelnou nemocí. Ve zdravém těle zdravý duch, ale platí to i naopak. Je zde tedy velký prostor pro uplatnění spirituality v rámci vyrovnání se s nemocí.

Zastáncem a představitelem humanistické psychoterapie je především A. Maslow. Jak jsem již zmínila. Jejím cílem je uvědomit si zážitky a učit se je ovládat. Mystické a transcendentní prožitky jsou tedy interpretovány jako přirozené.

Pastorální medicína je na hranici mezi lékařskou vědou, teologií a psychologií. Obrací se tedy především k těm nemocným, kteří jsou zároveň věřící, na základě posílení víry jim dodává odvalu bojovat o život. Od šedesátých let se velmi zvýšil počet pastoračních poradců, kteří absolvovali zároveň psychoterapeutický výcvik. Existují poradci křesťanští i mimokřesťanští. Duchovní útěcha poskytovaná přímo v nemocničních zařízeních pomáhá především pacientům ale i personálu.

Hagioterapie je jedním ze směrů spirituální psychoterapie. Je založena na skupinových meditacích a četbě textů Bible. Velmi účinná je v případě pacientů s neurotickou poruchou, osobnostní poruchou a také u jedinců se závislostí na alkoholu či drogách.

Existuje také vztah mezi spiritualitou a psychosomatikou, který je námětem mnoha populárních knížek. Nemoc je vysvětlena jako varování, výzva k lepšímu

---

<sup>11</sup> Existenciální neuróza týkající se vaku životního smyslu.

způsobu života, hledání smyslu i v utrpení. Například i v případě rakoviny tedy hraje roli relaxace, víra v uzdravení, vymezení cílů, dochází pak ke zlepšení imunity.

Některé alternativní přístupy pracují s tím názorem, že důvodem tělesných i duševních onemocnění je nemorální způsob života. Jedná se například o etikoterapii. Důraz je kladen na léčivou sílu autosugesce a podvědomí. Jedná se ale o doplněk základní léčby, nemocný by ho neměl vnímat jako klíčový.

V dnešní společnosti je řada lidí, kteří „v něco věří“, není to ale přímo víra náboženská. Takovéto víry může být využito i v souvislosti se známým placebo efektem. Pokud pacient věří, že se uzdraví, je cesta k tomu snazší. Jak jsem zmínila, ve zdravém těle zdravý duch platí i opačně.

Spiritualita jako taková při léčbě nebezpečná není. Nebezpečím je zaměnit psychospirituální krizi za psychotický stav. Je tedy třeba především správná diagnostika. Význam holistického přístupu lékaře v tomto smyslu je tedy velice podstatný. Správná léčba může být založena vždy jedině na správné diagnóze (Spiritualita a etika v psychosomatické medicíně – biopsychosociospirituální vztahy Čas. Lék. čes. 2015; 154: 115–121).

Průzkumy ukazují, že většina pacientů má duchovní život a pozorovat jejich duševní zdraví a fyzické zdraví je stejně důležité. Kromě toho lidé mají zpravidla větší duchovní potřebu během nemoci. Existuje celá řada studií zaměřených na vztah spirituality a náboženského zapojení a fyzického zdraví, respektive kvality života. Je tedy otázkou, jak by lékaři měli tohoto využít a podpořit duchovní potřebu svých pacientů. Studie povětšinou potvrzují, že spiritualita a náboženství pomáhají zvládat dokonce i smrtelné nemoci, dále pak úzkosti, deprese a myšlenky na sebevraždu. Na základě studií, které toto potvrzují, došlo k tomu, že lékaři zvýšili svůj zájem o propojení spirituality se zdravím svých pacientů.

Je však třeba zmínit, že v rámci lékařského výzkumu není se spiritualitou příliš pracováno. Zanedbávání náboženské a duchovní proměnné v lékařském výzkumu může být způsobeno částečně velkým spoléháním se na biomedicínský model, v němž je na prvním místě fyzično. Tento model je velmi dobře využitelný pro popis mechanismů onemocnění, nezohledňuje však psychologické, sociologické a duchovní faktory, které ovlivňují většinu, ne-li všechny nemoci. Dále je třeba podotknout, že pokud už je



duchovní aspekt zohledněn, jedná se především o vnímání náboženství jako takového, které je lépe vymezitelné než pojem spiritualita (Grof, 2007 – pozn.: celá kapitola).

## **8.1 Fyzické zdraví**

### **Vliv na úmrtnost**

Několik studií z poslední doby poukazuje na realitu, že nábožensky zainteresované osoby žijí déle. Do studií byly zapojeny jak celé komunity, tak skupiny specifické. Náboženské a duchovní proměnné těchto studií byly založeny na:

- členství v náboženské komunitě,
- návštěvnost bohoslužeb,
- život v náboženské komunitě,
- přihlášení se k víře.

Je však třeba zmínit, že skutečný vztah mezi náboženskou angažovaností a úmrtností nebyl nakonec zcela prokázán.

Nižší riziko úmrtí v případě věřících osob však bylo prokázáno v případě, že zkoumaný vzorek osob byl rozřazen i na základě následujících aspektů:

- věk,
- pohlaví,
- národnost,
- vzdělání,
- základní zdravotní stav,
- body mass index,
- zdravotní praktiky
- a společenský život.

V tomto případě podle studie hrozí věřícím osobám až o třetinu menší riziko předčasné smrti. (Klark, 1996).

### **Kardiovaskulární onemocnění**

Některé studie prokazují, že náboženské zapojení je spojováno s menším výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Například došlo k důkazu, že sekulární Židé

mají významně vyšší pravděpodobnost výskytu prvního infarktu myokardu než Židé ortodoxní. I zde bylo v rámci výzkumu zohledněno následující:

- věk,
- etnický původ,
- vzdělání,
- kouření,
- fyzická aktivita
- body mass index.

