

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Mimořádné náboženské prožitky a otázka psychopatologie**

Peak religious experiences and question of psychopathology

*Diplomová práce*

**Vedoucí práce:**

**Doc. PhDr. Zdeněk Vojtíšek, Th.D.**

**Autor:**

**Anna Vaněčková**

**Praha 2011**

## **Poděkování**

Na tomto místě chci nejprve poděkovat vedoucímu práce Doc. PhDr. Zdeňku Vojtíškovi za jeho ochotu a čas, který mi věnoval, a za jeho podněty a připomínky. Dále můj dík patří Maxi Kašparů, se kterým jsem téma mohla v samém počátku tvorby prodiskutovat. Velice děkuji také pěti účastníkům kvalitativního výzkumu, kteří ochotně vyprávěli svůj příběh, a bez nichž by tato práce jen obtížně vznikla. Touto cestou děkuji i své kamarádce Lucii Šupové, která se stala mým prvním čtenářem a poskytla mi řadu praktických připomínek. V neposlední řadě děkuji svým dvěma sestrám, Aleně a Marianě, za velikou pomoc a podporu, a svým rodičům, kteří mi poskytli dostatek času a klidu pro nerušenou práci.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 4. 2011

Anna Vaněčková

## **Anotace**

Diplomová práce reflektuje různé přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků. Cílem je porovnat různé přístupy k chápání a hodnocení mimořádných náboženských prožitků, a tím poskytnout podněty pro další uvažování o těchto prožitcích z hlediska patologie a normality.

V teoretické části je nejprve vymezen pojem náboženských prožitků obecně a následně jsou definovány mimořádné náboženské prožitky. Na příkladu tří druhů mimořádných náboženských prožitků je porovnáván přístup psychologický, psychiatrický a náboženský. Dále jsou porovnány dva obecné přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků z hlediska patologie a normality. Závěr teoretické části nabízí podněty pro posuzování mimořádných náboženských prožitků.

Praktická část, založená na kvalitativním výzkumu, mapuje zkušenosti pěti osob, které měly nějaký mimořádný prožitek, který samy hodnotí jako náboženský či spirituální. Výzkum byl uskutečněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů a volně přizpůsobené grafické projektivní techniky nazvané „osa života“. Analýzou provedených rozhovorů jsou hledány odpovědi na to, jak je hodnocen význam prožitku v kontextu života, jaký druh pomoci či podpory zkoumané osoby potřebovaly a s jakou pomocí se setkaly a jak hodnotí svůj zážitek z hlediska normality či patologie.

### **Klíčová slova**

Náboženský prožitek, mimořádný náboženský prožitek, psychologie, psychiatrie, náboženství, teologie, normalita, psychopatologie, diagnostika

## **Anotation**

The diploma work reflects the different attitudes to evaluation of extraordinary religious experiences. The objective is to compare different ways of comprehension and evaluation of extraordinary religious experiences and thereby provide suggestions for further consideration of these experiences with a view to pathology and normality.

In the theoretical part firstly the general term of the religious experience is determined further the definition of the extraordinary religious experiences follows. Using the example of three types of different religious experiences the psychological, psychiatric and religious attitudes are compared. Further two general attitudes to the extraordinary religious experiences are compared from the point of view of pathology and normality. The conclusion of the theoretical part offers suggestions for consideration of extraordinary religious experiences.

The practical part, based on the qualitative research, surveys the experiences of five persons that went through an extraordinary religious experience which is considered by them as religious or spiritual. The research was carried out by means of the semistructured interview and loosely adjusted graphical projective technique called the "Axis of Life". By analyzing the performed interviews answers to questions how the significance of the experience in the context of life, what kind of help or support would be needed by the persons under examination, with what kind of help they have encountered and how they evaluate their experience from the point of normality or pathology, are searched for.

### **Key words**

Religious experience, peak religious experience, psychology, psychiatry, religion, theology, normality, psychopathology, diagnostics

# OBSAH

Seznam zkratk	7
<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>11</b>
1. Vztah psychologie a psychiatrie k náboženství	11
2. Náboženské prožitky	15
2.1. Definice	15
2.2. Formy a druhy náboženského prožívání	18
2.3. Jádro náboženských prožitků	22
2.4. Spouštěče náboženských prožitků	24
2.5. Kdo může mít náboženský prožitek?	25
3. Mimořádné náboženské prožitky	27
4. Některé formy mimořádných náboženských prožitků	30
4.1. Zjevení	30
4.2. Křesťanská glosolálie	35
4.3. Posedlost a exorcismus	38
4.4. Shrnutí - problematika jazyka a pojmů	42
5. Dva přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků	44
5.1. Mimořádné náboženské prožitky jako nepatologický projev	44
5.2. Mimořádné náboženské prožitky jako projev patologie	50
6. Otázka diagnostiky mimořádných náboženských prožitků	55
6.1. Obtíže při hodnocení normality a patologie	58
7. Otázka „normality“	61
7.1. Norma statistická	62
7.2. Normalita jako chování v souladu s normami	62
7.3. Norma ideálová	63
7.4. Norma kriteriální	64
7.5. Norma funkční	66
7.6. Subjektivní norma pozorovatele	67
7.7. Klinické hledisko normality	67
7.8. Shrnutí	68
8. Posuzování mimořádných náboženských prožitků	69
9. Závěr: vědecký a náboženský přístup ke světu	72
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>76</b>
10. Úvod	76
11. Metody	77
11.1. Soubor	77
11.2. Postup výzkumu	78
12. Výsledky	80
12.1. Kasuistiky	80
Adam	80
Daniel	85
Milan	89
Petra	94
Zdena	98
13. Diskuse a závěr	102
<b>ZÁVĚR</b>	<b>109</b>
Literatura	112
Seznam příloh	118
Přílohy	119
Summary	126

## **Seznam zkratk**

DSM-IV – Diagnostický statistický manuál, IV. revize

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové (psychotropní droga)

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

PCP – Psychiatrické centrum Praha

USA – Spojené státy americké

## **Zkratky biblických knih**

L – Lukáš

Mk – Marek

Sk – Skutky apoštolů

## ÚVOD

Různé případy mimořádných náboženských prožitků, všelijakých zjevení, extatických prožitků nebo náhlých konverzí přitahují značnou pozornost a vyvolávají řadu otázek. Jedná se o případy duševní nemoci anebo jde o důkaz Boží existence? Jak se máme postavit k těmto skutečnostem a jak poznáme, kdy jsou tyto prožitky normální a kdy jsou projevem patologie?

Dříve byly příčiny duševních nemocí hledány v nadpřirozeném působení. Daný stav byl interpretován jako posedlost, nebo boží zásah. Naopak dnes jsou někteří svatí nebo mystici považováni za duševně nemocné (Vondráček, 1993, s. 246). Pokud nevěříme, že existuje Bůh, lze modlitbu považovat za rozhovor s neexistující bytostí. Hovořit s nereálnou bytostí může však být z pohledu psychiatra známkou psychopatologie. Zajisté existují i lidé, kteří mají religiózní bludy a jsou přesvědčeni, že hovoří například s Bohem, Pannou Marií, svatými, apod. Na druhé straně pak ale známe případy různých zjevení, kdy k podobným rozhovorům také dochází, ale tito lidé nejsou označeni za psychicky nemocné (Burdová, 2009, s. 206). Jak lze vůbec posuzovat náboženské prožitky?

Spiritualita a mimořádné stavy vědomí jsou i dnes vědou přijímané a hodnocené velmi opatrně, často kontroverzně a mnohými vědci s nedůvěrou a odmítáním (Sawicki, 2006, s. 16).

Pokud se ale chceme zabývat tématem náboženských prožitků, je nutné se distancovat od názorů, které spatřují v náboženství pouze chorobné projevy, či považují náboženství za něco, co škodí duševnímu zdraví. Tyto názory, které odsuzují cokoli náboženské a spirituální, mohou pramenit jednak z historických kořenů jednotlivých věd (například odmítavý postoj S. Freuda), ale také osobních názorů, antipatií a předsudků jednotlivých odborníků (Říčan, 2007, s. 121). Posuzování náboženství a náboženských prožitků jako něčeho patologického může vycházet rovněž z úzkých západních koncepcí normálnosti. Na základě evropských hodnot a norem dochází k výlučně lékařskému (psychiatrickému) chápání, zejména u nekonvenčních, netradičních náboženských projevů (Stríženec, 1999, s. 68).

S náboženskými prožitky má podle výzkumů osobní zkušenosti velká část populace. Věda, a zvláště psychologie a psychiatrie, by proto neměla tyto fenomény obcházet, ale naopak se jimi vážně a bez ideologických předsudků zabývat (Sawicki, 2006, s. 63), neboť víra v nadpřirozený původ některých stavů a projevů může vést k zanedbání léčby o duševně nemocného člověka. Naopak ale přílišná materializace prožitků a patologizace spirituálního rozměru osobnosti brání rozvoji osobnosti a svobodnému prožívání (Vančura, 2002).



Zde se ukazuje důležitost společného dialogu mezi psychology, psychiatry a věřícími lidmi, neboť jsou situace, ve kterých může být obtížné rozhodnout, zda se jedná v daném případě o duševní nemoc, nebo o duchovní krizi, případně o kombinaci obojího. Spolupráce a dialog mezi psychiatry, psychology a teology může být vzájemně obohacující (Burdová, 2009, s. 207). K tomu, abychom mohli navázat společný dialog, je však třeba si porozumět, ujasnit si pojmy, o kterých mluvíme, abychom předešli nedorozuměním, chybným interpretacím a zjednodušujícím závěrům.

Cílem této diplomové práce je porovnat různé přístupy k chápání a hodnocení mimořádných náboženských prožitků, a tím poskytnout podněty pro další uvažování o těchto prožitcích z hlediska patologie a normality. V teoretické části bude tento cíl sledován na základě porovnávání přístupů různých vědních oborů (psychologie, psychiatrie, teologie). Zároveň kladu důraz na objasnění pojmů, z jejichž odlišného pochopení může vznikat konflikt v interdisciplinárním dialogu. Praktická část pak nabídne vedle teoretického pohledu pro srovnání subjektivní individuální zkušenosti osob, které měly nějaký druh mimořádného prožitku, který považují za náboženský.

Zcela na začátku práce se zamyslím nad vztahem psychologie a psychiatrie k náboženství. Pokud se zabýváme náboženskými prožitky, je třeba si ujasnit, jaké místo tato témata v rámci psychologie a psychiatrie zaujímají.

V následující kapitole bude věnována bližší pozornost různým druhům a formám náboženských prožitků, aby v další kapitole mohly být definovány konečně mimořádné náboženské prožitky.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na některé konkrétní formy náboženských prožitků: zjevení, posedlost a glosolálie. Na těchto konkrétních příkladech chci ilustrovat odlišný přístup psychologie, psychiatrie a náboženství a upozornit na možná nedorozumění, která vyplývají z odlišného chápání týchž pojmů.

Pátá kapitola bude pojednávat o různých přístupech k hodnocení náboženských prožitků z hlediska patologie a normality.

V šesté kapitole bych ráda poskytla vhled do problematiky diagnostiky, se zřetelem na diagnostiku náboženských prožitků. Kapitola popisuje, jak jsou náboženské prožitky zohledněny v diagnostických manuálech, a nastiňuje na konkrétním příkladu obtíže při stanovení validní a reliabilní diagnózy.

Po otázkách zvažujících patologii a diagnostiku následuje kapitola věnovaná otázkám stanovení normality.

V osmé kapitole teoretické části půjde o shrnutí dosavadních poznatků a návrhů možných přístupů k hodnocení mimořádných náboženských prožitků.

Závěr bude věnován úvaze o vztahu vědeckého a náboženského přístupu k poznávání světa.

Praktická část této práce je doplněním odborného diskurzu o subjektivní zkušenosti jednotlivých osob, které měly nějaký druh mimořádného náboženského prožitku. V praktické části, založené na kvalitativním výzkumu, jsou popsány na kasuistikách různé druhy prožitků. Záměrem této části je, v souladu s cílem diplomové práce, porovnat na základě subjektivních zkušeností zkoumaných osob různé přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků. Sekundárním cílem praktické části je zmapovat potřeby lidí, kteří jsou zasaženi nějakým náboženským prožitkem, tak, aby se od těchto poznatků mohly odvíjet možnosti pomoci pro lidi, kteří si s náboženskými prožitky nevědí rady. Dále se pokusím odpovědět na to, jaký význam a smysl zaujímají náboženské prožitky v životě zkoumaných osob.

Jestliže ovšem chceme zachovávat objektivní a vědecký přístup, měli bychom si nejprve uvědomit své vlastní subjektivní postoje k náboženským a spirituálním tématům, abychom se jimi nenechali při posuzování náboženských prožitků ovlivnit nebo dokonce zaslepit. Vycházím z holistického přístupu k člověku, který respektuje v člověku jeho biologickou, psychologickou, sociální i spirituální složku, které jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně se ovlivňují (bio-psycho-sociálně-spirituální model osobnosti). Respektuji člověka v jeho jednotě a odmítám redukcionistický přístup k náboženským projevům a potřebám člověka.

Ještě je třeba ujasnit si terminologii, kterou budu v této práci používat. K charakteristice prožitků používám různě označení „náboženské“, „spirituální“, „duchovní“. V současné literatuře panuje nejednotnost ohledně definic spirituality, religiozity a náboženství, tedy i přídavných jmen od těchto pojmů odvozených. Říčan (2007, s. 53) považuje spiritualitu za jádro náboženství, ovšem za předpokladu, že náboženství je chápáno v širším pojetí, které zahrnuje implicitní náboženství. Existují ovšem i pojetí, která pojem „spirituální“ považují za širší, než „religiózní“, poukazujíc na formy tzv. nenáboženské spirituality, a náboženství je tak jen jednou z možností, jak se může spiritualita projevit (Říčan, 2007, s. 45). V této práci používám nejčastěji označení „náboženské prožitky“ a to především v návaznosti na zahraniční literaturu, která používá běžně termín „religious experience“. „Spirituální“ a „náboženské“ prožitky považuji proto v této práci v podstatě za synonyma, první termín používám spíše s poukazem na emocionální stránku náboženského prožitku, který se může vyskytnout mimo tradiční organizované náboženství.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vztah psychologie a psychiatrie k náboženství

Psychologie i psychiatrie mají etymologicky ve svém obsahu zahrnutu duši (z řec. *psyché*). Otázka je, zda, jak a nakolik je duše v jejich oboru také fakticky přijímána. „Duše“ by mohla být tím, co tyto vědy „o duši“ spojuje s náboženstvím, které se snaží o duši pečovat. Spíše je ale tím, co ony obory rozděluje. Každý „duši“ chápe jinak, pojem má naplněn jiným významem a ve snaze po vědeckosti a oproštění se od čehokoliv religiózního se zmíněné vědy své „duše“ vzdávají a hledají pro ni vhodnější a „vědecktější“ ekvivalent. Z *psycho-logie*, vědy „o duši“, se postupně stala věda o chování a prožívání. Jednotným termínem, který nahrazuje pojem „duše“ a vyjadřoval by ono „cosi“, to nehmataelné, co tvoří osobnost člověka, tak byla „psychika“, „vědomí“, nebo dnes často užívaný termín „mysl“, z anglického *mind* (Havel, 2002, s. 202).

Ovšem nejen problém společné a podobné terminologie je důvodem, proč se zabývat vztahem mezi psychologii, psychiatrií a psychopatologií na jedné straně a náboženstvím a náboženským prožíváním na straně druhé. Existuje i řada jiných důvodů. Duchovní a duševní stránku od sebe nelze oddělovat. Tak často v případě určitých potíží nemusí být jasné, zda je vhodné vyhledat psychologa, psychiatra či kněze. Mohou tito odborníci vůbec spolupracovat, mohou se v něčem doplňovat (Říčan, 2007, s. 121)? V odpovědi na tuto otázku je nutné vyvarovat se obvyklých klišé, že psycholog je jakýmsi zpovědníkem pro nevěřící, nebo že kněz zastává roli psychologa v rámci své obce. Mezi oběma odborníky jsou však rozdíly dané nejen formálním vzděláním. Liší se ve svých kompetencích, mají odlišné cíle a jiné postupy. Na první pohled se může zdát, že používají shodný slovník – pojmy jako vina, svědomí, svoboda či zodpovědnost se vyskytují u obou, ale mohou nabývat odlišného významu. Iluze porozumění se tak může stát příčinou napětí mezi psychology, psychiatry a duchovními (Goldmann, 1999). Podívejme se proto nyní blíže na vzájemný vztah psychologie a psychiatrie k náboženství.