Podobná studie prokázala, že ortodoxní Židé mužského pohlaví mají o 20 nižší riziko onemocnění ischemickou chorobou srdeční než nevěřící. Některé další studie pátraly po předpokladech pro úmrtí na kardiovaskulární choroby. Vedle dalších faktorů byl potvrzen i vliv náboženské víry. Na základě studií je tedy možné konstatovat, že náboženská víra má vliv na snížení rizika onemocnění, respektive úmrtí na kardiovaskulární onemocnění (Friedlander, 1986).

### **Vysoký tlak**

Prokázána je i souvislost mezi náboženským zapojením osoby a nižším krevním tlakem, respektive menším rizikem hypertenze. Například byl u věřících osob prokázán nižší systolický i diastolický tlak ve srovnání s osobami nevěřícími.

Prokázáno bylo i to, že ti kteří se pravidelně soukromě modlí, mají o 40% nižší pravděpodobnost výskytu vysokého krevního tlaku.

Dalším výsledkem průzkumů v této oblasti je, že věřící osoby daleko lépe snášejí medikaci. Studie vyznívají i v tom smyslu, že vnitřní význam víry pro pacienta spolu s jeho osobní religiozitou skutečně snižuje riziko hypertenze. Náboženské a duchovní praktiky jako například meditace mají podobně pozitivní účinky (Koenig, 1998).

### **Studie týkající se dalších onemocnění**

Studie potvrzují i fakt, že nábožensky aktivní osoby daleko více inklinují k péči o vlastní zdraví. Jedná se například o následující projevy:

- cvičení,
- správné stravování,
- lepší životospráva,
- využívání bezpečnostního pásu,
- omezení kouření.

Další studie pak potvrzují, že takto nábožensky aktivní osoby jsou daleko méně často hospitalizované, popřípadě jejich hospitalizace netrvá tak dlouho jako v případě nevěřících.

Pouze malé procento studií zatím zkoumalo souvislost mezi náboženským životem a výskytem rakoviny (Wallace, 1998).

### **Smrtelná onemocnění**

Dokonce i definice Světové zdravotnické organizace paliativní medicíny klade důraz na psychosociální a duchovní aspekty takové péče. Konec života člověka je spojen nejen se symptomy fyzickými, ale i problémy psychosociálními a duchovními. Nevyléčitelně nemocní pacienti často vkládají víru a důvěru právě ve víru v boha, respektive podobné spirituální aktivity. Není tedy v podstatě divu, že právě u nevyléčitelně nemocných je pozorován příklon k těmto praktikám daleko častěji než u osob zdravých.

Studie také potvrdily, že nábožensky aktivní pacienti jsou na konec svého života lépe připraveni než nevěřící, přičemž ne vždy je toto spojeno s vírou v posmrtný život. Mízí u nich především úzkost spojená s představou konce života (Reed, 1987).

## **8.2 Duševní zdraví**

### **Deprese**

Depresemi je dnes postiženo až 6 z 10 obyvatel v různých etapách života. Studie se tedy logicky zaměřují i na vztah religiozity a výskytu depresí. Prokázán byl nejen vliv v tom smyslu, že u věřících se deprese vyskytují méně často, ale i v tom smyslu, že pokud se již vyskytnou, trvají menší dobu či nejsou tak intenzivní. Studie potvrzují výrazný vliv religiozity na remisi depresí a s depresí spojených dalších poruch.

Jiná studie pak porovnává standardní kognitivně-behaviorální terapie (CBT) s terapiemi využívajícími náboženský obsah a také pastorací. Pacienti, kterým byla poskytnuta pastorace a zmíněné náboženské terapie, vykazovali výrazněji nižší výskyt depresí, popřípadě byl jejich průběh kratší a méně výrazný.

Studie se zaměřily i na muslimské pacienty postižené depresemi. U těch, kterým byla poskytnuta pouze standardní terapie, tedy medikace a podpůrná terapie, byl průběh depresivní poruchy daleko delší a složitější než u těch, kteří obdrželi psychoterapii zaměřenou nábožensky.

Z devětatvaceti dalších studií bylo ve dvaceti čtyřech případech prokázáno, že nábožensky aktivní pacienti vykazovali méně depresivní symptomy, v pěti zbylých studiích takoví pacienti nebyli depresí postiženi vůbec (Robins, 1984).

## **Úzkost**

V případě náboženské angažovanosti byl též prokázán snížený výskyt úzkosti. Úzkost podle dostupných studií snižují například náboženské služby, pastorační služby, soukromé náboženské aktivity a význam náboženství pro danou osobu.

Další studie rozdělila zkoumané osoby podle věku. U pacientů mladších, tedy ve věku mezi 18 a 39 lety byl prokázán pozitivní vliv na sexuální aktivitu, životní okolnosti, socioekonomické postavení a také náboženský život.

Studie byly zaměřeny i na úzkosti spojené s diagnostikovanou rakovinou. Pokud se pacienti nacházeli v duchovní pohodě, byla v jejich případě úzkost daleko nižší, popřípadě nebyli úzkostní vůbec.

I v souvislosti s úzkostmi byli zkoumáni muslimští pacienti. Ti, kterým byla poskytnuta pouze medikace a běžná psychoterapie trpěli daleko hlubšími a déle trvajícími úzkostmi než ti, kteří podstoupili psychoterapii náboženskou (Koenig, 1993)

## **Zneužívání návykových látek**

U nábožensky aktivních osob je prokázána daleko menší pravděpodobnost, že užijí návykové látky, popřípadě se na nich stanou závislími. Děje se tak v případě, že osoba aktivně nábožensky participuje, je členem v náboženské skupině, či podstoupila náboženskou výchovu a je jasného náboženského vyznání. Studie se zaměřila také na

skupinu studentů v souvislosti s požíváním alkoholu. Studenti byli pozorováni po dobu 20 let. Prokázáno bylo, že ti, kteří praktikovali náboženství, nepožívali zdaleka tolik a tak často alkohol jako studenti nevěřící.

Zkoumán byl i vliv spirituality a náboženství v souvislosti s motivací alkoholiků z jejich závislosti se vyléčit. Studie se tedy zaměřila na skupinu anonymních alkoholiků. Prokázáno bylo, že věřící a spiritualitu praktikující alkoholici abstinovali nejen dříve ale i podstatně déle, popřípadě zcela.

Studie také potvrzují, že osoby bez vyznání, respektive bez jakéhokoli vztahu ke spiritualitě a duchovnímu životu, daleko více inklinují k tomu, aby okusili návykové látky, popřípadě se na nich staly i závislími. Jedná se především o to, že v podstatě nemají tak naplněný život, jejich život často postrádá smysl a účel. Nemusí se tedy jednat výhradně o specifickou náboženskou víru či praktiky v podobě modliteb, ale účinné v boji s návykovými látkami je i duchovně žít (Gorusch, 1976).

## **Sebevražda**

Souvislost mezi náboženským prožitkem a sklonem k sebevraždě byl poprvé zkoumán již v roce 1997. Od té doby proběhla celá řada studií na toto téma.

Mezi náboženským prožitkem a sklonem k sebevražednému chování byl prokázán vztah inverze. Je to nejspíše způsobeno i faktem, že mnohá vyznání akt sebevraždy odsuzují.

Jen jedna studie provedená na kanadských studentech vyznívá v tom smyslu, že jejich přijetí sebevraždy bylo na základě duchovního prožitku spíše pozitivní.

Další studie už ovšem potvrzují nepřímou úměrnost mezi počtem sebevražd a následujícími aspekty, jako je účast na bohoslužbách, víra v boha a přihlášení k náboženství.

Stejně tak procento „úspěšně dokončených“ sebevražedných pokusů je podle průzkumů v případě duchovně žijících osob daleko nižší.

Navzdory těmto zjištěním však doposud lékaři v případě pacientů se sebevražednými sklony nepřikládají jeho duchovnímu životu příliš velkou, či vůbec žádnou váhu (Durkheim, 1951).

## **Zvládání nemocí**

Na základě onemocnění dochází k ovlivnění mnoha sfér lidského života. Pacient je vytržen z životní rutiny. Nemůže-li pracovat, dochází často k omezení příjmů, oddělení od rodiny, vytvoření závislosti na okolí a s tím vším spojený existenciální a duchovní propad.

Spousta nemocných se tedy v tomto smyslu obrací ke spiritualitě a náboženské víře. Věří, že jim toto pomůže jejich nemoc lépe zvládnout. Studie potvrzují, že se jim toto skutečně daří lépe než osobám nevěřícím.

Velice často se pak takoví nemocní díky své spiritualitě a víře seskupují v jakýchsi svépomocných skupinách. Znamé jsou takové skupiny například u onemocnění jako HIV, chronické bolesti, onemocnění koronárních tepen, roztroušená skleróza, popáleniny, či rakovina.

Náboženské a duchovní praktiky lze také často sledovat u lidí v domácí ošetrovatelské péči a celkově u lidí ve vysokém věku.

Studie se zaměřily i na osoby s velmi intenzivními bolestmi. Prokázáno bylo, že 82 % z nich pomohla v boji s bolestmi medikace a hned na druhém místě byla v 76 % modlitba.

U duchovního a náboženského prožitku je prokázán i preventivní účinek. Například se jedná o daleko menší výskyt depresivních stavů spojených s nemocí na základě duchovního prožitku nemocné osoby.

Prokázán je i pozitivní vliv náboženských a duchovních prožitků na negativní fyzické dopady nejrůznějších nemocí. Duchovně žijící pacient je mnohem odolnější vůči jejím příznakům.

Duchovní život také činí člověka odolnějším vůči nepříznivým životním událostem jako je například úmrtí v rodině či rozvod (Dein, 1997).

## **Kvalita života**

Kvalitu života významně ovlivňují aspekty, jako fyzické, psychika, sociální život a duchovní život. Ze zmíněného tedy jasně plyne, že i duchovní prožitek pomáhá zvýšit celkovou kvalitu života jedince.

Studie pak prokázaly vliv náboženské angažovanosti na lepší život osob se zdravotními potížemi, jako je rakovina, HIV, onemocnění srdce a amputace končetiny. A to navzdory jejich snížené tělesné funkčnosti.

Podstatný je pozitivní vliv spirituality na celkovou odolnost jedince vůči onemocněním nejrůznějšího charakteru. Již výše jsem uvedla, že takoví duchovně žijící lidé spíše inklinují ke správné životosprávě, zdravému způsobu stravování a celkové péči o své zdraví. Vyhýbají se také rizikovému chování, zlozvykům v podobě kouření, pití alkoholu, užívání návykových látek a podobně. Dále lidé s příklonem ke spiritualitě spíše vyhledají preventivní péči, a pokud jsou léčeni, léčbu dodržují.

S kvalitou života také úzce souvisejí pozitivní emoce jako například láska, spokojenost, naděje a odpuštění. Duchovní prožitek takovéto pozitivní emoce samozřejmě posiluje. Člověk je prožívá na základě meditací, moliteb, či uctívání. Omezeny jsou na základě takovýchto spirituálních praktik emoce negativní, tedy například nepřátelství.

Prožitek zmíněných pozitivních emocí má psychologické účinky, které se projevují snížením stresu a i fyziologické, projevující se uvolněním kortizolu a noradrenalinu a snížením krevního tlaku či srdeční frekvence.

Toto vše samozřejmě zvyšuje kvalitu života, respektive prospívá celkovému zdravotnímu stavu. Dochází i ke zvýšení imunity.

Nábožensky zainteresované osoby jsou celkově optimističtější, mají větší naději, což podporuje i placebo efekt (Testa, 1986).