Někteří autoři kritizují, že západní psychologové mají k náboženství pohrdavý postoj. Vysvětlením může být vliv osvícenství, širší vztah víry a vědy v 19. století, ale i vliv názorů Sigmunda Freuda na náboženství (Striženec, 1996, s. 11). Některé směry a osobnosti v dějinách psychologie však přináší i jiné postoje, jak naznačují následující odstavce.

Dva významné směry v psychologii 20. století, psychoanalýza v čele se S. Freudem, a kromě ní také behaviorismus, nebraly spiritualitu a duchovní rozměr v potaz. Změnu přinesla až humanistická psychologie, někdy označovaná jako „třetí síla“ v psychologii.

Humanistická psychologie uznává náboženství za významný lidský projev. Kromě toho se zaměřuje na hodnoty, potřeby, otázky smyslu života, uskutečnění individuálních schopností a seberealizaci (Daniels, 2006, s. 367; Říčan, 2007, s. 233). Pokouší se také poznávat a studovat zkušenosti „vyššího“ člověka, mezi něž patří láska, empatie, tvořivost, intuice, altruismus, soucit, ale i mystická zkušenost. Zakladatelem tohoto směru je Abraham Maslow. Ten se zabýval tzv. *vrcholnými zážitky* (peak experience). Podle Maslowa jsou tyto prožitky normálními projevy lidské přirozenosti a mohou člověka výrazně pozitivně ovlivnit (Daniels, 2006, s. 367; Říčan, 2007, s. 232).

Mnohem více se však duchovnímu rozměru života věnuje další významný směr, zformovaný v 60. letech 20. století v USA, transpersonální psychologie. Ta se snaží brát ohled na celou škálu prožitků, včetně *zvláštních stavů vědomí* (Grof, 2002, s. 207). Tento směr vznikl v době, kdy bylo rozšířené užívání psychedelických drog (LSD a mescalín), jejichž účinky byly mnohými lidmi považovány za pomáhající a zdravé stavy duchovního vědomí. Zakladatelem transpersonální psychologie je Stanislav Grof, psychiatr českého původu. Ten začal zkoumat účinky LSD na lidskou psychiku a domníval se, že tato látka umožní lidem *zážitky* tzv. *transpersonálních skutečností*, které jsou jinak běžně skryté našemu vědomí. Když bylo LSD zakázáno, vyvinul Grof techniku *holotropního dýchání*, které vede k transpersonálním prožitkům (Daniels, 2006, s. 367). Transpersonální psychologie uznává spiritualitu jako legitimní a důležitou dimenzi lidské existence. Postavení transpersonální psychologie v rámci psychologických směrů ovšem není zcela bezproblémové. Někteří vědci je vnímána jako nevědecká a iracionální, neboť se rozchází s tradiční psychologií a vymezuje se vůči karteziánsko – newtonskému paradigmatu, který ve vědě převažuje. Přesto od dob svého vzniku vlivem nových poznatků, teorií a paradigmat se její místo upevňuje (Grof, 2002, s. 208).

Kromě výše zmíněných směrů měly významný vliv na zkoumání náboženství v psychologii i některé významné osobnosti.

Jednou z nejvýznamnějších osobností, která se zabývala náboženskými zkušenostmi, byl William James, na jehož dílo v této diplomové práci mnohokrát odkazují. Jeho myšlenky jsou aktuální a podnětné dodnes. James legitimizuje náboženskou zkušenost jako předmět psychologie, neboť dle něj může být zkoumána pomocí empirických metod (Daniels, 2006, s. 366). Ve své knize *Druhy náboženské zkušenosti* studuje bezprostřední osobní zkušenost různých osob, které měly náboženský prožitek. James se domníval, že naše bdělé, racionální vědomí je pouze jedním z možných druhů vědomí. Od těchto odlišných typů vědomí, které ho obklopují, je odděleno pouze úzkou hranicí (James, 1930, s. 235). Zajímavostí je, že William

James je údajně prvním badatelem, který použil termín „transpersonální“, a to v roce 1905 (Daniels, 2006, s. 366).

Do dějin psychologie i psychiatrie významným způsobem zasáhl i Carl Gustav Jung jako ten, kdo „*podrobil kritickému zkoumání biologicky podložené myšlenky freudovské psychoanalýzy a zdůraznil důležitost spirituality*“ (Grof, 2002, s. 207). Jung vnímal náboženský podnět jako projev duchovních archetypů, které jsou obsahem kolektivního nevědomí (Daniels, 2006, s. 366).

Další podněty jistě přineslo i zkoumání mystických zkušeností, kterým se věnovala později například Evelyn Underhillová v knize *Mystika*, či Marghanita Laskiová, v knize *Ectasy* z roku 1961 (Daniels, 2006, s. 366).

V dnešní době akademická psychologie sice obecně spirituální jevy a jejich vliv na člověka nepopírá, ale ani se k nim nijak významně nevyjadřuje, resp. je nevysvětluje (Sawicki, 2006, s. 16). Větší zájem o spirituální a duchovní témata je v současné psychologii spojen nejen s transpersonální psychologií, ale i s existenciálními směry psychologie a psychoterapie, a také i s novým směrem zvaným pozitivní psychologie.

Nyní se podívejme více na vztah psychiatrie a náboženství. Někteří autoři upozorňují na trvalé napětí mezi lékařskou a duchovní obcí. Toto napětí je nejen v teoretické oblasti, kde samozřejmě očekáváme odlišná východiska a přístupy, ale i v oblasti lékařské a pastorační praxe (Kašparů, 2005). Přestože se u některých diagnóz vyskytují poměrně často religiózní a spirituální témata, byla v klinické praxi spiritualita dlouho přehlížena (Benda, 2007, s. 3).

Vztah psychiatrie a náboženství se za posledních dvě stě let změnil. Až do poloviny 19. století převládala v psychiatrii metafyzicko-religiózní etiopatogeneze duševních nemocí. Od druhé poloviny 19. století a na počátku 20. století je náboženství negováno. Stává se objektem psychiatrického zkoumání, tak jako vidíme ve Freudově práci *Totem a tabu*. Až novější doba přináší různé směry a nové přístupy (Vondráček, 1993, s. 302), které umožnily rozvinout diskuzi, zda deskriptivní psychiatrie může rozlišit mezi zdravým vizionářským zážitkem v náboženském kontextu a halucinacemi například u schizofrenických osob. Někteří autoři odpovídají záporně, jiní je kritizují za přílišný relativismus (Stríženec, 1999, s. 70).

Současný vztah psychologie, psychoterapie a psychiatrie k náboženství se dobře odráží v publikovaných článcích a výzkumech. Od 80. let 20. je patrný rostoucí zájem o problematiku vztahu duševního zdraví a náboženství, o čemž svědčí vícera speciální čísla časopisů z klinické psychologie, věnovaná psychoterapii a náboženství, náboženské víře v průběhu života, psychoterapii a náboženským hodnotám apod. Racionálně empiristický

přístup psychologie k náboženství, který se projevoval nadřazeností vůči náboženství, byl postupně opuštěn. V psychiatrických publikacích však tento trend nezaznamenáváme. (Stríženec, 1996, s. 81). Navíc výzkumy v oblasti psychiatrie nedostatečně přihlíží k religiozitě jako k důležité proměnné (Stríženec, 1999, s. 70).

## 2. Náboženské prožitky

### 2.1. Definice

Bez náboženského prožitku by asi nebylo ani žádné náboženství. Náboženský prožitek bývá jedním z klasických argumentů pro existenci Boha. Například Rudolf Otto tvrdí, že jádrem náboženství je iracionální emocionální prožitek, který nazývá *posvátno* (Argyle, 2000, s. 46; Otto, 1999).

V této kapitole se budu věnovat nejrůznějším definicím a přístupům k náboženským prožitkům. Nejprve je zapotřebí ujasnit si otázku terminologie. Někteří autoři rozlišují náboženský *zážitek* a *zkušenost*. V použití pojmu *zážitek* akcentují emocionální moment; je tu silná vazba na subjekt a zbavuje ho možnosti reálně myslet. Jiní autoři ale *zkušenost* a *zážitek* nerozlišují (Stríženec, 1999, s. 38). Psychologie náboženství mluví nejčastěji o *náboženských* zážitcích nebo prožitcích, zahraniční literatura pak používá označení *religious experience*. Abraham Maslow shrnuje různé mystické zkušenosti, zjevení a extáze pod označení *vrcholné zážitky* (peak experience) nebo *transcendentní zážitky* (Maslow, 1992, s. 35). Transpersonální psychologie v duchu své terminologie používá pojem *transpersonální zážitky* (Grof, 2002). Někdy se namísto označení *náboženský* prožitek, uvádí *spirituální* prožitek, přičemž Řičan (2007, s. 83) používá termíny oba, v podstatě s totožným významem. I když se tento autor přiklání k definici spirituality jakožto prožitkového jádra náboženství, respektuje běžné používání pojmu spiritualita v obecném i odborném diskurzu. V souladu s tímto autorem jsem se tedy rozhodla, že v této práci budu používat nejčastěji termín *náboženské prožitky*, respektive *mimořádné náboženské prožitky*, a pojmy *spirituální* a *duchovní* prožitky budu užívat v podstatě jako synonyma.

Nyní se můžeme zaměřit na to, co to vlastně náboženský prožitek je. Můžeme porovnat různé definice, psychologické, filosofické i teologické. Slovenský psycholog Michal Stríženec (1999, s. 40) uvádí následující vymezení: „*Náboženský zážitek se chápe jako prožívání bezprostředního kontaktu s transcendentální zkušeností, jako různé formy vnímání nebo pociťování přítomnosti Boha, jako něčeho svatého, nadpřirozeného*“.

V *Úvodu do psychologie náboženství* od Nilse Holma nalezneme následující definici: „*Náboženské zážitky jsou vnitřní duchovní zkušenosti různé intenzity, které ten, kdo je zakouší, spojuje s mocnou skutečností mimo tento svět. Náboženské zážitky bývají někdy označovány jako vysoce emocionální. Zážitek ovšem vždy obsahuje citové momenty, ale kromě toho intenzivní náboženský zážitek obvykle vede k novému vědění a k novým poznatkům*“ (Holm, 1998, s. 36).

William James (1930, s. 44) vymezil náboženskou zkušenost jako „*city, skutky a zkušenosti jednotlivých lidí, pokud si sami uvědomují svůj vztah k božstvu, ať už za toto božstvo pokládají cokoliv*“.

Fenomenolog, religionista Rudolf Otto (1999) ve své knize *Posvátno*, poprvé vydané roku 1917, vidí základ náboženství v mimoracionálním prožitku *posvátna (Das Heilige)*. V tomto numinósním prožitku citového rázu se pojí *mysterium tremendum et mysterium fascinans* - tajemství, které nás děsí a zároveň neodolatelně přitahuje, fascinuje.

Filosof Max Scheler, zastánce fenomenologického přístupu k náboženské zkušenosti, tvrdí, že svět hodnot existuje nezávisle na subjektu a je možné ho poznat intuitivně. Jen nejvyšší Bytí může být příčinou náboženských zážitků člověka. Podle Romana Guardiniho, německého teologa a filosofa, náboženská zkušenost označuje živé pociťování božského prvku ve všech věcech či událostech. Neotomismus zdůrazňuje u náboženské zkušenosti výrazný podíl víry a lásky Boha v zabezpečení takovéto události. Teolog a psycholog Antoine Vergote chápe náboženský zážitek jako intuitivní vnímání znaků Boha, resp. u mnohých jako bezprostřední a afektivní vztah s božstvem (Stríženec, 1999, s. 38-39).

Z předchozích definic je patrné, že psychologická vymezení se snaží být popisná a nehodnotící. Přístup psychologie náboženství se vyhýbá rozřešení otázky ontologické povahy náboženských prožitků. Ve svém zkoumání se zaměřuje na emoční prožívání člověka, bez ohledu na „obsah“ jeho víry (Říčan, 2007, s. 83). Teologická a filosofická vymezení náboženského prožitku naopak předpokládají existenci Boha, který je příčinou těchto prožitků.

Právě ontologická povaha náboženských prožitků je kritickým momentem pro jakoukoliv diskusi o náboženských zážitcích. Spolu s Grofem se můžeme ptát, zda jsou náboženské prožitky „*autentické jevy, které zjevují hlubokou pravdu o přirozenosti lidské povahy a skutečnosti, nebo je možné je pominout jako irelevantní produkty patologie mozku?*“ (Grof, 2002, s. 209). Různé psychologické směry nabízí odlišná vysvětlení, dle své koncepce náboženství. Psychoanalýza vysvětluje náboženský prožitek jako projev vývoje psychodynamické struktury jednotlivce a jeho snahu o adaptivní rovnováhu (Stríženec, 1996, s. 36). Kognitivní psychologie ho považuje za projev percepční změny a vysvětluje ho kognitivními faktory. Patří sem atribuční teorie, učení se schémátům rolí z náboženské tradice, zpracovávání informací (Stríženec, 1999, s. 38). Z různých psychologických škol se k náboženským či spirituálním zážitkům nejpozitivněji vyjadřuje transpersonální psychologie, Ta tvrdí, že některé prožitky z širokého spektra zvláštních duševních stavů jsou skutečně



mystické nebo duchovní. Tyto stavy, pokud jsou správně pochopeny a podpořeny, mohou být dle transpersonální psychologie léčivé a transformující (Grof, 2002, s. 211).

Uvedla jsem popis toho, co náboženským prožitkem je. Nyní je nutné odlišit to, co náboženským prožitkem není. Od náboženských prožitků se odlišují tzv. *paranormální* nebo psychické fenomény. Ačkoliv panuje určitá skepse o tom, zda tyto zážitky existují, lidé často ve výzkumech náboženských prožitků uváděly i tyto zkušenosti, mezi nimi nejčastěji předtuchy, předpovídání budoucnosti, jasnovidectví, obdržení zpráv od mrtvých apod. (Jaffé, 2000). Těmito zážitky se v této práci ale nebudu zabývat.

Zvláštní skupinou zážitků jsou zážitky blízké smrti, tzv. *near - death experiences*. Počátek zájmu o tyto prožitky je spojen s knihou R. Moodyho *Život po životě* z roku 1975. Tyto zážitky jsou poněkud odlišné jak od náboženských prožitků, jak byly popsány výše, tak od psychických fenoménů. Uvádí se, že tyto zážitky má poměrně hodně osob, podle výzkumů až 15 % dospělých Američanů (Argyle, 2000, s. 51). Přesto si jsou tyto zážitky značně podobné. Moody shrnuje na základě analýzy výpovědi znaků těchto prožitků. Lidé mají pocit, jakoby opouštěli vlastní tělo, vidí jasné světlo, jakoby z druhého světa. Setkávají se s dušemi zemřelých blízkých nebo mohou slyšet hlas jakési bytosti z druhého světa. Tyto zážitky jsou spojeny s pocity radosti, lásky a míru (Moody, 1994). Pouze z důvodu omezeného prostoru se těmito zážitkům, které lze chápat jako náboženské, nevěnuji více.

Na závěr je třeba si uvědomit, že řada definic a charakteristik náboženských prožitků pochází od odborníků „západního světa“. Stejně tak mnoho studií a výzkumů na toto téma bylo uskutečněno v euroamerickém prostředí, nejčastěji v USA a ve Velké Británii. Některá vymezení, popisy a charakteristiky náboženských prožitků tak nemusí být v souladu s prožitky v jiných kulturách. Příkladem může být výzkum uskutečněný v Izraeli mezi židovskými Izraelci a muslimskými Palestinci. Když byli účastníci tázáni na „náboženské emoce“, zmiňovali historické, kolektivní události, které zažili, jako například vítězství armády či velkou, hromadnou katastrofu. Nikdo neuváděl žádné zážitky, které by zažil o samotě. Dokonce ani ortodoxní židé v Izraeli neuváděli žádné podobné prožitky, jako ty, které jsou popisovány lidmi v euroamerických výzkumech (například pocit jednoty s veškerenstvem, pocit blaženosti, pocit posvátna, bezčasovost apod.; podrobněji viz kapitolu *Jádro náboženských prožitků*). Židovská a muslimská tradice vede k naprosto jiné koncepci a očekávání náboženských prožitků (Beit-Hallahmi, 2004, s. 96).