## **Negativní účinky**

Několik studií prokázalo i negativní fyzické a duševní účinky spirituality a náboženské angažovanosti. Jedná se ale především o to, že toto záleží na konkrétním jednotlivci. Konkrétními příklady může být to, když nábožensky angažovaný jedinec:

- odmítá tradiční léčbu,
- nevyhledá pomoc včas,
- vyhýbá se prevenci, například očkování.

Nábožensky angažovaná osoba také může mít přílišná očekávání, může dojít k její izolaci od okolí, na základě toho může propadnout depresím či úzkostem.

Samozřejmě je tu pak hrozba nezdravých systémů víry, jako je například fanatismus, kultury, sekty, které mají negativní vliv jak na kvalitu života, tak na zdravotní stav (Larson, 1994).

### **Závěry výzkumů**

Jedná se v podstatě o tři základní otázky vztahu náboženského zapojení a zdravotního stavu jedince:

- Existuje mezi nimi souvislost?
- Pokud ano, o jaký vztah jde?
- Jedná se o vztah kauzality?

Na první otázku odpovídá 850 studií zaměřených na duševní a 350 studií zaměřených a tělesné zdraví, že ano, že tato souvislost existuje. Pozitivní vliv spirituality na zdraví člověka lze tedy označit za zcela prokazatelný.

Mnohem složitější je ale zjistit, na základě čeho konkrétně spiritualita má tento pozitivní vliv na zdraví člověka. Podstatným ale budiž, že tento pozitivní účinek „prostě existuje“.

Závěrem je ovšem třeba upozornit i na to, že lékaři by toto neměli přeceňovat. Neplatí totiž rozhodně, že duchovně žijící člověk nemůže onemocnět.

### **Praktické aspekty pro klinickou praxi**

Na základě uvedeného je jasné, že podpora duchovního prožitku pacienta se jistě pozitivně podílí na zlepšení péče o něho. Spiritualita pomáhá pacientům zvládat obtíže spojené s jejich nemocemi.

Ze strany lékařů je tedy vhodné pacientům tuto možnost nabízet, umožňovat. Jak již bylo zmíněno výše, nelze se spoléhat na to, že věřící člověk neonemocní. Lékař by



ovšem měl být informován o duchovních potřebách svých pacientů. Na základě toho může využít pozitivního vlivu spirituality na celkový duševní i fyzický stav pacienta, na zlepšení kvality jeho života. Pacient lépe zvládá příznaky své nemoci i doprovodné jevy v podobě depresí, úzkostí, nejistoty a podobně. Podpora spirituality nadále zefektivňuje vztah mezi lékařem a jeho pacientem. Cílem lékaře by tedy mělo být nejen léčit, ale i maximálně zmírnit pacientovo utrpení.

Existují ale v tomto smyslu i překážky. Lékaři se často takovému přístupu brání, nemají ve spiritualitu důvěru. Překážkou může být i časová tíseň. V neposlední řadě je třeba zmínit, že význam spirituality by neměl být ani přeceňován, pacienta je vždy třeba zároveň „skutečně“ léčit.

Z pohledu etiky pak zahrnutí spirituality do klinické praxe není nijak vyžadováno, lze toto lékařům pouze doporučit, je tedy na nich, do jaké míry pozitivní vliv spirituality skutečně využijí (Olser, 1910).

## **9 Zařízení v ČR poskytující pomoc při psychospirituální krizi**

### **Diabasis v ČR**

Jedná se o občanské sdružení působící na území ČR od roku 2004. Sjednocuje odborníky – psychology, psychiatry, psychoterapeuty, pomáhající profese – i laiky. Cílem je informovat o psychospirituální krizi, uznat její legitimitu a podpořit ty, kdo jí procházejí.

Diabasis cílí na diagnostiku, nabídku terapie a osvětu ve sféře duševního zdraví, vzdělání odborníků i laiků (Hartl, 2009).

### **Holos**

Jedná se o občanské sdružení osob zaměřených na celostní pohled na zdraví člověka. Toto je uplatněno v souvislosti s jeho plnohodnotným životem. Prosazován je tedy holistický přístup a využití moderních poznatků vědy.

Od roku 2000 Holos pečuje i o lidi procházející psychospirituální krizí. V centru Opavy funguje ambulance a dále je tu k dispozici 24 hodinová telefonní krizová linka. Uplatněna je zde transpersonální terapie (Hartl, 2009).

## 10 Kritika konceptu psychospirituální krize

Články, které by se zaměřovaly na kritiku konceptu psychospirituální krize, se mi během práce na této práci nalézt nepodařilo. Koncept totiž postrádá neurovědecké výzkumy. Pravděpodobně je příčinou jejich velká finanční náročnost. Dále i invazivnost takových metod, jako je zobrazovací technika mozku. Není tedy k dispozici srovnání pochodů v mozku, které jsou způsobeny schizofrenií a psychospirituální krizí.

Literatura o tomto tématu navíc dokazuje, že se jedná především o publikace takových autorů, kteří se s psychospirituální krizí a jejím konceptem ztotožňují. Kritika tedy víceméně chybí.

Kritický pohled je možno zaujmout k transpersonální terapii, kterou tito autoři povětšinou zastávají. Kritizován je tento směr na základě jeho nevědeckosti a blízkosti náboženským skupinám. Tento problém zmiňují například Motl (2011), Johanová (2006) a Zajdaková (2009).

Motl (2011) transpersonálnímu směru vyčetl, že jevy paranormální, jako je jasnovidectví a telepatie, považuje za vědecky dokázané. Dále kritizuje odvolávání se na osobnosti, jejichž historická existence a původ jsou sporné – Ježíš, Buddha. Motl podrobil kritice i důkazy, na něž se transpersonalisté odvolávají, metody, které používají, srovnává s kryptonáboženstvím<sup>12</sup>.

Koncept psychospirituální krize kritizují i odborníci – psychiatři. Diskutováno je především o diferenciaci diagnostice a glorifikaci psychotických procesů. Dále je kritizováno zanedbávání léčení psychotických pacientů. Cílem by mělo být předejít stigmatizaci a patologizaci pacienta.

V tomto smyslu se nabízí diagnóza nepatologická. Jejím přínosem je myšlenka, že lze prožít nenormální zážitek a přitom být normální. Příznaky by tedy neměly být nejen tlumeny ale i vysvětleny, respektive přijaty. Podle odborníků jako je Grof (1999a), Vančura (2002), Bragdon (1993) jediné tak krize vede k růstu osobnosti a naplněnějšímu životu.

---

<sup>12</sup> Implicitní náboženství

## 11 Psychospirituální krize z pohledu psychologa - dotazník

Jako významné doplnění svojí práce, především pak **osmé kapitoly** věnované významu spirituality v medicíně a psychoterapii (role při léčbě duševních a fyzických onemocnění, samoozdravný proces, nebezpečí spirituality při léčbě) připojuji výsledky mnou provedeného dotazníkového šetření mezi psychology, jichž jsem oslovila celkem 77 a dotazník vyplnilo 19 z nich. Dotazník byl anonymní, dotazník jsem vytvořila v aplikaci Survio. Jeho cílem bylo zjistit:

- zda vůbec vědí, co si pod pojmem psychospirituální krize představit,
- zda ve své praxi spiritualitě přikládají význam,
- zda s tímto aspektem u svých pacientů pracují,
- zda pozitivnímu účinku věří,
- zda se s podobným prožitkem sami setkali.

Považuji za důležité v osmé kapitole uvedené výsledky v tomto ohledu podpořit (či vyvrátit) na základě vlastního průzkumu.

Dále se výsledky mého průzkumu vztahují i ke **kapitole číslo pět**. Otázkou totiž je, zda psycholog dokáže správně diagnostikovat a následně pracovat s pacientem postiženým psychospirituální krizí.

Pro přehlednost rozdělím shrnutí výsledků podle jednotlivých otázek, které byly položeny. Doplnuji k tomuto, že otázky byly uzavřené, respondenti volili z několika variant, povětšinou odpovídali jen ano – ne, k dispozici je tedy především procentuální rozdělení jejich odpovědí.

**1. S termínem psychospirituální krize, jako diagnostickou kategorií jsem se již setkal/a.**

- 35,3 % dotázaných se s tímto pojmem již setkalo. To bych mohla považovat za procento relativně vysoké. Na druhou stranu celých 29,4 % respondentů přiznává, že termín nezná. To je celkem varovným signálem, neboť psycholog, který ani netuší, co to psychospirituální krize, respektive spiritualita je, může jen těžko využívat jejich pozitivních účinků na své pacienty, které jsou – jak jsme uvedli v osmé kapitole –

potvrzeny. Nabízí se zde tedy jisté řešení, psychology v tomto ohledu informovat – mým doporučením by byly kurzy, semináře, přednášky a podobně. Je však třeba podotknout, že v podstatě povinností psychologa je celoživotně se vzdělávat. Měl by tedy po takových informacích i sám pátrat.

## **2. Ve své praxi s touto diagnózou pracuji**

- Druhou otázku považuji za stěžejní. Celkem pozitivní je, že 23.5 % dotázaných již pracovalo s pacientem postiženým psychospirituální krizí. Nejedná se tedy o jev nijak ojedinělý. Na druhou stranu ale celých 29,4 % respondentů psychospirituální krizi vůbec neuznává coby diagnostickou kategorii. To je podle mého názoru škoda, neboť jak jsem zmínila výše, může právě práce se spiritualitou velmi usnadnit a zefektivnit celkovou léčbu. Zbýlých 41,7 % dotázaných se s takovým pacientem ve své praxi zatím nesetkalo.

## **3. Jak pracujete s klienty, kteří měli transpersonální zážitky např. v meditaci, při šamanských technikách, či v jinak změněném stavu vědomí**

- Třetí otázka se váže především ke zmíněné páté kapitole. Důležité totiž je, že pokud už se psycholog setká s klientem, který prožil transpersonální zážitek a má problém ho integrovat do svého života, měl by s tím umět pracovat, respektive zvolit správnou intervenci, terapii. Výsledky mého průzkumu svědčí o tom, že psychologové zatím mají z tohoto spíše obavy – necelá polovina dotázaných (47,1 %) raději posílá pacienta k jinému kolegovi.

## **4. Jak pracujete s klienty, kteří mají neřízené transpersonální zážitky, které se objevují spontánně a oni je nemohou ovlivnit, ani zastavit.**

- I čtvrtá otázka se váže k naší kapitole pět. Cílem bylo zjistit, pokud už psycholog s takovým klientem pracuje, jakou terapii volí. Téměř polovina dotázaných (41,2 %) bohužel stále ztotožňuje transpersonální prožitek s psychózou – to tedy brání jakémukoli pozitivnímu využití spirituality k léčbě. Odkazuji se zde, na v práci uvedená fakta o tom, že psychospirituální krize by neměla být s psychózou zaměněna, aby bylo možné využít její uzdravující potenciál.

## **5. Sám/a jsem měl/a transpersonální zážitek**

- 35,3 % dotázaných přiznává, že sami prožili podobný zážitek. Tento výsledek si nedovolují nijak hodnotit, za pozornost stojí spíše fakt, že pouze 5,9 % dotázaných v takové zážitky vůbec nevěří. Tento výsledek považují za pozitivní – i ti, kdo toto sami neprožili, totiž věří, že zážitky přesahující běžné vnímání existují.