## 2.2. *Formy a druhy náboženského prožívání*

Náboženské zážitky mohou mít velice rozdílnou povahu i intenzitu. Proto se psychologie náboženství snaží tyto zážitky klasifikovat a uspořádat na základě různých kritérií. V této kapitole se budu věnovat různým způsobům, jak rozlišovat a kategorizovat náboženské prožitky.

Náboženské prožitky můžeme rozlišit především z hlediska jejich intenzity. Vedle zážitků mimořádných, kterým se budu více věnovat v následující kapitole, jsou popisovány i prožitky vyplývající z běžné, každodenní náboženské zkušenosti. Mezi tyto projevy, které se mohou vyskytovat v různé intenzitě, zařazuje Říčan (2007, s. 87-88) například úctu, strach, víru a důvěru, naději, lásku, pokoj, radost, nutkání sdílet se, pokoru, svobodu, vděčnost, inspiraci, zkušenost vyslyšené modlitby, touhu po osobní dokonalosti, svatý hněv, subjektivní jistotu. Argyle (2000, s. 50) zmiňuje například pocit znovuzrození, radost z odpuštění, pocit uzdravení. Jak vidíme, jedná se o formy prožívání, které nejsou výhradně typické pro náboženský život, mohou se vyskytovat běžně i v sekulárním světě, ale v rámci náboženství nabývají zvláštního významu (Říčan, 2007, s. 87). Mírné náboženské prožitky se oproti intenzivním nevyskytují jen jednou za život, ale v podstatě mohou přijít třeba každou neděli. Oproti intenzivním náboženským prožitkům mají silnější sociální komponentu. (Argyle, 2000, s. 50).

Abraham Maslow (1992, s. 15) rozlišuje tzv. *vrcholné prožitky* (peak experiences; podrobněji viz kapitolu *Mimořádné náboženské prožitky*) a *plató prožitky* (plateau experiences). Plató prožitek je oproti vrcholným prožitkům mnohem více pod volní kontrolou. Není tak emocionální, ale je spíše „*klidný, tichý, bázeň vzbuzující, posvátný a sjednocující*“. Můžeme o něj nejen usilovat, ale lze se naučit i tímto sjednocujícím způsobem vidět (Maslow, 1992, s. 15). Naopak vrcholné prožitky, pro něž je příznačná kvalita poprvé prožívaného, obsahují „*více překvapení, pochybnosti a estetického šoku*“ (Maslow, 1992, s. 16).

M. Argyle (2000) uvádí různé druhy náboženských prožitků, které byly popsány na základě několika výzkumů. Jeden takový výzkum uskutečnil v Británii roku 1969 Alister Hardy, který rozlišil dva druhy náboženských prožitků:

- *Zážitek kontaktu s transcendentním bytím nebo s přítomností posvátného.* Tuto zkušenost nazývá R. Otto jako *numinósní zážitek*.
- *Zážitek imanentní jednoty se vším,* někdy nazývané jako *mystický zážitek* (Argyle, 2000, s. 47).

O osmnáct let později v dalším výzkumu na tohoto autora navazovali D. Hay a G. Heald. Ti definovali na základě výpovědí respondentů osm druhů prožitků (seřazeno podle četnosti, s jakou se objevily v jejich výzkumu):

- *Awareness of the presence of God* – vědomí přítomnosti Boha
- *Awareness of receiving help in answer to prayer* – vědomí přijímání pomoci ve vyslyšené modlitbě
- *Awareness of a guiding presence not called God* – vědomí provázející přítomnosti (osoby) nenazývané bohem
- *Awareness of a sacred presence in nature* – vědomí posvátné přítomnosti v přírodě
- *Awareness of patterning in synchronicity* – vědomí opakující se synchronicity
- *Awareness of the presence of someone who has died* - vědomí přítomnosti někoho, kdo již zemřel
- *Awareness of an evil presence* – vědomí přítomnosti zlého
- *Experiencing that all things are one* – prožitek, že všechny věci jsou jedno (Argyle, 2000, s. 49).

Nils Holm podává systém Ch. Glocka a R. Starka z 60. let. Ti chápou náboženskou zkušenost hlavně jako zážitek interakce s něčím nadpřirozeným. Zážitky takových interakcí autoři třídí do hodnotící stupnice, v níž se kvantifikují intimita, častost a složitost. Schéma obsahuje čtyři hlavní skupiny a několik podskupin:

- *zážitky utvrzující (confirming)* – vyskytují se nejčastěji, jsou nejméně intimní a složité. Jsou dvojího typu: k prvnímu patří všeobecný prožitek posvátnosti, například při bohoslužbách a na posvátných místech. Tento typ lze vymezit jen obtížně, obecně snad jen jako pocit Boží přítomnosti. Druhý typ je speciálnější a vyznačuje se konkrétním vědomím Boží přítomnosti, například prostřednictvím činnosti kněze či kazatele, zpěvu, hudby či nějakého určitého slova.
- *zážitky vyslyšení modlitby (responsive experiences)* – oproti první skupině zážitků je rozdíl v tom, že zde není „osoba na druhé straně“ jen zakoušena, nýbrž že člověku zároveň také věnuje svou pozornost a odpovídá na jeho modlitbu. Zde Glock a Stark rozlišují ještě tři podtypy: 1) zážitky spasení, například obrácení, 2) zážitky zázračna (zázraky), 3) zážitky trestu, například pocit zavržení.
- *extatické zážitky* – zahrnují i výše uvedené skupiny, ale liší se od nich větší intimitou a složitostí. Proto se také celkově vyskytují řidčeji.

- *zjevení* – vyznačují se tím, že se božství zmocňuje jednotlivce a zvláštním způsobem mu oznamuje svá rozhodnutí a činy. Tyto zážitky obvykle vedou k prorockým výrokům. Zjevení lze uspořádat podle tří kritérií:
  - *ortodoxie – heterodoxie*: Odpovídá zjevení ostatním normám víry dané skupiny?
  - *osvícení – příkaz*: Je to informace o budoucích událostech, nebo o tom, co je třeba vykonat?
  - *osobní – všeobecné*: Je adresátem jednatel, nebo celá skupina? (Holm, 1998, s. 38-39).

Toto rozdělení vzniklo na základě velkého množství údajů shromážděných v USA. Ukazuje se přitom, že náboženské zážitky nejsou vůbec tak neobvyklé, jak se někdy předpokládá. Není ale známo, do jaké míry četnost jejich výskytu závisí na vyznání (Holm, 1998, s. 39).

Zcela jinou kategorizaci náboženských, respektive transpersonálních zážitků nabízí Stanislav Grof (2002, s. 209). Transpersonální zážitky rozděluje do několika kategorií podle kritéria rozšíření vědomí:

- *rozšíření vědomí uvnitř časoprostoru a běžných hranic skutečnosti*

- *transcendence prostorových hranic*

např. prožitek splývání s jinou osobou do stavu „podvojná jednoty“, ztotožnění se s jinými osobami nebo skupinou či prožitek rozšíření vědomí tak, že zahrnuje celé lidstvo; identifikace s živočichy, rostlinami a botanickými procesy; prožitek neorganických materiálů a procesů; prožitek jednoty s životem a veškerým stvořením; planetární vědomí; prožitky mimozemských bytostí a jevů; identifikace s celým fyzikálním vesmírem; parapsychologické jevy zahrnující transcendenci prostoru

- *transcendence časových hranic (transcendence lineárního času)*

např. embryonální a fetální prožitky; prožitky předků; rasové a kolektivní prožitky; fylogenetické prožitky; prožitky planetárního vývoje; kosmogenní prožitky; parapsychologické jevy zahrnující překročení času

- *prožitkové zkoumání mikrosvěta*

např. orgánové a tkáňové vědomí; buněčné vědomí; prožitek DNA; prožitek světa atomů a elementárních částic

- *rozšíření vědomí za hranice časoprostoru a běžných hranic vědomí*

rozšíření vědomí do oblastí a rozměrů, které průmyslová civilizace nepovažuje za součást objektivní zkušenosti: spiritistické a mediální zážitky, energetické jevy „jemného těla“,

prožitky duchů zvířat, setkání s duchovními průvodci a nadlidskými bytostmi, návštěvy v paralelních vesmírech a setkání s jejich obyvateli, prožitky mytologických a pohádkových sekvencí, prožitky specifických příznivých i zlých božstev, prožitky univerzálních archetypů, intuitivní porozumění univerzálním symbolům, prožitek Demiurga a vhled do stvoření kosmu, ztotožnění se s kosmickým vědomím nebo Univerzální duší, zážitky kosmického vědomí, suprakosmická a metakosmická prázdnota (Grof, 2002, s. 209).

Obě zmíněné kategorizace se od sebe na první pohled velmi liší. Hlavním rozdílem je pojmenování zážitků: *náboženské – transcendentální*. Kategorizace Glocka a Starka je terminologicky bližší křesťanské kultuře, ze které čerpá i pojmy. Oproti tomu Grofova terminologie spíše rezonuje s pojmy užívanými v rámci hnutí *New Age*. Náboženské zážitky, které Glock a Stark popisují, naznačují, i když nevýslovně, v prožitku přítomnost „někoho druhého“, někoho na druhé straně, nebojím se říci, že přímo přítomnost Boha, ke kterému se zážitky více či méně vztahují. Naopak v Grofově kategorizaci jsou zážitky závislé pouze na transcedenci, rozšíření vlastního Já, tedy na vlastní aktivitě člověka, aniž by předpokládaly interakci či působení něčeho „vyššího“ na jedince.

Grofovo vymezení se rovněž odchyluje od nehodnotícího postoje psychologie náboženství, která se v zásadě snaží být popisnou bez nároku na určení ontologické platnosti prožitků. Podle Grofa se však tyto zážitky vyznačují „*mimořádnou pestrostí a uměleckou a estetickou kvalitou, ale také poskytují především podrobné informace o různých aspektech hmotného světa i o mytologických oblastech různých kultur, které daleko přesahují stupeň vzdělání a znalostí jedinců, které je prožívají*“ (Grof, 2002, s. 210). Grofova kategorizace tedy není jen pouhým nezaujatým popisem škály prožitků, ale Grof těmto zážitkům dává i ontologickou platnost. Podle něho je tato prožitková cesta druhým způsobem poznávání skutečnosti, vedle konvenčního vědeckého poznání. Otázka je, zda prožitek minulých životů předpokládá to, že tato osoba věří v existenci minulých životů. Druhou otázkou, která mě k danému napadá, je, zda typy prožitků, například prožitek vesmíru, skutečně vypovídá o skutečnosti (jak to vidí Grof), nebo spíše vypovídají o tom, že lidé se vyznačují stejným způsobem prožívání určitých aspektů bytí, bez ohledu na to, jaký svět, vesmír a bytí skutečně jsou.

### 2.3. Jádru náboženských prožitků

I přes pestrost a různost náboženských prožitků je zde však něco, co tyto zážitky spojuje a co je identifikuje jako „náboženské“. Tímto společným může být pocit bázně, úcty nebo pocit blízkosti něčeho posvátného (Argyle, 2000, s. 47).

Abraham Maslow (1992, s. 36) tvrdí, že všechny náboženské, vrcholné zážitky jsou v podstatě stejné. Odlišnosti lze připsat na vrub konkrétnímu místu, prostoru a času, v jejichž rámci se formuluje a pojmenovává daný prožitek. Pokud odstraníme tyto nahodilosti, způsobené růzností jazyků a filosofií, zůstane to, co označuje Maslow jako *niterná náboženská zkušenost* (core religious experience) nebo *transcendentní zkušenost* (Maslow, 1992, s. 36). Niterná náboženská zkušenost není vyhrazena jen pro náboženský kontext, ale může se vyskytovat i mimo něj. Podle Maslowa jsou všichni lidé schopni mít vrcholné zážitky, takže niterná náboženská zkušenost může být společným základem, na němž se mohou setkat jak lidé různých náboženství, tak i ateisté (Maslow, 1992, s. 44). Obsah vrcholných zážitků je pro všechny lidské bytosti přibližně stejný, i když situace nebo spouštěcí podněty, které navodí náboženský prožitek, mohou být různé.

Co je společným jádrem různých náboženských prožitků, hledali i jiní autoři. M. Argyle (2000, s. 52) jmenuje charakteristiky náboženských prožitků v pojetí W. Jamese a W. T. Staceho. W. James však doslova hovoří o znacích *mystického prožitku*, dá se tedy usuzovat na to, že Argyle buď ztotožňuje pojem mystického a náboženského prožitku, nebo v jejich charakteristice nevidí rozdíl.

W. James (1930, s. 230) uvádí čtyři znaky náboženského (mystického) prožitku:

- *nevyslovitelnost* – mystik má těžkosti s vyprávěním o prožitých stavech
- *zprostředkování poznání* – pocit, že získal jisté znalosti, které nikdy předtím neměl, nazírání pravdy nepřístupné rozumu
- *pomíjivost* – zážitek netrvá déle než hodinu nebo dvě
- *pasivita* – i když vznik mystických prožitků lze usnadnit určitými úkony, mystik cítí, že je uchvácený nějakou mocí, jeho myšlenky i pohyby nejsou výsledkem jeho vůle

Již zmíněný W. T. Stace studoval náboženské prožitky v různých kulturách, náboženstvích a v různých historických obdobích a na základě toho vytvořil seznam univerzálních znaků náboženského prožitku. Náboženské (mystické) zážitky tak podle jeho výzkumu charakterizují tyto znaky:

- *vize jednoty, všechny věci jsou jedno, část celku*
- *bezčasovost a neprostorovost*
- *pocit reality, nesubjektivní, ale validní zdroj vědění*

- *blaženost, pokoj, radost, štěstí*
- *pocit posvátného, svatého nebo božského*
- *paradoxnost*
- *nevyslovitelnost*
- *ztráta pocitu self* (Argyle, 2000, s. 52).

K podobnému výčtu znaků došel ve svém výzkumu z roku 1975 Greely, který zkoumal náboženské prožitky u severoamerické populace. Z celkového počtu 1467 osob uvedlo 35% nějaký druh náboženského prožitku. Nejčastější charakteristiky prožitků byly tyto: hluboký pocit klidu, jistota, že všechny věci dopadnou dobře, přesvědčení, že středem všeho je láska, pocit radosti, zážitek hluboké emocionální intenzity, pocit většího porozumění, pocit jednoty všeho, pocit znovuzrození, pocit nepopsatelnosti prožitku a mnohé další (Argyle, 2000, s. 54).

Náboženské prožitky a jejich charakteristiky byly zkoumány v rámci psychologie náboženství různými metodami. K tomuto účelu sloužily nejen nejrůznější dotazníkové metody, ale rovněž byly používány v rámci experimentů různé techniky vyvolávání náboženských prožitků. Známé jsou především experimenty s vyvoláváním náboženských prožitků pomocí drog, například LSD, mescalinu nebo psilocybinu. Ukazují se však určité rozdíly v kvalitě prožitku, pokud je vyvolán chemickými látkami nebo pokud přijde spontánně (byť na základě nějakého spouštěče – viz níže). Zážitky vyvolané pomocí drog byly různé, objevovaly se různé barevné vjemy, předměty se zdály oživené, měnily velikost a barvu, lidé mohli zažívat stavy depersonalizace nebo pocit jednoty s celým světem. Mohli prožívat stavy jak velké blaženosti, tak i velké hrůzy. Často tyto zážitky byly hodnoceny jako náboženské, ale procento osob, kteří je takto popsali, se v různých studiích pohybovalo od 5 do 90 %, nejčastěji mezi 35 a 50 %. Častěji své zážitky hodnotili jako náboženské právě ti, kteří měli nějaký náboženský základ. Náboženská východiska a zkušenosti ovlivňují také obsah prožitků. Mnoho osob však tyto prožitky nemusí vnímat jako náboženské. Přesto se i u nich objevovaly pocity spojené s „klasickými“ náboženskými prožitky, jako například pocit nečasovosti, depersonalizace, živé vizuální vjemy. Objevovaly se u nich ale také některé odlišnosti: náboženský prožitek nebyl spojen s pocitem děsu a hrůzy, neobjevovala se distorze objektů (Beit-Hallahmi, 2004, s. 85-87).