## **6. Věřím na to, že jsou věci, které nás přesahují a můžeme se s nimi setkat, například ve změněném stavu vědomí**

- Šestá otázka v podstatě doplňuje otázku předchozí. A její výsledky potvrzují – 58,8 % dotázaných v toto věří zcela určitě, 29,4 % možná, pouhých 5,9 % ve spiritualitu nevěří.

## **7. Věřím v samoléčebné schopnosti člověka a vliv našeho myšlení na zdraví, či nemoc**

- Tato otázka je velice podstatná v souvislosti s osmou kapitolou mé práce. Dovolují si označit za velice pozitivní, že celých 76,5 % dotázaných v takovéto samoléčebné schopnosti člověka věří. Zbytek v ně věří možná, nikdo neodpověděl, že v ně nevěří vůbec. To je podle mě důležité, neboť vliv spirituality na zdraví a kvalitu života je skutečně velký a mělo by tohoto být využito.

## **8. Setkal/a jsem se se spontánním vyléčením**

- Poslední otázka zkoumá, zda se dotázaní již skutečně setkali s procesem spontánního vyléčení. Většina z nich již o tom alespoň slyšela (52,9 %), někteří se se spontánním vyléčením setkali osobně (17,6 %). Dovolují si tedy uzavřít v tom smyslu, že pozitivní vliv spirituality na zdraví člověka byl potvrzen i v rámci mého průzkumu.

## Závěr

Práce je zaměřena na vymezení názoru odborníků v oblasti duševního zdraví na koncept psychospirituální krize. Jedná se o diagnózu nepatologickou, která v ČR není zatím moc známá, ale její obdobná verze religious or spiritual problem je zařazena do Amerického diagnostického manuálu DSM – IV již od r. 1994.

Vznik konceptu iniciovali odborníci, kteří se hlásí k transpersonální psychologii. Jedná se o reakci na tradiční západní psychologii a psychiatrii, která opomíjí kulturní kontext a mimořádné zážitky vědomí.

Teoretická část práce vymezuje základní pojmy spirituality, náboženství, stavů vědomí a normality či patologie, dále podoby spirituální krize i místa, kde je jedincům jí postiženým pomáháno.

Dále popisují terapeutické postupy, vliv krize na člověka, její využití pro léčbu i život člověka.

Součástí práce je i dotazníkové šetření vztahující se především ke kapitolám věnovaným možnosti využití psychospirituální krize v léčbě a terapeutickým postupům při práci s takovým pacientem. Na základě průzkumu jsem se snažila ověřit, zda s možností, že spiritualita ovlivňuje zdraví a kvalitu života člověka psychologové pracují a zážitky přesahující běžné vědomí považují za projev právě spirituality, které lze využít ve prospěch klienta, či je považují výhradně za projev psychického onemocnění.

Za nejpodstatnější přínos celé práce považuji zjištění, že prožitek psychospirituální krize, respektive duchovní život člověka jako takový, má obrovský význam v medicíně a psychoterapii – zmínila jsem jejich roli při léčbě duševních a fyzických onemocnění a spuštění samoozdravného procesu. Na druhé straně jsem ale upozornila i na možná nebezpečí jejich vlivu na léčebný proces a i život člověka. Odkázala jsem na provedené výzkumy v této oblasti a zde spatřuji i možnosti, kudy by se výzkum v této problematice mohl ubírat dále.

Spiritualita by totiž mohla najít ještě další uplatnění v rámci psychologie i medicíny, bude-li s ní pracováno tím správným způsobem. Ten jsem se pokusila vymezit i v rámci svojí práce, doufám tedy v její případné praktické využití.

## Seznam literatury

Allmon, A. (2013). Religion and the DSM: From Pathology to Possibilities. *Journal Of Religion & Health*, 52(2).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Benda, J. (2005). Za hranicemi běžné zkušenosti. S Michaelem Vančurou o psychospirituální krizi. Rozhovor pro časopis *Regenerace*. 09, 2005.

Borras, L., Huguelet, P. (2009). Explanatory Models of mental Illness and Its treatment. In Huguelet, P., Koenig, H. (Eds.) *Religion and spirituality in psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

Bragdon, E. (1993). *A sourcebook for helping people with spiritual problems*. (2nd ed., VIII, 318 p.) Aptos, Calif.

Bragdon, E. (2005): *What to Do When Spiritual Experiences Are Upsetting*. [online]. [citováno 2016-03-10] <http://www.emmabragdon.com/books/WhattodoinSEY.pdf>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2).

Campbell, J. (1985). Case example: Full myths in mental Illness case. *Journal of transpersonal psychology*.

Collins, M. W. (2012). *Spiritual Emergence and Spiritual Emergency: The Complementary Relationship between Doing and Being in the Transformative Journey from Crisis to Renewal*. Doctoral dissertation, University of East Anglia.

Curlin, F. A., Odell, S. V., Lawrence, R. E., Chin, M. H., Lantos, J. D., Meador, K. G., & Koenig, H. G. (2007). The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psychiatric Services*, 58(9),

Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Odell, S., Chin, M. H., Lantos, J. D., Koenig, H. G., & Th M, M. P. H. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *The American journal of psychiatry*, 164(12)



- Dein, S., Cook, C. C., Powell, A., & Eagger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist*, 34(2), 63-64.
- Finlay, S. W. (2000). Influence of Carl Jung and William James on the origin of Alcoholics Anonymous. *Review of general psychology*, 4(1), 3.
- Foucault, M. (1997). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Goretzki, M., Thalbourne, M. A., & Storm, L. (2013). DEVELOPMENT OF A SPIRITUAL EMERGENCY SCALE. *The Journal*, 45(2), 105.
- Greenwellová, B. (2002). *Energie transformace*. Praha: DharmaGaia.
- Grof, S. (2013). *Kosmická hra*. Praha: Práh.
- Grof, S. (2007). *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: pozorování z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Moraviapress.
- Grof, S. (2007). *Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo.
- Grof, S., & Grof, C. (1999a). *Krise duchovního vývoje: když se osobní transformace promění v krizi*. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Grof, S., & Grof, C. (1999b). *Nesnadné hledání vlastního já. Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Hackney, CH. H. (2010). Religion and mental health: What do you mean when you say „religion“? What do you mean when you say „mental health“? In Verhagen, P.J. (et al.) (Eds.) *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hefti, R. (2009). Integrating Spiritual issues into therapy. In Huguelet, P., Koenig, H. (Eds.) *Religion and spirituality in psychiatry*. New York: Cambridge University Press
- Holden, J. M., Vanpelt-Tess, P., & Warren, S. (1999). Spiritual emergency: An introduction and case example. *Counseling and Values*, 43(3).

- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- Hughes, Ch. C. et al.(2000). *Psychiatry and religion in cross-cultural context*. In Boehnlein, J.K.(Eds.) *Psychiatry and religion the convergence of mind and spirit*. Washington, DC:American Psychiatric Press.
- Janečková, B. (2007): *Diagnostika a terapie psychospirituální krize – příspěvek k nové diagnostické kategorii*. Disertační práce. UK Praha.
- Johanová, V. (2006): *Psychospirituální krize*. Diplomová práce. UP Olomouc.
- Jung, C. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
- Jung, C. (1999). *Tajemno na obzoru: O fenoménech UFO a mimozemských jevech*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*. *American Journal of Psychiatry*, 155(4).
- Krajča, M. (2007): *Sociální reprezentace zážitků blízko smrti*. Diplomová práce. FSS MU Brno.
- Lewis, S. E. (2008). *Ayahuasca and spiritual crisis: Liminality as Space for Personal Growth*. *Anthropology of Consciousness*, 19(2).
- Lipsedge, M. (1996). *Religion and madness in History*. In Bhugra, E. (Eds.) *Psychiatry and religion context, consensus and controversies*. (pp. 23 – 47). London: Routledge.
- Lukoff, D. (nd.a.): *Lesson 4: Treatments for Spiritual Emergencies*. Staženo 15. 3. 2016 z <http://www.spiritualcompetency.com/blackboard/lessons/lesson5.html>.
- Lukoff, D. (nd.b.): *Lesson 5: Treatments for Spiritual Emergencies*. Staženo 15. 3. 2016 z <http://www.spiritualcompetency.com/blackboard/lessons/lesson5.html>.
- Lukoff, D. (1985). *The diagnosis of mystical experiences with psychotic features*. *Journal of transpersonal psychology*, 17(2).

- Lukoff, D., Turner, R., & Lu, F. G. (1993). Transpersonal psychology research review: Psychospiritual dimensions of healing. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 11-11.
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM – IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2),
- Macháčková, Z. (2008): *Terapeutické přístupy k fenoménu psychospirituální krize*. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
- Mazak, A. (1998). When Spiritual Emergence Becomes an Emergency. *Journal of Religion and Psychical Research*, 21(3),
- Maslow, A. H. (1964). *Religions, values, and peak-experiences*. Columbus: Ohio State University Press.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. MKN – 10. (2006). Psychiatrické centrum. Praha
- Mohr, S. Pfeifer, S. (2009). Delusions and hallucinations with religious kontent. In Huguelet, P.,Koenig,H. (Eds.) *Religion and spirituality in psychiatry*. New York: Cambridge University Press
- Moody, R. (2004). *Život po životě: úvahy, otázky, odpovědi*. Praha: Eminent.
- Motl, J. (2011). Critical analysis of the concept of spiritual emergency. *Československá Psychologie*, 55(6).
- Park, R. D. (1990). *A qualitative and descriptive analysis of Spiritual Emergence(y) with an emphasis on kundalini and role of ego*. Unpublished doctoral dissertation.
- Proudfoot, W. (Ed.). (2004). *William James and a science of religions: reexperiencing The varieties of religious experience*. Columbia University Press. Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1).

- Qureshi (2013). On the role of culture and difference in evaluation, assessment and diagnosis. In Kamaldeep (2013). *Elements of Culture and Mental Health: Critical Questions for Clinicians*. London: Royal College of psychiatrists.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Řiháček, T., Hytych, R. (2013). *Metoda zakotvené teorie*. In T. Řiháček, I. Čermák a R. Hytych (Eds.), *Kva-litativní analýza: čtyři přístupy*. (Brno: Masarykova univerzita.
- Rosselli, M., & Vanni, D. (2014). Roberto Assagioli, and Carl Gustav Jung. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 46(1)
- Stríženec, M. (1996). *Psychológia náboženstva*. Bratislava: Veda.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., & Lu, F. G. (1995). A Culturally Sensitive Diagnostic Category in the DSM-IV. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(7)
- Vančura, M. (2002): *Psychospirituální krize*. In Vodáčková, D. et al.: *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vančura, M. (2008): *Psychospirituální krize – brána do jiných světů*. *Revue Proměny*.
- Vančura, M. (2015). *Informace pro odborníky: Občanské sdružení Diabasis: [online]*. In *Diabasis.cz* [cit. 2016-04-12]. Dostupné z WWW: <http://www.diabasis.cz/>
- Vašina, L. (2010) *Komparativní psychologie*. Praha: Grada
- Vaughan, F. (2003) *What is Spiritual Intelligence?* *Journal of Humanistic Psychology*, Vol 42, No.2, 16-33 *Proměny*. Zima 2008/09
- Ventegodt, S., Andersen, N. J., Neikrug, S., Kandel, I., & Merrick, J. (2005). *Clinical holistic medicine: holistic treatment of mental disorders*. *The Scientific World Journal*.
- Vodáčková, D. (2002). *Čemu říkáme krize*. In Vodáčková, D. et al.: *Krizová intervence*. Praha: Portál.