## **2.4. Spouštěče náboženských prožitků**

Náboženské prožitky mohou přijít spontánně, ale stejně tak mohou být výsledkem dlouhodobého snažení, spojeného například s meditací a askezí. Větší pozornost však přitahují právě prožitky, které se do života vlomí nečekaně. Moment překvapení zesiluje prožívání a náhlost může být subjektivně vnímána jako důkaz transcendentního původu zážitku (Říčan, 2007, s. 94). Často jsou však náboženské prožitky vyvolány určitými spouštěči, které těmto zážitkům předchází, nebo tyto spouštěče vytváří okolnosti, za kterých se náboženský prožitek může objevit. Roku 1975 uskutečnil Greely psychologický výzkum mezi osobami, které měly náboženský prožitek. Zjistil, že jejich zážitky byly vyvolány různými spouštěči. Nejčastěji byly jmenovány tyto: poslech hudby, modlitba, krása přírody, jako například západ slunce, chvíle tichého přemítání, navštěvování bohoslužby, poslech kázání, pozorování malých dětí, čtení Bible, pobývání o samotě v kostele, čtení básně nebo románu. Dále byly jmenovány být v menším, ovšem nezanedbatelném počtu jako spouštěče náboženského prožitku narození dítěte, sexuální akt, vlastní tvořivá činnost, pohled na obraz, fyzické cvičení. V tomto výzkumu nikdo ze zkoumaných osob neuvedl jako spouštěč náboženského prožitku drogy (Argyle, 2000, s. 61)

Předmětem sporů ovšem bývá otázka *cíleného* vyvolávání náboženského prožitku pomocí určitých technik. Tímto se dostáváme k tématu technik navozování náboženských prožitků. K výzkumným účelům experimentálního studia náboženských prožitků byly často užívány různé drogy. Už v historii nebo v různých kulturách se používaly drogy k navození náboženských prožitků. Experimentálně se pak mnohokrát zkoumaly například účinky mescalinu, psilocybinu, nebo LSD. Jak ale bylo již uvedeno, ne všechny prožitky, které se objevily v experimentech s drogami, byly účastníky interpretovány jako náboženské (Argyle, 2000, s. 64-65). Kromě použití drog lze náboženský prožitek vyvolat i jinými způsoby, například sensorickou deprivací, pomocí hypnózy nebo holotropního dýchání (Beit-Hallahmi, 2004, s. 88; Grof, 2002, s. 211).

Téma cíleného vyvolávání náboženských prožitků může vzbudit, a často také vzbuzuje, nelibost nábožensky založených lidí. Prožitky, chápané věřícími jako nadpřirozené, nebo přijímané jako dar, jsou tímto redukovány na pouhé psychologické mechanismy (Říčan, 2007, s. 135). Nicméně Říčan (2007, s. 139) upozorňuje na to, že i v náboženské praxi jsou užívány různé techniky, které mohou facilitovat náboženské prožívání. Příkladem těchto technik jsou například: repetitivní modlitba (např. odříkávání manter nebo růžence), koncentrace uvolňující mysl (meditace), pantomimika (provádění určitých gest nebo zaujímání poloh), hudba, zpěv, tanec, půst apod. (Říčan, 2007, s. 139).



I přes rozporuplné reakce, které toto téma může vyvolávat, popisování „spouštěčů“ nutně nemusí znamenat kauzální vztah mezi spouštěčem a náboženským prožitkem. Může jít o dva jevy, které se doprovází, jsou spojené, avšak nikoliv kauzálně, nebo spouštěč může facilitovat prožitek, nikoliv ho nutně *spouštět*. Tímto se tedy nezpochybňuje teologické vysvětlení náboženských prožitků.

## **2.5. Kdo může mít náboženský prožitek?**

Náboženské prožitky jsou častější, než se může na první pohled zdát. Některé výzkumy uvádí, že až 30-40 % Američanů a Angličanů mělo alespoň jednou v životě silný náboženský prožitek (Stríženec, 1999, s. 39). Jiné výzkumy ukazují, že nějaké náboženské prožitky má jedna osoba ze tří (Argyle, 2000, s. 56). Lze se ale domnívat, že někteří lidé mají větší dispozice pro to, prožívat své zážitky jako *náboženské*. Například při experimentech, kdy byly zážitky vyvolávány pomocí drog, se ukázalo, že ne všichni lidé měli zážitek popisovaný jako náboženský (Argyle, 2000, s. 64). Kdo jsou lidé, kteří mají náboženské prožitky?

Výzkumy ukazují, že výskyt náboženských prožitků souvisí s náboženským zaměřením člověka. Studie, kterou uskutečnili Hay a Heald roku 1987 ukazuje, že 56 % těch, kteří někdy navštívili kostel, měli náboženský prožitek, oproti 26 % těch, kteří nikdy v kostele nebyli. Experimenty s vyvoláváním náboženských prožitků pomocí drog ukázaly, že náboženské prožitky měli účastníci, u nichž byla zjištěna vysoká míra intrinsické (zvnitřnělé) religiozity. Přesto ale i mnoho lidí, kteří se nepovažují za religiózní, mají taktéž náboženské prožitky (Argyle, 2000, s. 67).

Liší se lidé, kteří mají náboženské prožitky, v osobnostních charakteristikách? Na základě různých výzkumů se zjistilo, že lidé, kteří mají náboženské prožitky, se nijak významně neodlišují v obvyklých osobnostních dimenzích, jako je extroverze nebo neuroticismus. Rozdíly však byly nalezeny v některých specifitějších aspektech. Některé studie naznačují, že tito lidé vykazují vyšší stupeň *kognitivní otevřenosti* (cognitive openness), tj. jsou otevření neobvyklým, nelogickým aspektům zážitků a zkušeností (Argyle, 2000, s. 67).

Maslow (1992, s. 38) na základě svých výzkumů zjistil, že výskyt tzv. *vrcholných zážitků* (peak experiences), je mnohem častější, než předpokládal. Rozpoznal, že procento osob, které přiznávaly výskyt vrcholných zážitků, záviselo na formulaci jeho otázek. Čím lépe kladl otázky, tím více osob potvrdilo zkušenost vrcholného prožitku. Rozlišuje proto nikoliv osoby, které vrcholné zážitky *mají*, či *nemají*, ale *peakery* a *non peakery*. Označení *non*

*peaker* používá pro osoby, „ *které se vrcholných zážitků obávají, potlačují je, popírají a odvracejí se od nich nebo je ,zapomínají‘*“ (Maslow, 1992, s. 39), a opačně pak označení *peaker* pro osoby, které vrcholné zážitky mají. Maslow uvažuje, proč se někteří lidé náboženských prožitků zříkají. Non peakerem se může stát ta osoba, která se snaží být extrémně racionální, neboť tento životní postoj nutí pohlížet na vrcholné zážitky jako na ztrátu kontroly a přemožení iracionálními prožitky, nebo jako na druh šílenství. Tyto osoby, které se snaží držet stability a kontroly, jsou pak vrcholnými zážitky vyděšeny a mají sklon je popírat (Maslow, 1992, s. 39).

### 3. Mimořádné náboženské prožitky

Předchozí kapitoly byly věnovány náboženským prožitkům obecně. Ovšem více než člověk, který vede běžný náboženský život podle běžných zvyklostí a tradic, a projevy každodenní zbožnosti, přitahují pozornost výjimečné osobnosti, které W. James (1930, s. 10) nazývá „*géniové na dráze života náboženského*“. Výjimečné náboženské prožitky a duchovní zkušenosti přitahují pozornost nejen religionistů a teologů, ale i psychologů a psychiatrů (Kašparů, 2005). Každý ze zmíněných odborníků však k posuzování a hodnocení těchto zkušeností bude přistupovat jinak.

Mimořádné náboženské prožitky mohou mít silný vliv, mohou připomínat náboženské konverze nebo život jedince radikálně změnit. Stejně tak ale mohou utvrdit člověka v dosavadní duchovní cestě a náboženském životě (Maslow, 1992, s. 81).

V minulosti bylo podivné a nevysvětlitelné chování chápáno různě, jako známky posedlosti démony, ďábelského šílení nebo ztráty duše. Lidé vyznačující se podivným chováním byli někdy považováni za proroky, jindy za čaroděje (Smolík, 2002, s. 330). Jak píše již W. James (1930, s. 10), „*jednostranný, výlučný náboženský život z člověka činí bytost zvláštní a výstřední*“. O kolik podivněji a výstředněji působí takový člověk dnes, téměř o století později, v době mnohem více sekulární, a navíc u nás - v zemi považované za jednu z nejateističtějších v Evropě?

Co můžeme považovat za mimořádné náboženské prožitky? Mezi mimořádné náboženské prožitky jmenuje Říčan (2007) zjevení, posedlost, entusiastické prožitky, glosolálie, meditační mystiku. Na základě Jamese (1930) lze k těmto druhům přidat ještě náboženskou konverzi. V čem se ale vlastně liší tyto prožitky od těch „běžných“? Mimořádné náboženské prožitky jsou obvykle nápadné svou intenzitou i vnějšími projevy. Podle Říčana (2007, s. 94) však mezi běžnými a mimořádnými prožitky neexistuje ostrá hranice. Pokud tedy chceme charakterizovat mimořádné náboženské prožitky, platí o nich mnoho z toho, co bylo uvedeno v předchozích kapitolách o náboženských prožitcích obecně. Otázkou však je, zda mezi (běžnými) *náboženskými prožitky* a *mimořádnými náboženskými prožitky* je rozdíl kvantitativní či kvalitativní (nebo obojí).

Podobnější popis můžeme najít u Abrahama Maslowa (1992, s. 35), který pod pojmem *vrcholné zážitky* (peak experiences) shrnuje i různá zjevení, mystická osvícení a náboženské zkušenosti. Maslow uvádí řadu znaků, které tyto zážitky charakterizují. Ve vrcholném prožitku se vnímání i prožívání člověka mění. Člověk ve vrcholném prožitku vnímá vesmír jako integrovaný celek (Maslow, 1992, s. 75). Dochází k dezorientaci v času a prostoru, mohou se objevit zážitky univerzality a věčnosti (Maslow, 1992, s. 78). Poznání je

nehodnotící, hranice mezi důležitým a nedůležitým se stírá. Pozornost člověka je zcela zaměřena na prožitek (Maslow, 1992, s. 75). Dále ve vrcholných prožitcích dochází k poznání *Bytí (B-poznání)*. To směřuje k tomu, že svět je ve vrcholném prožitku vnímán jako nezávislý na nás, oddělen od lidských zájmů. Člověk získává větší odstup a je schopen vnímat přírodu v jejím vlastním bytí tak, že má smysl sama o sobě. Ve vrcholných zážitcích může být vnímání „*relativně ego-transcendentní, nesobecké a umožňuje zapomenout na vlastní já*“ (Maslow, 1992, s. 77). B-poznání je v okamžiku peak experience „*mnohem pasivnější, recesivnější a pokornější*“ (Maslow, 1992, s. 80). Mění se vnímání světa a postoj k dobru a zlu ve světě. Člověk přijímá svět takový, jaký je, přijímá zlo jako součást celku, je s ním smířen. Svět je ale vnímán ve vrcholném prožitku jako dobrý, krásný a hodnotný. Dochází k rozplynutí či transcendenci životních dichotomií (Maslow, 1992, s. 79). Vrcholné prožitky mohou vést i k určitému smíření se se smrtí. Ve vrcholném prožitku se mohou objevit emoce jako údiv, bázeň úcta, pokora či odevzdání. Přechodně mizí strach, úzkost, zábrany, rozpaky, zmatek, konflikty a váhání (Maslow, 1992, s. 81). Během vrcholných prožitků se lidé cítí více „*šťastní a omilostněni*“, obvyklou reakcí je pocit vděčnosti nebo „*pocit vřezahrnující lásky ke všemu a ke všem*“ (Maslow, 1992, s. 83). Jedinec ve vrcholném prožitku cítí, že „*má více svobodné vůle, než měl kdykoliv předtím*“ (Maslow, 1992, s. 82), a blíží se stavu, „*ve kterém o nic neusiluje, nic nepotřebuje, nic si nepřeje a nic pro sebe nevyžaduje*“ (Maslow, 1992, s. 83). Vrcholný zážitek jen tím, že se vyskytne, dává životu smysl, sám sebe potvrzuje a dokazuje svou pravdivost a vnitřní hodnotu (Maslow, 1992, s. 78).

Nyní se zaměříme na to, jak jsou vnímány mimořádné náboženské prožitky z hlediska psychologie, psychiatrie a náboženství.

Psychologie náboženství nejčastěji vysvětluje mimořádné náboženské prožitky na základě pojmu „*změněné stavy vědomí*“ (Říčan, 2007, s. 95). O tom, že mimo běžné vědomí existují též potenciální formy vědomí odlišného, píše již William James na počátku 20. století. V druhé polovině 20. století věnoval ve svém bádání velkou pozornost změněným stavům vědomí Stanislav Grof (Říčan, 2007, s. 219). Podle něj mimořádné stavy vědomí patří mezi obecně lidské zkušenosti (Vančura, 2002, s. 333). Podobné stavy jsou schopni za určitých okolností prožít všichni. Tyto stavy mohou být vyvolány různými spouštěči, nebo se mohou objevit spontánně (Vančura, 2002, s. 330). Z této škály různých změněných stavů vědomí jsou jen některé nazvány psychózami, pro jinou skupinu vyčlenil Grof pojem *holotropní stavy vědomí* (Vančura, 2002, s. 333). Ovšem to, co odlišuje *mimořádný stav vědomí* od *mimořádného náboženského prožitku*, a co je jádrem, podstatou náboženské zkušenosti, je dle W. Jamese (1930, s. 44) ten prvek nebo ta jejich vlastnost, se kterými se nemůžeme setkat

nikde jinde. Podobně se můžeme ptát, co odlišuje mimořádný náboženský prožitek od jakéhokoliv jiného mimořádného, extrémního (psychického) prožitku. To, co definuje tyto prožitky jako náboženské, může být pocit posvátna, transcendence či jiné charakteristiky, uvedené v kapitole *Jádro náboženských prožitků*.

Psychiatrie uznává jako normální pouze omezený počet stavů vědomí (bdělost, somnolence, snění a hluboký spánek). Jakéhokoliv odchylky od těchto stavů, tedy změněné stavy vědomí, jsou považovány za projev duševního onemocnění. To zahrnuje i mystické prožitky, které tak dostanou označení například psychotické epizody (Grof, 2002, s. 211).

Postoj k mimořádným náboženským prožitkům z hlediska náboženství a života věřícího člověka je velmi rozmanitý. Některé náboženské skupiny, například ty, které žijí z tradice protestantské ortodoxie, oceňují projevy nenápadné a psychologicky skromné, každodenní religiozity (Říčan, 2007, s. 87). Jiné náboženské skupiny, jako jsou probuzenecké církve, se snaží přivést členy k mimořádným prožitkům přesahujících prostou víru a běžné city. Jako příklad uvádí Říčan charismatické hnutí, ve kterém se očekává, že věřící „*přijme křest Duchem svatým, přičemž za typický projev tohoto křtu je považována glosolálie*“ (Říčan, 2007, s. 93). V katolické dogmatice se uvádí, že náboženská zkušenost konfrontuje člověka s poslední příčinou a cílem bytí a života. Zážitek Boha znamená styk se skutečností Boha jako nejbližší a nejdůležitější vztahový rámec člověka (Stríženec, 1999, s. 38). Biblický text Sk 2,16-18 vyjadřuje, že i mimořádné charismatické projevy budou patřit k normálnímu a běžnému životu církve (Beneš, 2002, s. 29).