- Zajdánková, S. (2009). Zvládání psychospirituální krize v kontextu odborných služeb i mimo ně v prostředí České republiky. Diplomová práce. FSS MU Brno.
- Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kubbuzim in Israel. *Am J Public Health*. 1996;86:341-346.
- Friedlander Y, Kark JD, Stein Y. Religious orthodoxy and myocardial infarction in Jerusalem—a case control study. *Int J Cardiol*. 1986;10:33-41.
- Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1998;28:189-213.
- Wallace JM Jr, Forman TA. Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Educ Behav*. 1998;25:721-741.
- Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health*. 1987;10:335-344.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:949-958.
- Koenig HG, Ford SM, George LK, Blazer DG, Meador KG. Religion and anxiety disorder: an examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *J Anxiety Disord*. 1993;7:321-342
- Gorsuch RL, Butler MC. Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychol Bull*. 1976;83:120- 137
- Durkheim É. *Suicide: A Study in Sociology*. (Translated by JA Spaulding, G Simpson.) New York, NY: The Free Press; 1951.
- Dein S, Stygall J. Does being religious help or hinder coping with chronic illness? a critical literature review. *Palliat Med*. 1997;11: 291-298.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334:835-840.

Larson DB, Larson SS. The Forgotten Factor in Physical and Mental Health: What Does the Research Show? An Independent Study Seminar. Rockville, Md: National Institute for Healthcare Research; 1994

Osler W. The faith that heals. *Br Med J.* 1910;2:1470-1472

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Kateřina Siváková Jeřábková

**Studijní program:** Psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Psychospirituální krize. Hrozba nebo příležitost?

**Počet stran (bez příloh):** 62

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 30

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 50

**Vedoucí práce:** Doc. MUDr. Et PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2017





**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: *Kateřina Siváková - Jeřábková*  
 Obor studia: *Technoborová psychologie*  
 Název práce: *Psychospinivální krize. Hrozba nebo příležitost?*  
 Vedoucí/oponent\* práce: *Doc. Dr. Dr. Jan Ponešický, Ph.D.*

**Technické parametry práce:**  
 Počet stránek textu (bez příloh): *55*  
 Počet stránek příloh: *-*  
 Počet titulů v seznamu literatury: *82*

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Oborová přiléhavost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		X		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			X	
--	--	--	---	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		X		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			X	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký je rozdíl mezi spiritualitou psychologů kladoucí  
důraz na osobnostní věst a seberealizaci?  
Jaký cíl má psychoterapie kladoucí důraz na spiritualitu?  
Je psychoterapie bez zabývání se spiritualitou nedostatečná?

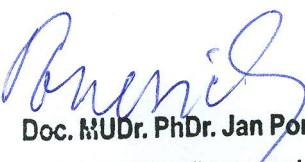
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je velmi stručná až heslovitá, což umožňuje  
na druhé straně prezentaci celé oblasti spirituality.  
Chybí hlubší zamýšlení (resp. originální vklad)  
týkající se spirituality a s ní související transpersonální  
psychologie, např. ohledně cílů (potřeby po transcendenci,  
po rozšíření vědomí, po celistvosti). Příklady i vlastní  
zkušenost chci autorka implementovat do diplomové práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: 3

Datum, podpis:

20.8.2017, 

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.

odborný lékař pro psychosomatiku,  
psychiatrii a psychoterapii

klinický psycholog a psychoanalytik

01816 Bad Gottleuba, Bahraweg 2, SRN

\*  
nehodící se, škrtněte



**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Kateřina Siváková Jeřábková  
Obor studia: Psychologie  
Název práce: Psychospirituální krize. Hrozba, nebo příležitost?  
Oponent: Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 62  
Počet stránek příloh: 0  
Počet titulů v seznamu literatury: 80

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Námět k diskusi: Čím si autorka vysvětluje, že 30% tuzemských psychologů nezná koncept psychospirituální krize, anebože 41% oslovených k němu nemá důvěru a posílá klienty s transperosnální zkušeností k někomu jinému?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

**Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci.** Charakter práce je především teoretický, doplněný o sociologické šetření zaměřené na zmapování informovanosti psychologů o konceptu psychospirituální krize.

**Obsah práce:**

Teoretická část práce obsahuje vymezení pojmu psychospirituální zkušenost a psychospirituální krize, diferenciální diagnostiku, terapeutické techniky a strategie zvládnání psychospirituální krize (dále jen PSK), dopady na vnímání světa, potenciál a rizika PSK, význam spirituality v medicíně a psychoterapii, zařízení poskytující pomoc v této oblasti, kritiku konceptu PSK. Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného. V empirické části práce, kolegyně provádí dotazníkové výzkumné šetření s cílem zjistit, zda-li jsou psychologové informovaní o pojmu PSK, zda ve své praxi spiritualitě přikládají význam, zda s tímto aspektem pracují, zda věří pozitivnímu účinku spirituálních zážitků, zda se s podobným prožitkem setkali. Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj výzkumný cíl využila anketu, kterou vyplnilo 19 respondentů. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje základní pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou.

**Připomínky:**

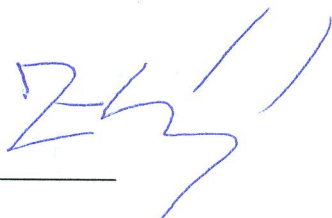
**Obsahové:** Popis výsledků ankety a následná diskuse je velmi stručná, chybí mi více názorů a interpretační odvahy autorky. Autorka je velmi v pozadí a zdrženlivá, přestože anketa přinesla některé zajímavé postřehy, které mají hlubší interpretační potenciál. Podr. viz. otázka k obhajobě.

**Celkově:** Ocenit musíme bohatý tuzemský (30 titulů) i zahraniční seznam literatury (50 titulů). V praktické části své práce, prokazuje schopnost sestavit dotazník a srozumitelně interpretovat výsledky. **Práci doporučuji k obhajobě.**

Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



\*nehodící se, škrtněte