Soukromá zjevení nebo extáze byla často počátkem mnoha náboženství, která se označují jako „zjevená“ Tato náboženství pak kodifikují a sdělují tuto původní mystickou zkušenost osamělého proroka lidem (Maslow, 1992, s. 35). Tuto jedinečnou zkušenost se pak snaží převést ve sdělitelná slova a formulace, rituály a ceremonie (Maslow, 1992, s. 40) Maslow se však domnívá, že i v rámci náboženství může docházet k jistému napětí mezi *peakery*, mystiky na jedné straně, a mezi lidmi, kteří jsou *non peakery*, a kteří „*konkretizují náboženské symboly a metafory, uctívají malé kousky dřeva spíše než to, co tyto kousky symbolizují, těmi, kteří berou slovní formulace mystiků doslova, zapomínajíce na jejich původní význam*“ (Maslow, 1992, s. 41). Každý *peaker* (tedy člověk, který měl vrcholný prožitek, peak experience) si podle Maslowa vytváří své vlastní náboženství na základě svých soukromých zjevení. Všechny náležitosti organizovaného náboženství jsou pro něj druhotné, periferní (Maslow, 192, s. 44). Tento rozpor mezi *peakery* a *non peakery*, mezi *mystiky* a *legalisty*, však podle Maslowa existuje nejen v náboženských skupinách, ale i v jiných oblastech života, mezi filozofy, psychology, ale i laiky (Maslow, 1992, s. 42).

## 4. Některé formy mimořádných náboženských prožitků

Předchozí kapitoly byly věnovány různým definicím náboženských prožitků obecně. V této kapitole se chci některým vybraným druhům mimořádných náboženských prožitků věnovat podrobněji. Nejde mi ale o to podat pouze deskriptivní popis z hlediska psychologie náboženství, psychiatrie a z hlediska teologie. V souladu s cílem této diplomové práce porovnáám tyto tři přístupy a pokusím se objasnit, jak se na mimořádné náboženské prožitky dívají ze svého úhlu pohledu. Předpokládám, že každý ze zmíněných oborů používá tentýž pojem v různých konotacích a má ho spojený s jinými asociacemi. Záměrem této kapitoly je tedy poskytnout jakýsi „slovník“. Abychom mohli navázat dialog mezi různými obory, je třeba především sladit jazyk, abychom si vůbec porozuměli. Domnívám se, že mnoho konfliktů a nedorozumění vyplývá právě z toho, že různé obory nemluví stejným jazykem, i když to tak na první pohled vypadá. Používáme stejný, český jazyk, používáme slova, která znějí a vypadají stejně – přesto ale mluvíme o ničem jiném. I když forma slova je stejná, jeho obsah je jiný a utváří ho kontext, ve kterém se používá. Vysvětlím tuto domněnku na příkladu: vezměme si například slovo „house“. Když ho čteme v kontextu knihy o zvířatech, je nám jasné, že jde o mládě husy. Když ale toto slovo najdeme v učebnici angličtiny, jedná se o dům. Jedno slovo, ale jiný význam. Význam slova utváří kontext jeho použití. Proto chci poskytnout jakýsi výkladový slovník a porovnat, jak různé přístupy chápou odlišně tytéž pojmy. Pro tento účel jsem vybrala tři druhy náboženského prožitku, na kterých se pokusím ilustrovat, jak danému pojmu bude rozumět psycholog, psychiatr a teolog či duchovní<sup>1</sup>.

### 4.1. Zjevení

Vidět něco, co ostatní nevidí, na co si nelze sáhnout, co nelze zvažít ani změřit – je takový člověk považován za blázna, nebo vizionáře?

Nejen legendy a mýty jsou plné výskytu iracionálních jevů, ale i dějiny náboženství. Dějiny křesťanství jsou protkány příběhy o světcích a prorocích, kteří měli nějaké zjevení. Počátky některých náboženských skupin jsou spojeny se zjevením nějaké nadpřirozené bytosti – např. zjevení anděla Moroniho Josephu Smithovi. Avšak případy zjevení nejsou jen příběhy minulými, ale objevují se i dnes. Dnes o zjeveních slýcháme v souvislosti s mnoha poutními místy, jako jsou Lourdy, Fatima či Medžugorje. Dokonce lze říci, že případy různých

---

<sup>1</sup> Co se týče posledně jmenovaného přístupu, tedy přístupu z hlediska náboženství, většinou pro zjednodušení volím přístup katolické církve. Výhodou je to, že katolická církev má poměrně rozpracovaný a dobře popsáný systém přístupu k některým mimořádným náboženským prožitkům. Pro pojmenování katolické církve užívám často kratšího vyjádření Církev.

zjevení se dnes těší popularitě, neboť mimořádně a těžce vysvětlitelné fenomény, ať už náboženské či nenáboženské povahy, jsou pro mnoho lidí velmi přitažlivé (Opatrný, 1998, s. 64).

Se zprávami o různých případech zjevení se vynořují samozřejmě otázky po věrohodnosti, pravosti těchto zjevení. Tato otázka je ale složitá, neboť záleží na tom, zda se bude otázka pravosti týkat vnitřní poctivosti vizionáře, jeho psychického stavu, či zda se budeme ptát na pravost nadpřirozeného působení (Beneš, 2002, s. 71).

Psychologie náboženství, aniž by popírala transcendentní zdroj zjevení (respektive se k tomuto vůbec nevyjadřuje), vysvětluje tento druh prožitku jako „*vynoření určitého obsahu z nevědomí, kde se nacházel, v důsledku oslabení či vymizení vědomí aktivity Já*“ (Říčan, 2007, s. 96). Prožitek může mít charakter vizuální, či auditivní. Pokud jsou prožitky obzvláště intenzivní, může se na nich podílet více smyslových modů, včetně taktilních vjemů. Prožitek může mít různou podobu, od specifického pocitu, že „někdo je zde“ až po neurčitý pocit zjevení, které má neverbální, nenázornou podobu (Říčan, 2007, s. 96).

Jiná charakteristika prožitku zjevení, podle N. Holma, byla uvedena výše, v kapitole *Formy náboženského prožívání*.

Hagiografie vypráví příběhy mnoha světců, kteří prožili zjevení. Z hlediska psychiatrie by někteří byli uznáni za duševně nemocné. Vidět něco, co nevidí jiní, je považováno za halucinaci. Halucinace je „*vjem bez zevního podnětu, o jehož realitě je nemocný nevývratně přesvědčen*“ (Vondráček, 1993, s. 39). Vize by tak byly považovány za halucinace, vyvolané například extrémní askezí, spánkovou deprivací nebo sociální izolací. Halucinace je symptomem mnoha různých duševních chorob. Různí světci by tak získali nejrůznější diagnózy, od psychotických poruch přes epilepsii až po histriónské nebo konverzní poruchy (Vondráček, 1993, s. 314).

Co se ale myslí oním „zevním podnětem“, jehož nepřítomnost vede k označení vize za halucinaci? Empirická věda, ke které jistě patří i psychiatrie, chápe svět jako objektivní realitu, kterou poznáváme a která existuje pro každého stejně. Takovýto přístup vylučuje možnost subjektivního jedinečného poznání, které je empiricky neověřitelné, přestože může být pravdivé.

Tímto se dostávám k třetímu hledisku hodnocení prožitku zjevení, a sice z pohledu náboženského. Na rozdíl od psychologie náboženství, která popisuje zjevení z hlediska prožitku subjektu, a k jeho ontologickému původu se nevyjadřuje, odpověď na tuto otázku hledá teologie. Zde je ale nutné nejprve si objasnit terminologii, neboť pojem *zjevení* označuje v teologii více jevů. V pojmovém schématu křesťanské teologie se rozlišuje *Zjevení*, tedy *Boží*

*zjevení v Ježíši Kristu* (někdy se užívá i označení *úřední Zjevení*), které skončilo smrtí posledního z apoštolů, a *soukromé zjevení* (Opatrný, 1998, s. 65; Beneš, 2002, s. 28). Právě soukromá zjevení jsou obsahem této kapitoly.

Označení *soukromé zjevení* je terminus technicus, kterým se označuje každé zjevení z doby poapoštolské, které na rozdíl od *Zjevení daného v Kristu* a předaného apoštolu není závazné pro všechny křesťany (Opatrný, 1998, s. 65). Podle Katechismu katolické církve není úlohou soukromých zjevení, ke kterým dochází během lidských dějin, „*vylepšovat nebo doplňovat Kristovo definitivní zjevení, nýbrž napomáhat k tomu, aby se z tohoto zjevení v určitém historickém období plněji žilo*“ (Čejka, 2004). I když se zjevení nazývá *soukromým*, jeho dosah bývá velmi široký. Pokud někdo měl zjevení, nebo prohlašuje, že ho měl, ovlivní to zásadně nejen jeho vlastní život, ale má to dopad i na jeho nejbližší, jeho rodinu, společenství, farnost atd. V samotné církvi nalezneme celou řadu postojů, od fascinace a bezmezného přijetí až po odmítání či distancování (Opatrný, 1998, s. 65). Proto v rámci soukromých zjevení rozlišuje Beneš (2002, s. 28-29) zjevení *mystická*, která se týkají pouze jednotlivce, a zjevení *charismatická*, která obsahují poselství celému společenství a jejichž vliv zasáhne mnoho lidí. Dále se mohou rozlišovat soukromá zjevení podle druhu: *vize* nebo *audice*.

Vize i audice jsou výjimečným zážitkem, z pohledu teologického však nejsou něčím, o co by člověk měl cíleně usilovat, ani se k nim nějak významně upínat, neboť „*v Kristu zjevil Bůh plnost své pravdy*“ (Beneš, 2002, s. 41). Katolická teologie se staví i spíše odmítavě k různým fantazijním vizím a představám, které neprospívají duchovnímu pokroku, stejně tak například svatý Jan od Kříže, mystik, je skeptický vůči smyslovým vizím, které mohou vést k „*marnivosti a duševní pýše*“ (Beneš, 2002, s. 39). Tento církevní učitel proto radí spíše takováto zjevení odmítat a stavět se k nim obezřetně (Beneš, 2002, s. 39).

Vize mohou být spojeny se stavem extáze, která se může vyskytovat v různé intenzitě a v různém stupni. Mystická extáze je součástí vývoje duchovního života jednotlivce, oproti tomu charismatické extáze přicházejí náhle, bez předchozí přípravy. Tomáš Akvinský nazýval tento stav jako „*raptus*“, což bychom mohli výstižně přeložit jako vytržení. Z křesťanského pohledu je extáze Boží zásah, který poznávací schopnost člověka pozdvihne k úplnému nebo částečnému odpoutání od smyslového světa a zaměří jí nadpřirozeně k zjevenému předmětu. Vzhledem k tomu, že extatické jevy lze vyvolat i jinými psychologickými podněty nebo různými technikami, například hudbou, rytmem, cvičením, upozorňuje teolog A. J. Beneš, že skutečnost extáze sama o sobě není důkazem



nadpřirozeného původu jevu, je pouze jeho vnější doprovodnou stránkou (Beneš, 2002, s. 44-45).

Z křesťanského pohledu je vlastním subjektem soukromých zjevení Bůh sám. Pokud si je příjemce zjevení subjektivně jistý autenticitou zjevení, je dle katolické církve „*oprávněn, a dokonce povinen, přijmout je fide divina*“ (vírou božskou) (Beneš, 2002, s. 31). Pro ostatní věřící však tento závazek neplatí. Soukromá zjevení mohou vyžadovat ze strany věřících pouze rozumný lidský souhlas, a to i v případě, kdy jde o zjevení, která jsou církví aprobovaná. I když jsou tedy tato zjevení církevní autoritou uznána, jsou pouze *probabiles et pie credibiles*, tedy *pravděpodobná a zbožně věřitelná*. Tento souhlas může věřící i odepřít, pokud se tak ale neděje s pohrdáním (Beneš, 2002, s. 34). Podíl soukromých zjevení však není v duchovním životě věřících zanedbatelný, mohou být příčinou konverzí, nebo povzbudit náboženský život (Beneš, 2002, s. 35).

Ačkoliv je Církev poslední institucí, která věří na zázraky, v posuzování zázraků a zjevení je velmi opatrná a přijetí autenticity zjevení není ničím samozřejmým. Učitelství úřad Církve, který posuzuje soukromá zjevení, bere v úvahu řadu kritérií. V první řadě to, zda není možné vysvětlit zkoumané jevy „*způsobem přirozeným, psychologickým nebo parapsychologickým*“ (Beneš, 2002, s. 86). Jsou odmítnuta ta soukromá zjevení, která jsou v rozporu se „*zdravým rozumem, se zdravou soudností a s ověřeným přírodovědeckým poznáním*“ (Beneš, 2002, s. 86). Zde je nutná spolupráce s odborníky z oborů. Dále se zkoumá za pomoci medicíny, psychiatrie a psychologie, případně z jiných oborů, duševní stav vizionáře. Snahou je odhalit možný podvod nebo případnou psychickou poruchu vizionáře a svědků (Čejka, 2004). Důvěra není kladena v soukromá zjevení u osob, které jsou psychicky nevyrovnané, nebo trpí bludy a halucinacemi (Beneš, 2002, s. 86). Kromě duševního zdraví se hodnotí upřímnost vizionáře. Zkoumá se jeho charakter, chování, a to i za pomoci svědků z jeho okolí (Čejka, 2004). Dále se porovnávají jednotlivé výpovědi vizionáře, nesmí se v nich vyskytnout žádné rozpory (Čejka, 2004).

Také jsou odmítnuta ta zjevení a poselství, která „*slibují mimořádné účinky*“, dále ta, která jsou „*v rozporu s morálkou*“, nebo která se týkají „*záležitostí vysloveně světských*“ (oblékání, výživa apod.), nebo společenských a politických (Beneš, 2002, s. 87).

Pokud jsou vyloučena tato tzv. negativní kritéria, přistupuje se k posuzování tzv. pozitivních kritérií – soulad s veřejným zjevením, tedy „*Božím zjevením*“ dle Písma a tradice (Beneš, 2002, s. 87). Pokud se tedy připustí možnost nadpřirozeného zásahu, zkoumá se, zda autorem zjevení je Bůh či ďábel. Církev zkoumá, zda dary, udělované skrze soukromá zjevení (*gratia gratis data*), skutečně pocházejí od Boha (Čejka, 2004). Zde se tedy již jedná

o teologickou vědu, která se zakládá na víře. Teologických kritérií je mnoho a nebudu se jimi příliš podrobně zabývat, neboť to ani není předmětem mé práce. Pro ilustraci uvedu stručně jen některá. Podle pravidla *Regula Fidei* se zkoumá, zda zjevení neodporuje nauce katolické Církve, dále se zkoumá například vizionářův život před zjevením, okolnosti prvního zjevení, první reakce vizionáře v přítomnosti nadpřirozené bytosti, vzhled a chování zjevující se bytosti, zkoumá se i obsah a forma řeči zjevující se bytosti. Sleduje se duchovní život, který se pod vlivem zjevení vyvíjí u vizionářů i poutníků, a podle pravidla *Bonum commune ecclesiae* se zkoumá, zda „zjevení slouží v posledku dobru celé církve“. Kromě toho teologie posuzuje, zda nová zjevení nejsou „d'áblovy mi pastmi, aby překazil předchozí autentické zjevení“ (Čejka, 2004).

Jak vidíme, celý proces je složitý a jeho letmé nastínění vysvětluje, proč uznávání zjevení není ničím samozřejmým. Konečné rozhodnutí ve věci autentičnosti a pravdivosti soukromých zjevení náleží učitelskému úřadu církve. Církev v této záležitosti projevuje mimořádnou ostražitost. Všichni vizionáři se musí podřídit církevní hierarchii, konkrétně místnímu biskupovi, který je v této věci kompetentní (Čejka, 2004). Rozhodnutí Církve o soukromém zjevení je formulováno negativním způsobem, tedy že konkrétní zjevení není v rozporu s úředním zjevením. Pravidlo *Bonum ex integra causa, malum ex quocumque defectu*, kterým se řídí komise posuzující soukromá zjevení, říká, že za autentické zjevení lze uznat jen to, v němž není žádný omyl. Jestliže se vyskytne jediná pochybnost, je Církvi odmítnuto (Čejka, 2004). Vyjádření církve má zaručit, že je možné soukromé zjevení přijmout bez obavy z bludu a pověr (Beneš, 2002, s. 89-90).

Na začátku kapitoly byla zmíněna otázka pravdivosti či pravosti zjevení, kterou ovšem lze nahlížet z různých úhlů. Přístup psychologie náboženství v zásadě nezpochybňuje pravdivost či vnitřní poctivost vizionáře. Zážitek zjevení popisuje a respektuje jako reálný pro člověka samotného, bez aspirace na posuzování jeho „objektivní“ reálnosti. Přístup psychiatrický, medicínský, vychází z metodologického ateismu, skrze nějž usuzuje na psychický stav člověka. Přístup teologický postupně zvažuje nejprve přirozená vysvětlení, než začne zkoumat pravost zjevení jakožto zjevení, které má svou příčinu v Bohu. Vidíme, že tři zmíněné přístupy, pokud posuzují mimořádný prožitek zjevení, se soustředí na odlišné aspekty jeho pravosti a nejsou nebo nemusí být chápány jako protichůdné či vzájemně se vylučující.

## 4.2. Křesťanská glosolálie

Pojem *glosolálie* vychází z řeckých slov *glossa* – jazyk a *lalia* – mluvení (Škodová, 2005, s. 312). Doslova jde tedy o *mluvení jazyky*. Jedná se o zvláštní typ nesrozumitelné modlitby, znějící jako neznámý jazyk (Zajacová, 2009, s. 7).

Zajacová (2009, s. 12) uvádí ve své diplomové práci shrnující definici glosolálie: *„Křesťanská glosolálie je jev, vyskytující se v některých náboženských skupinách v rámci křesťanství, typický především pro tzv. hnutí obnovy v Duchu Svatém. Formálně jde o schopnost vyslovování řetězců slabik, jevících se jako řeč, ale bez struktury jazyka. Je považovaná za způsob modlitby darovaný Bohem, přičemž hovořící má většinou svůj projev pod vědomou kontrolou, avšak tvorba slov probíhá bez vědomé kontroly a hovořící má pocit, že tato řeč se vytváří sama od sebe anebo přichází od Boha“*.

Z pohledu psychologie náboženství se glosolálie vymezuje jako *„nepatologický jazykový projev, bez skutečného lingvistického obsahu, respektive jako nevýznamová, ale fonologicky strukturovaná dikce, o které se hovořící domnívá, že je reálným jazykem. Ve skutečnosti se ale nepodobá žádnému živému či mrtvému přirozenému jazyku. Je to řetězec slabik sestavených více méně náhodně, ale podobá se slovům a větám, protože se tu používá podobný rytmus a melodie jako ve známém jazyce“* (Stríženec, 1996, s. 39).

Říčan (2007, s. 98) považuje glosolálii za jeden z druhů entuziastických zážitků, který je *„nejznámějším a také nejběžnějším projevem entuziastické letniční spirituality“*. Glosolalik *„řiká slova a věty v jazyce, který neodpovídá žádné známé řeči, přičemž slabiky užitých slov často odpovídají slabikám jeho mateřské řeči, jsou tedy kulturně specifické“* (Říčan, 2007, s. 98). Mluvení jazyky je glosolaliky považované za důkaz toho, že mluvící byl pokřtěn Duchem Svatým. Glosolálie je prožívána jako dar, kdy Duch svatý promlouvá skrze člověka – glosolalik se tedy necítí subjektem, který by řeč vytvářel, ale spíše „prostředkem“ působení transcendentní síly (Říčan, 2007, s. 98).

Lingvistka S. Škodová (2005, s. 312) popisuje glosolálii jako jev, který je charakterizovaný produkcí slov a celých projevů, obvykle ve stavu náboženského vytržení. Hlasové orgány hovořícího jsou aktivní, k produkci „slov“ ale dochází bez vědomé kontroly hovořícího.

Jiný lingvista, William Samarin, uvažuje o glosolálii v podstatě jako o naučeném chování. Podle něj je glosolálie lingvistickým symbolem posvátna, i když není jazykem v běžném slova smyslu (Zajacová, 2009, s. 30).

Nils Holm, skandinávský sociální psycholog, považuje glosolálii za výsledek sociálního učení. Zkoumal ji i z lingvistického hlediska a došel k závěru, že se v ní jedná

o vzorce, které se lidé učí od sebe navzájem. Dokonce lze mluvit o určitých dialektech glosolálie v rámci různých prostředí. Většinou jde o hlásky z mateřského jazyka daného glosolalika, i když někdy se vyskytují i zvuky převzaté z jiných, úplně cizích jazyků, a někdy se proto glosolálie může povrchně podobat reálnému jazyku. Holm se domnívá, že glosolálie je založená na všeobecné lidské schopnosti imitace (Zajacová, 2009, s. 31).

Z psychologického hlediska byla glosolálie prozkoumána jen částečně a byla různě vysvětlována. Například W. James hovoří o impulzech z podvědomí, O. Pfister o infantilní agresi, J. Leffal o katarzi, L. Viver o projevech náboženského dynamismu. C. G. Jung vysvětluje glosolálii jako obrazy z podvědomí a považuje ji za pozitivní přípravu integrace osobnosti. Podle jiných autorů může být glosolálie prostředkem k uvolnění emočních konfliktů a má psychoterapeutickou funkci (Stríženec, 1999, s. 45), další se ji pak pokouší psychologicky vysvětlit na základě mechanismů disociace. Například Řičan (2007, s. 97) vysvětluje entuziastické prožitky „*disociačním vyvázáním určitých psychických procesů ze sféry vědomí. Dostanou-li se tyto procesy či jejich výsledky do sféry vědomí, vzniká v jejich nositeli dojem a pevné přesvědčení, že jsou navozovány Duchem*“. Jiná vysvětlení zdůrazňovala například roli podvědomí či nevědomí, sugesce, hypnózy, primitivních a infantilních impulzů, a považovala glosolálii za nezdravý únik od dospělého života. Jiní zase pokládali glosolaliky za typ hraniční osobnosti, která má problém rozlišovat sama sebe od ostatních. Glosolalici tedy měli být osobami s vážně narušenou identitou *self* jakož i sníženou schopností vytvářet a udržovat objektivní vztahy. Jindy byla glosolálie interpretovaná jako regrese, návrat k dětské řeči či žvatlání. K žvatlání je připodobňována někdy i samotnými glosolaliky, dokonce s určitým náboženským vysvětlením (komunikace věřícího s Bohem jako malého dítěte s rodičem) (Zajacová, 2009, s. 22-36).

Z pohledu psychiatrie by se dala glosolálie považovat za symptom nějaké poruchy. Dokonce v počátcích zkoumání tohoto jevu byla glosolálie obecně považovaná za projev psychopatologie. Glosolalici byli považováni za intelektuálně deficitní, podléhající psychické nákaze, za hysterické, sugestibilní, pod vlivem hypnotického transu (indukovaného zvenku či autohypnózou), psychotické (což vyplývalo z pozorování dezorganizované řeči u schizofreniků), či přinejlepším za neurotické s narušeným osobnostním vývojem. Dále pak se vysvětlení glosolálie hledalo v labilitě nervového systému. Jinými autory byla považována jako příznak dezintegrace ega nebo byla spojována s disociativními stavy (Zajacová, 2009, s. 21).

Novější výzkumy týkající se vztahu glosolálie a psychopatologie však nepotvrdily mnohé starší předpoklady. Ztotožnění s psychopatií bylo pravděpodobně inspirované

určitými vnějšími podobnostmi mezi náboženskou a modlitební praxí charismatiků a psychopatologickými jevy. Nepotvrdila se například starší tvrzení o vztahu glosolálie s hysterií a schizofrenií (Stríženec, 1999, s. 45; Zajacová, 2009, s. 27). Rovněž Malony a Lovekin ve své studii z roku 1985 vyvrací na základě podrobné analýzy dosti častý názor o glosolálii jako duševní chorobě, což ovšem nevylučuje, že někteří glosolalici mohou být duševně choří. Zkoumání osobnostních znaků glosolalíků dalo dost protichůdné výsledky, celkově jsou více sugestibilní, extrovertovaní a se zvnitřněnou religiozitou. V duševním zdraví se však neodlišují od ostatní populace. Glosolálie se častěji vyskytuje při skupinových setkáních než o samotě. Změněný stav vědomí se nepodařilo dokázat (Stríženec, 1999, s. 39).

Ačkoliv v Bibli je zmiňované *mluvení v jazycích*, samotné označení *glosolálie*, používané současnými biblisty, se v ní nenachází. Formulace *mluvit v jazycích*, která se v Novém zákoně vyskytuje devětkrát, je pravděpodobně eliptickým vyjádřením starších výrazů jako *mluvit v nových jazycích* nebo *mluvit v jiných jazycích* (Fould, 1997, s. 9-10). Jak se tedy na glosolálii pohlíží z křesťanského hlediska? Předně je třeba říci, že glosolálie se nevyskytuje mezi všemi křesťanskými církvemi, ale nejrozšířenější je v rámci duchovního hnutí *obnovy v Duchu Svatém*. Jiným názvem, který označuje také jednu z podob tohoto hnutí, je *charismatické hnutí* (Zajacová, 2009, s. 12). Glosolálie, tedy způsob modlitby, je považovaný v těchto skupinách za charisma, tedy nadpřirozený dar Ducha Svatého, který nezávisí na schopnostech a vůli člověka (Fould, 1997, s. 13). Pokud někdo při náboženském shromáždění mluví pod vlivem Ducha Svatého darem jazyků, ostatní to mohou pochopit tak, že je Bůh přítomný a že chce něco sdělit. Jde tedy o znamení Boží přítomnosti (Cantalamesa, 1998, s. 56).

Na závěr je třeba upozornit, že jevy podobné křesťanské glosolálii se mohou vyskytovat i v jiných náboženstvích a pokud se zabýváme jedním, tedy *křesťanskou glosolálií*, je třeba odlišovat, když mluvíme o jiných náboženských projevech, přestože pojmenování samotného jevu a někdy jeho některé formální projevy mohou být podobné (Zajacová, 2009, s. 20).

Rovněž je třeba upozornit na to, že pojem *glosolálie* se používá i v naprosto jiném kontextu než náboženském, a označuje něco zcela jiného než druh modlitby. Takovýmto příkladem může být studie profesora Stuchlíka (2006), který zkoumal projevy nazývané jako glosolálie v kontextu psychotických poruch. Glosolálii (spolu s neofázií) řadí mezi složitější jazykové novotvary nazývané glosie či neoglosie (Zajacová, 2009, s. 11). Jeho definice glosolálií zní: „*Glosolálie jsou slovní produkce vnějšího tvaru mluveného jazyka se stavbou vět, resp. širších větných celků, bez zjiřitelného vnitřního obsahu, bez zjiřitelné pravidelnosti*

výrazu *nebo vytváření, neschopné opakování a nepřeložitelné*“ (Stuchlík, 2006, s. 51). Oproti nim neofázie mají samostatnou gramatiku a slovník. Jiným příkladem, kdy se určité projevy nazývané jako glosolálie mohou vyskytnout v rámci psychopatologie, jsou mentální retardace (Zajacová, 2009, s. 11).

Cílem kapitoly bylo upozornit na možná terminologická nedorozumění a objasnit, co daný pojem znamená v kontextu svého použití. Zde názorně vidíme, že stejný termín použitý v jiné souvislosti nabývá odlišného významu a je asociován s odlišnými pojmy.

### **4.3. Posedlost a exorcismus**

Ve středověku lidé viděli příčiny chorob v působení zlých duchů. I když je tento názor prezentován jako nevědecký a dávno překonaný, nacházíme i v dnešní době různou literaturu nebo i přednášky na toto téma (Burdová, 2009, s. 209). Také v médiích se objevují čas od času případy různých obřadů, kdy dochází k vymytání ďábla (některé zprávy jmenuje např. Kaláb, 2000). Tyto zprávy vyvolávají velkou senzací a jsou vodou na mlýn odpůrcům církve, kteří v těchto zprávách vidí důkaz zpátečnických praktik církve. Zároveň však pro další skupinu lidí tyto zprávy mohou být potvrzením jejich přesvědčení, že duševní nemoci jsou dílem ďáblůvým. Tak jako tak, tyto zprávy zkreslují pohled jak na Církev a její praxi exorcismu, tak ovlivňují i pohled na duševní nemoci a jejich léčbu. Podívejme se proto blíže na to, jak se staví Církev<sup>2</sup> k otázkám posedlosti, co obnáší exorcismus a co znamená pojem posedlost v psychiatrii a psychologii.

Psychologie náboženství o posedlosti mluví, jestliže je „*subjekt svými prožitky, jež chápe jako navozené zvenčí, případně démonem, který ho „obsadil“, trýzněn. Psychické procesy, které probíhají mimo sféru a mimo kontrolu jeho vědomí, mohou vést k jednání, s nímž nesouhlasí, ale jemuž nemůže zabránit*“ (Říčan, 2007, s. 97). Stav posedlosti je tedy z hlediska psychologie popisován skrze prožitky subjektu, aniž by se hodnotil jejich původ. Například Scott Peck (1996) doporučuje psychologům a psychoterapeutům, ať už zaujmají k existenci zlých duchů jakékoliv stanovisko, aby v případech, kdy pacient hovoří o ďáblu a jeho působení na jeho život, přijali jakousi *psychologickou existenci ďábla* – existence ďábla je psychologickou realitou, která tak může ovlivňovat chování, myšlení a pocity. Tímto přístupem se tak psycholog sám vyhne konfliktu osobního přesvědčení s vírou pacienta, a zároveň může zohlednit při léčbě religiozitu pacienta.

---

<sup>2</sup> I když se exorcismus provádí v různých křesťanských církvích nebo náboženských hnutích, budu pro zjednodušení popisovat jen přístup katolické církve

Je možné však uplatnit tento přístup v psychiatrii? Někteří se domnívají, že psychiatr, který by před svými kolegy přiznal, že věří v existenci ďábla a jeho působení na člověka, bude považován za podivína (Burdová, 2009, s. 209). Akceptovat exorcismus a stavy posedlosti zlým duchem totiž předpokládá víru v existenci zlých duchů. Tato víra je již za hranicemi vědecké medicíny a psychiatrii, nejen ti ateističtí, se tedy pochopitelně snaží osobní víru, potažmo nevíru ve zlé duchy oddělovat od léčby (Peck, 1996).

Všimněme si ale opět odlišného používání pojmů v psychiatrii a následně pak v teologii. Oba pojmy, i když jsou formálně stejné, nejsou totožné. Zároveň nelze říci, že by se navzájem vylučovaly, neboť každý popisuje vlastně něco jiného. Pokud se v psychiatrii použije označení „stavy posedlosti“, myslí se tím jeden z možných projevů tzv. disociativní (konverzní) poruchy. V případě těchto stavů je jedinec přesvědčen, že se *ho „zmocnil duch, mocnost, božstvo nebo jiná osoba“* (Psychiatrické centrum Praha, 2002, s. 157). Předpokládá se, že příčina disociativních stavů, a tedy i stavů posedlosti, je psychogenní, neboť tyto stavy jsou úzce spojeny s *„traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy“* (PCP, 2000, s. 153).

Někdy se ale vyskytnou stavy, se kterými si psychiatři nevědí rady. Pak se může stát, že buď sám pacient, zápolící s různými obtížnými duševními stavy, nebo jeho okolí žádá exorcismus, poněvadž tíha duševní nemoci, se kterou si nemůže nemocný poradit a kde medicína někdy tak málo pomůže, se jim může jevit jako koncentrované zlo (Kašparů, 2005). Co tedy obnáší exorcismus a jak se dívá Církev na stavy posedlosti?

Je třeba podotknout, že názor na posedlost, působení démonů a na exorcismus není mezi věřícími jednoznačný, a to ani v katolické církvi. Je řada teologů, kteří popírají existenci ďábla, nebo ho považují za abstraktní označení obecného zla ve světě (Burdová, 2009, s. 209). Právě s rozvojem psychiatrie a psychologie se řada z nich domnívá, že veškeré případy posedlosti by se měly řešit jen za pomoci těchto věd (Amorth, 2000, s. 106).

Nicméně podle Katechismu katolické církve (článek 2851) jsou poslední slova modlitby *Otče náš* „Ale zbav nás od zlého“, nikoliv prosbou o ochranu před nějakým abstraktním zlem nebo problémy, ale přímo před osobou zlého ducha, Satana (Burdová, 2009, s. 209).

Podle Katechismu (2002) je *d'ábel* [„dia-bolos“] ten, který „chce překážet“ Božímu úradku a jeho „dílu spásy“ dovršenému Kristem. Článek 414 Katechismu popisuje, že „*Satan nebo d'ábel a ostatní zlí duchové jsou padlí andělé, protože svobodně odmítli sloužit Bohu a jeho plánu. Jejich rozhodnutí proti Bohu je definitivní. Snaží se strhnout člověka do své vzpoury proti Bohu*“ (Katechismus katolické církve, 2002).

Nový zákon předpokládá existenci démonů a zlých duchů jako samozřejmost. Z něj vychází i tradice vyhánění d'ábla. Na mnoha místech se dočítáme o tom, jak Ježíš Kristus vyháněl d'ábly z posedlých osob, například Mk 1,25-26, Mk 7,29, Mk 5,1-20, L 8,26-33, L 4,35. Moc vyhánět zlé duchy dostávají i učedníci, jak se dočtíme v Mk 3,15.

Katolická církev se však dnes staví k otázce exorcismu, tedy vyhánění zlého ducha, zodpovědně až úzkostně. Exorcismus může v katolické církvi sloužit pouze biskup nebo pověřený kněz. Je jednou z forem veřejné modlitby, a proto je jeho praxe podřízena autoritě církve (Kodet, 2009). Exorcismus je obřad, který se provádí podle oficiálního textu, kterým je *Římský rituál*. Obsahuje různé modlitby, čtení z evangelia, a pak kněz pronáší tři exorcismy, přičemž má ruku na hlavě postiženého. Při nich slovy nařizuje ve jménu Ježíše Krista „nečistému duchu“, aby přestal trýznit posedlého člověka a vyšel z něho (Amorth, 2006, s. 248).

Před tím, než se přistoupí k exorcismu, se zpravidla žádá, aby psychiatrické vyšetření vyloučilo, že jde pouze o psychickou nemoc. Může ale jít o kombinaci obojího – nemoc i intervenci zlého ducha. V každém případě je třeba vědět, že nevhodným způsobem lze nemocného vmanévrovat do situace, kdy se jako posedlý začne chovat. Právě tomu se chce církev vyhnout (Kašparů, 2005).

Pravidla a podmínky exorcismu v prostředí katolické církve popisuje Katechismus katolické církve (2002) v článku 1673: „*Když církev veřejně a s autoritou prosí ve jménu Ježíše Krista, aby byla některá osoba nebo předmět chráněna proti vlivu zlého ducha a vymaněna z jeho poroby, mluví se o exorcismu. Ježíš jej prováděl (Mk 1,25-26); od něho také církev má moc a úkol vymítat zlé duchy. Jednoduchý exorcismus se provádí během slavení křtu. Slavný exorcismus, nazývaný ‚velký exorcismus‘, může provádět jen kněz s dovolením biskupa. Je třeba při tom postupovat prozíravě a přesně dodržovat stanovené předpisy církve. Exorcismus je zaměřen na vymítání zlých duchů nebo vymanění z d'ábelského vlivu, a to skrze duchovní pravomoc, kterou Ježíš svěřil své církvi. Velmi odlišný je případ nemoci, především psychických, jejichž léčení náleží do oblasti lékařské vědy. Dříve než se přikročí k exorcismu, je tedy důležité se přesvědčit, zda se jedná o přítomnost zlého ducha nebo jen o nemoc“.*

Z výše popsaného vyplývá, že primárně by se člověk, který se domnívá, že ho posedl d'ábel, měl obrátit na psychiatra. Vyhledání exorcisty je pak něco zcela výjimečného, k čemuž se přistupuje výhradně v okamžiku, kdy se projevují zcela neobvyklé příznaky. Pokud se člověk se svými potížemi obrátí na pověřeného duchovního, exorcistu, tak i potom exorcismus stojí až na posledním místě i v rámci duchovní pomoci. Než se přistoupí



k exorcismu samotnému, člověk je podporován k prohloubení duchovního života, častější modlitbě, účasti na svátostech. Ještě před samotným exorcismem se pak provádí *modlitba za osvobození*. Teprve pak se rozhodne, zda k exorcismu přikročit (Amorth, 2006, s. 144-146).

K prohlášení nějakých obtíží za působení zlého ducha tak nestačí jen obtíže se stanovením psychiatrické diagnózy nebo nemožnost určit druh nemoci, nýbrž k takovému závěru je nutné, aby se objevovaly i specifické příznaky posedlosti (Amorth, 2006, s. 114). Exorcisté popisují, že se u lidí, které považují za posedlé zlým duchem, setkávají se zvláštními jevy. Tito lidé vykazují podivné chování, které může nabývat různých podob i různé intenzity, jako například během tiché modlitby kněze se začnou kroutit a svíjet, vyhrožovat a křičet, projevují násilnické reakce, mohou vlivem působení zlého ducha mít nepředstavitelnou sílu, která je lidsky nevysvětlitelná, mohou vyjevovat skryté věci, hovořit různými jazyky, mění hlas, projevují odpor vůči svěcené vodě a požehnaným předmětům, aniž by věděli, že se jedná o posvěcené předměty. Objevují se i různé další nevysvětlitelné jevy (MacNutt, 2009; Amorth, 2006, s. 114-118).

Otázka tedy nestojí tak, zda se obrátit na psychiatra *nebo* na exorcistu, poněvadž je nelze klást ani z pohledu Církve na stejnou rovinu. Oba pracují jinými metodami a působí ve zcela odlišných sférách. Tuto zásadní odlišnost vysvětluje Gabriel Amorth (2006, s. 108-109), italský exorcista, na popisu tří předpokladů, na nichž se zakládá exorcistovo jednání: „1. *démon opravdu existuje*. 2. *Zlý duch může skutečně posednout určitou osobu a způsobovat jí nemalé obtíže, které sice na první pohled mohou vyhlížet jako normální nemoci, není však možné je odstranit prostřednictvím běžné lékařské péče*. 3. *Ten, kdo věří v Ježíše Krista, má moc vyhnat zlého ducha prostřednictvím vzývání Pánova jména*“. I přes tuto rozdílnost, nebo právě kvůli ní, by podle Amortha (2006, s. 109) měli exorcisté a psychiatři spolupracovat – právě, aby se nesměšovaly psychické potíže s působením zlého ducha.

I když se při letném pohledu může zdát, že přístup psychiatra a přístup exorcisty jsou si v rozporu, domnívám se, že jejich pohled na věc není vzájemně se vylučující, ale může být komplementární. V obou přístupech se totiž primárně zkoumá, zda „posedlý“ člověk netrpí psychickou chorobou. Teprve když se tato možnost vyloučí, nastoupí možnost alternativního vysvětlení. Pro exorcismu tím může být působení zlého ducha. Jaké vysvětlení však najde psychiatr? Může vůbec nastat situace, kdy by takového člověka neoznačil nějakou diagnózou, nebo zkrátka vybere tu diagnózu, která se jeví jako nejpravděpodobnější?

Exorcisté, jak bylo popsáno výše, stojí o spolupráci a dialog s psychiatry, neboť i přes rozdílná východiska jde oběma odborníkům o dobro a zdraví člověka, který se na ně obrátí se svými obtížemi (Amorth, 2006, s. 110). Stojí však psychiatři o spolupráci

s exorcisty? Spolupráce s exorcistou totiž implicitně znamená i přijetí možnosti alternativního výkladu světa. Toto téma už se pak ale týká individuálního životního či náboženského postoje onoho odborníka.

Pokud je psychiatr věřící a věří v působení zlých duchů, jeho náboženské přesvědčení by nemělo ovlivňovat jeho způsob léčby. Na druhou stranu se domnívám, že i „nevíru“ v působení ďábla lze považovat za „náboženského přesvědčení“, a tak ani toto by postup psychiatra (či jiného odborníka) nemělo ovlivňovat.

Přístup teologický a psychiatrický lze podle mého názoru přirovnat ke dvěma různoběžkám. Různoběžky jsou dvě přímky, které se setkávají v nekonečnu. Psychiatrie i teologie pracují s pojmem *posedlost* (různoběžky jsou přímky), ale oba obory o tomto pojmu uvažují v jiných dimenzích (přímky jsou různoběžné). Nicméně, jejich střet je možný (v nekonečnu).

#### **4.4. Shrnutí - problematika jazyka a pojmů**

Na příkladu tří forem mimořádných náboženských prožitků jsem se pokusila ukázat na některá úskalí, která mohou vzniknout, pokud se pokusíme tyto prožitky zkoumat interdisciplinárně. Nelze klást rovnítko mezi jevy, které spolu souvisí jen na základě vnější podobnosti. Musíme se zamyslet i nad jejich vnitřní souvislostí. Stejně slovo ještě neznamená stejný význam. Jestliže se chceme náboženskými prožitky hlouběji zabývat, je nutné mít neustále na zřeteli otázku jejich verbálního vyjádření.

Prožitek je jako voda, která nemá hranice a rozlévá se do široka a daleka. To, co nespoutané vodě prožitku dává hranice a břehy, jsou pojmy a slova. Bez pojmů nemůžeme zážitek uchopit, proteče mezi prsty. Pokud se budeme držet této metafory, tak i hrozí, že se v zážitku utopíme, že nás pohltí jako vlna, ze které se nelze vynořit. Slova a pojmy poskytnou bezpečný břeh, na který se můžeme vyšplhat a v klidu se na vodu, řeku, podívat, aniž by nás ohrožovala. Slova a pojmy, které používáme a kterými žijeme, poskytuje naše kulturní a sociální zkušenost, kterou známe od narození a do které celý život vrůstáme. Právě náboženská víra, konkrétní náboženské přesvědčení umožní formulovat náboženský prožitek do slov.

Člověk rozumí svým prožitkům v kontextu své kultury a své doby, která mu poskytuje pojmy pro porozumění neuchopitelného zážitku. Člověk žijící ve středověku tak mohl prožívat zjevení anděla. Pokud by žil v 19. století, kdy byl populární spiritismus, mohl by mít zjevení ducha své babičky. Ve 20. století by pak mohl vidět třeba UFO.

Současnou dobu však charakterizuje náboženský a spirituální pluralismus, každý si může vybrat svou vlastní duchovní cestu, tradiční směry jsou zpochybňovány a relativizovány. Různé směry, tradiční i alternativní, tak dnes mohou poskytnout určité vysvětlení a interpretaci zážitků. Někdy je zážitek pojmenován jako psychospirituální krize, pokud se člověk dostane k terapeutovi, který je ovlivněn transpersonální psychologií. Jindy zážitek může být prožíván jako „obrácení“. Často je však pro člověka, který prožívá něco neobvyklého, mimořádného a intenzivního, jediným dostupným interpretačním klíčem psychiatrické pojetí a jeho zážitek se pak chápe jako ohrožující příznak duševní nemoci.

Jazyk a pojmy nám umožňují sdílet, ptát se a zkoumat, na druhou stranu však jsou pastí v tom, že nás drží v zajetí světa, který jsme si sami vykonstruovali (Sawicki, 2006, s. 72). Maslow upozorňuje, že mystik, který měl nějaký vrcholný, náboženský prožitek, ho dokáže popsat jen omezeně, „*způsobem, který je ovlivněn kulturou, vědomostmi a jazykem*“ (Maslow, 1992, s. 88). Náboženské prožitky se vyskytují napříč různými kulturami, jejich konkrétní popis se může lišit, přestože jsou v jádru stejné. Vrcholné prožitky jsou totiž nevyslovitelné a nepopsatelné (Maslow, 1992, s. 88). Člověk, který má náboženský prožitek, si tak zvolí (nebo je mu zvolen) slovník nebo popis, který je v dané kultuře dostupný.

Slovo samotné význam nemá – má jen ten význam, který mu někdo dal. A my se významům slov učíme. Spojujeme si zvuk slova s tím, co vidíme, takže si pak se zvukem slova asociujeme určitý obrázek. Když už uděláme ten krok a snažíme se pečlivě porozumět významu pojmů, stojí před námi další úkol: porozumět pojmu v kontextu jeho použití. Například když proutkař řekne, že cítí pět metrů pod zemí vodu, nemusí to znamenat, že lže – podle Wittgensteina (2006, s. 30) je jedinou možnou odpovědí přiznat, že nevíme, co to znamená. I když jsme se naučili význam pojmů „cítit“, a „pět metrů“, nevíme, co to znamená v daném kontextu použití, protože jsme se nenaučili, co znamená cítit délku. Wittgenstein (2006) nás upozorňuje, abychom nezapomněli, že jazyk neužíváme podle přesných pravidel. Řada slov navíc nemá přesný význam. A platí to obzvláště v aplikovaných vědách, které se zabývají člověkem. Je proto velice důležité neztrácet ze zřetele význam slova v kontextu, ve kterém se tento význam používá.

Je však duševní nemoc jen záležitostí pojmů? Rozhodně nechci dojít k tomuto závěru. Mimořádný náboženský prožitek v zásadě nemusí být patologickým, pokud ho tak sami neoznačíme. Tím ale neodmítám ani nechci zpochybnit existenci zážitků, které jsou výrazem nemoci, které jsou patologické a jsou jen oděny do pojmů náboženských a spirituálních – o tom budou následující kapitoly.

## 5. Dva přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků

V této kapitole budu porovnávat dva možné přístupy k posuzování mimořádných náboženských prožitků v psychologické, psychiatrické, potažmo terapeutické praxi. První přístup pracovně pojmenovávám jako „nepatologizující“. Z tohoto hlediska jsou mimořádné náboženské prožitky hodnoceny a priori jako nepatologické zkušenosti. Takto na ně hledí například transpersonálně orientovaní psychologové, kteří mimořádné prožitky pojmenovávají jako psychospirituální krizi. Druhý přístup nejprve zvažuje patologický význam prožitku. Výchozí bod pro posuzování náboženských prožitků je tedy spíše „patologizující“ a je typický pro psychiatrické, medicínské pojetí. Z hlediska prvního přístupu je méně nebezpečné, pokud duševně nemocného prohlásíme za zdravého (riziko falešné negativity), druhý přístup považuje za méně nebezpečné předpokládat nemoc u zdravého člověka (riziko falešné pozitivivity).

Rozhodně nechci tvrdit, že jeden nebo druhý přístup je lepší nebo horší. Oba přístupy jsou dle mého názoru v určité situaci legitimní. Oba se snaží dojít k podobnému cíli: pracovat s nezvyklými, mimořádnými zážitky tak, aby člověk byl schopen dále „normálně“ fungovat. První přístup jde cestou přijetí a integrace těchto zážitků jako přirozeného jevu, ten druhý se snaží prostřednictvím medikace tyto prožitky eliminovat a vrátit člověka do „normálního stavu“.

I když jsem možné přístupy rozčlenila do dvou kapitol, nejedná se samozřejmě o jediné možné pohledy a už vůbec ne nutně o protiklady. Repertoár možných přístupů si můžeme představit i jako škálu, s dvěma krajními extrémními body. Domnívám se, že každý odborník, který se zabývá mimořádnými prožitky, by si měl uvědomit, kde se sám na této škále nachází, jaký je jeho vlastní výchozí bod, ze kterého nahlíží na mimořádné náboženské prožitky. Vždy by si měl být přesně vědom, *proč* si jeden z nich zvolil. To předpokládá schopnost reflektovat své vlastní předpoklady, zkušenosti, své povinnosti vyplývající z nároků profese, ale také (a to především) svůj světonázor, svou vlastní víru, s jakou vstupuje do interakce s konkrétním člověkem, který vypráví o svých náboženských prožitcích.

### 5.1. *Mimořádné náboženské prožitky jako nepatologický projev*

První možný přístup nabízí možnost chápat mimořádné náboženské prožitky jako nepatologické projevy. Nezpochybňuje to, že prožitek může být projevem duševní nemoci, ale dává nejprve možnost jejich nepatologickému vysvětlení.

Směrem, který razí tento přístup, je především transpersonální psychologie, která pojmenovává určité mimořádné náboženské prožitky jako *psychospirituální krizi*. Tento směr nabízí rozšíření stávající perspektivy pohledu o fenomény neobvyklých zážitků. Pochopení psychospirituální krize jako samostatné kategorie odlišné od psychóz předpokládá akceptování rámce, že „*mohu mít nenormální zážitky, ale přitom zůstat normální*“ (Vančura, 2002, s. 330).

Co obsahuje dnes tolik zmiňovaný termín *psychospirituální krize*? Nejčastější asociací k tomuto pojmu jsou jména Stanislav a Christina Grofovi, kteří tento pojem, v originále *Spiritual Emergency*, zavedli (Benda, 2007, s. 64). Anglický termín *emergence* nebo *emergency* vychází etymologicky z latinského slova *emergere*, neboli *vynořování se na povrch, objevení se* (Vančura, 2002, s. 332).

Psychospirituální krize je definovaná jako „*epizody neobvyklých zkušeností, zahrnující změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí, ve kterých je patrný přesah obvyklých hranic definice vlastního Já, tj. posun k transpersonálním zážitkům. Člověk má schopnost nahlížet na tento stav jako na vnitřní psychologický proces a přistupovat k němu jako k takovému*“ (Vančura, 2002, s. 329). Stavy *spiritual emergency* se objevují ve formě mimořádných stavů vědomí a dotýkají se duchovních témat (Benda, 2007, s. 65).

Určitý proud psychologů a psychoterapeutů je ve svém přístupu ovlivněn pracemi transpersonálních psychologů Stanislava Grofa, Christiny Grofové, dále pak i Davida Lukoffa, kteří razí svou interpretaci mimořádných zážitků. Pod pojem *psychospirituální krize* tedy můžeme zahrnout nejen zážitky mimořádných stavů jako takových, ale i samotný přístup k těmto zážitkům – způsob interpretace těchto zážitků a přístup k nim. V širším slova smyslu tedy pod pojmem *psychospirituální krize* můžeme rozumět i celé hnutí nebo přístup k zážitkům určitého druhu.

Koncept psychospirituální krize či *spiritual emergency* je v rámci tohoto přístupu jasně definován, jsou popsány jeho spouštěče, projevy, formy a způsoby práce s lidmi, kteří psychospirituální krizí procházejí. Velkým přínosem i pro jiné přístupy je pak snaha stanovit jasná diferenciativně diagnostická kritéria pro rozlišení psychospirituální krize a psychopatologie (Zajdánková, 2009, s. 7).

V této práci nejde o to, podat podrobný popis konceptu psychospirituální krize, neboť ten je již rozpracován dosti obsáhle nejen v literatuře, ale i v několika diplomových pracích, které u nás na toto téma vznikly. Ráda bych se zamyslela nad tím, k čemu tento

přístup může být užitečný, a kde leží jeho limity. Nicméně pro tyto úvahy se neobejdeme bez určitého, byť stručného teoretického základu.

Konkrétní symptomy psychospirituální krize jsou popsány následovně: extatická nálada, pocit nově získaných znalostí, změny vnímání, bludy, které se tematicky týkají mytologie, nenarušené konceptuálního myšlení, pozitivní, explorativní zájem o probíhající zkušenost a její význam, schopnost vytvořit adekvátní psychoterapeutický vztah. U akutních psychotických stavů a schizofrenie se mohou také objevit halucinace a bludy, ale u psychospirituální krize chybí tzv. negativní příznaky (oploštění emotivity, abulie, apatie), které jsou typické pro schizofrenii (Vančura, 2002, s. 338). Autoři předpokládají dobré sociální chování před vypuknutím epizody psychospirituální krize. Začátek krize může být ovlivněn stresující událostí nebo spirituální praxí (Vančura, 2002, s. 336). To, co odlišuje epizodu psychospirituální krize od psychózy, je zachování schopnosti „*vnímat prožitky jako vnitřní psychologický proces*“ (Vančura, 2002, s. 334). Člověk s psychospirituální krizí by měl být schopen pohlížet na proces jako na léčivý, měl by být schopen a ochoten vyhledat pomoc a důvěřovat terapeutovi (Vančura, 2002, s. 334). Testování reality je v psychospirituální krizi zachované (Vančura, 2002, s. 336).

Obsahy prožitků psychospirituální krize lze podle S. Grofa (1999a, s. 28) rozdělit do tří kategorií: biografická, perinatální a transpersonální. První kategorie obsahuje prožitky, které jsou spojené se životem jedince, od jeho narození po současnost. Kategorie perinatálních prožitků se týká traumatických zážitků spojených s porodem. Transpersonální kategorie, jejíž obsahy pramení z kolektivního nevědomí, zahrnuje prožitky přesahující individuální zkušenost jedince.

Psychospirituální zážitek může být artikulován různými pojmy. Jsou tak popisovány různé formy, jakých může psychospirituální zážitek nabývat. Nejčastěji se vyskytuje zážitek pojmenovaný jako *probuzení Kundalini*, mezi dalšími jsou to například *vzpomínky na minulé životy*, *zážitky jednoty s něčím, co nás přesahuje*, *zážitky blízkosti smrti*, *zážitky setkání s UFO*, *posedlost*, *zážitky mimosmyslového vnímání a parapsychologické jevy*, *šamanská krize*, *chanelling* atd. (Vančura, 2002). Vidíme, že spektrum zážitků podle Grofova pojetí je široké a k popisu prožitků je užívána pestrá terminologie, téměř zrcadlíci dobu a slovník používaný v hnutí *New Age* a čerpající z východních směrů.

Ač by se tak na první pohled mohlo zdát, koncept psychospirituální krize se nezaměřuje kriticky vůči tradiční psychiatrii. Snaží se jen nabídnout alternativní přístup v těch případech, kdy je tato kategorie vhodná, a kdy to může mít pozitivní vliv na zdraví a osobní rozvoj těch osob, které prožívají něco neobvyklého, co by mohlo být jinak pojmenováno jako

psychóza (Diabasis, 2005). Tento přístup k neobvyklým spirituálním zážitkům se snaží nabízet jiný pohled, alternativní, avšak nikoliv exkluzivní.

Ačkoliv lidé procházející touto krizí mohou vykazovat některé psychotické příznaky a prožívat dramatické a náročné prožitky, nejedná se v tomto pojetí o skutečné psychózy, ale „jsou přirozenými projevy hlubinných sil lidské psyché. Jejich vynořování do vědomí, tradičně považované za příznak duševní nemoci, může být ve skutečnosti radikální snahou organismu osvobodit se od vlivu různých traumat, zjednodušit svoji funkci a vyléčit se svými vlastními prostředky“ (Grof, 1999b, s. 30-31).

Zároveň je ale třeba zdůraznit, že ne každý zážitek neobvyklých stavů vědomí a intenzivních percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických změn spadá do kategorie psychospirituální krize. Právě proto vznikla současně s koncepcí psychospirituální krize potřeba přesněji definovat a odlišit „nepatologické“ zážitky, pojmenované jako psychospirituální krize, od patologických prožitků, které jsou a mají být označovány v souladu s používanými diagnostickými kategoriemi. Nejproblematictější při diferenciální diagnostice je pak právě odlišení psychospirituální krize od psychóz. Diferenciálně diagnostická kritéria definovaná Grofovými shrnuje následující tabulka:

**Tab. 1:** Rozdíly mezi *duchovním probuzením* a *psychiatrickými poruchami* podle S. Grofa a Ch. Grofové

Charakteristické rysy procesu, který vyžaduje lékařskou pomoc při řešení problému.	Charakteristické rysy procesu, při kterém může pomoci strategie pro krize duchovního vývoje.
<b>Lékařská kritéria</b>	
Klinická vyšetření a laboratorní testy prokazují somatickou chorobu, která může způsobovat psychologické změny.	Negativní výsledky klinického vyšetření a laboratorních testů, které by svědčily o somatické poruše.
Negativní výsledky klinického vyšetření a laboratorních testů, které by svědčily o somatické poruše.	Negativní výsledky klinického vyšetření a laboratorních testů, které by vypovídaly o patologickém procesu postihujícím mozek.
Specifické psychologické testy indikují organické poškození mozku.	Negativní výsledky psychologických testů svědčících pro organickou poruchu
Porucha intelektu a paměti, zastřené vědomí, problémy se základní orientací (jméno, čas, místo), porucha koordinace.	Intelekt a paměť se kvalitativně mění, avšak zůstávají neporušeny, vědomí obvykle jasné, dobrá základní orientace, koordinace není vážně porušena.
Konfuse, dezorganizace a snížení intelektových funkcí znesnadňují komunikaci a spolupráci.	Schopnost komunikace i spolupráce (příležitostně se mohou vyskytnout problémy při hlubokém prožívání vnitřního procesu).
<b>Psychologická kritéria</b>	
Osobní anamnéza vykazuje vážné potíže v mezilidských vztazích již od dětství, neschopnost navázat přátelství a důvěrný sexuální vztah, špatná	Přiměřené fungování před krizí, prokázané mezilidskými dovednostmi, jistým úspěchem ve škole a povolání, síť přátel a schopnost navázat

<p>sociální adaptabilita, obvykle dlouhá historie psychiatrických problémů.</p> <p>Proces je nejasně organizován a obsah procesu nejasně definován, změny v emocích a chování, nespecifická dezorganizace psychologických funkcí, nedostatek smysluplnosti, nemožnost sledovat směr vývoje, porucha asociací, inkoherece.</p> <p>Autistické stažení, agresivita nebo kontrolující a manipulativní chování znesnadňuje dobré fungování vztahu a znemožňuje spolupráci.</p> <p>Neschopnost vidět proces jako intrapsychický děj, konfuse mezi vnitřními prožitky a vnějším světem, nadměrná projekce a obviňování, "acting-out".</p> <p>Zásadní nedůvěra, vnímání světa a lidí jako nepřátel, perzekuční bludy, akustické halucinace nepřátel.</p> <p>Porušování základních pravidel terapie ("neubližovat sobě ani druhému člověku, neničit majetek a zařízení"), destruktivní a sebedestruktivní (sebevražedné nebo sebezpoškozující) impulzy a tendence jednat podle nich bez varování.</p> <p>Výskyt znepokojujícího chování ohrožujícího zdraví (dlouhodobější odmítání jídla nebo pití, zanedbávání základních hygienických pravidel).</p>	<p>sexuální vztah, žádná vážná psychiatrická anamnéza.</p> <p>Sledy biografických vzpomínek, témata smrti a znovuzrození, transpersonální zážitky, možné vhledy do ozdravné nebo duchovní podstaty procesu, změna a vývoj témat, často definovatelný pokrok, případy skutečné synchronicity (evidentní i druhým).</p> <p>Schopnost navazovat vztahy a spolupracovat, často i v průběhu epizod dramatických prožitků, které přicházejí spontánně nebo během psychotherapeutické práce.</p> <p>Vědomí intrapsychické podstaty procesu, uspokojivá schopnost rozlišovat mezi vnitřním a vnějším světem, "spoluúčast" na procesu, schopnost udržet jej internalizovaný.</p> <p>Dostatečná důvěra a schopnost přijmout pomoc a spolupracovat; chybění perzekučních bludů a "hlasů".</p> <p>Schopnost ctít základní pravidla terapie, nepřítomnost destruktivních nebo sebedestruktivních myšlenek a tendencí, nebo schopnost o nich hovořit a přijmout ochranná opatření.</p> <p>Dobrá spolupráce v záležitostech spojených s fyzickým zdravím, dodržování základních pravidel hygieny.</p>
--	--

(Grof, 1999b, s.251-253)

Co je typické pro odlišení psychospirituální krize od akutních psychóz a od schizofrenie? Začátek se obvykle objevuje po působení rozpoznatelného psycho-sociálního stresoru, ovšem za podmínky bezproblémového fungování před epizodou. Psychotické příznaky se objevují také ihned po působení psycho-sociálního stresoru, ale u schizofrenie se příznaky objevují buď náhle, nebo častěji po nespecifických prodromálních potížích, které trvají týdny až měsíce. Působení psychosociálního stresoru nepředchází ani u psychospirituální krize ani u akutní přechodné psychotické poruchy zvýšená psychopatologie, která ovšem často předchází schizofrenii. Symptomy psychospirituální krize mohou trvat od několika minut po několik měsíců. Symptomy akutní psychotické poruchy pak méně než 4 týdny a u schizofrenie naopak déle než 4 týdny. Schizofrenie často zanechává defekt ve smyslu negativních příznaků, kdežto u akutní psychotické poruchy se po léčbě předpokládá návrat k premorbidní úrovni chování. David Lukoff a Stanislav Grof předpokládají, že po prožití psychospirituální krize je fungování jedince dokonce zlepšeno (Vančura, 2002, s. 338).

Tento podrobnější rozbor diagnostických kritérií není samoučelný, naopak vzhledem k záměru této práce je důležité se nad tímto zamyslet více. Je velice obtížné stanovit nějaká



kritéria pro odlišení mimořádných náboženských prožitků od různých forem psychopatologických projevů. Velký přínos celého hnutí, které popisuje mimořádné prožitky jako psychospirituální krizi, spatřuji právě ve snaze o nalezení diagnostických kritérií, která by v praxi umožnila citlivější přístup k diagnostice a tím i k pacientům (klientům).

V současné době není v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) uvedena diagnostická kategorie pro psychospirituální krizi přestože podle Vančury „*pojmem psychospirituální krize a z něj vyplývající nový rámec porozumění je jakousi nabídkou pro přibližně 15 % psychotických pacientů, kteří se dostávají do psychiatrických léčen a ambulancí. Je to odhad, který se shoduje jak v naší zemi, tak v USA*“ (Vančura, 2002, s. 331).

Z odlišného pojetí mimořádných, spirituálních či náboženských prožitků, jako v zásadě nepatologických zkušeností, vyplývá i odlišný přístup pro terapeutickou práci. V první řadě se klade důraz na dobrou osvětu, kdy by klient měl být informován o různých přístupech a způsobech porozumění. Důležitou zásadou je pak facilitace procesu a poskytnutí bezpečného rámce. Způsob, jakým terapeut reaguje, je podstatný, protože určuje, jak sám klient bude vnímat své mimořádné stavy vědomí. V rámci krizové intervence se usiluje o „*odvrácení klienta z oblasti nekontrolovatelné psychospirituální krize do kontrolovatelné oblasti psychospirituálních zážitků*“ (Vančura, 2002, s. 349). Pokud se na základě diferenciálně diagnostického procesu odborník rozhodne, že jde o psychospirituální krizi, je dalším krokem poskytnutí pozitivního rámce pro to, co se děje. V procesu doprovázení se klade důraz na edukaci a pozitivní přerámování prožitku, na vytvoření bezpečného rámce pro prožitky tak, aby mohly volně probíhat. Podporuje se tvořivé ztvárnění prožitků, kontakt s lidmi s podobnou zkušeností, doporučuje se uzemňující strava nebo koupele v mořské soli, nalezení rituálů, které pomáhají koncentrovat pozornost. Pokud jsou zážitky zahlcující, může se pracovat na dočasném zpomalení procesu prostřednictvím úpravy režimu, změny stravy, doporučení tělesného cvičení, kontaktu s přírodou, práce s materiály, jako je hlína, popřípadě nalezení útočiště. Někdy se přistupuje i k mírné medikaci. Jak diagnostika, tak doprovázení však vyžaduje dostatek času. Odborník v tomto případě nemá být *expertem*, ale spíše *průvodcem* (Vančura, 2002, s. 349-351).

Koncept psychospirituální krize přinesl řadu podnětů pro psychologickou, psychoterapeutickou a psychiatrickou praxi, narušuje stávající paradigmat a provokuje k dalším úvahám, která přesahují úzké zaměření jen na biologické fungování člověka. Za zcela zásadní podnět považuji myšlenku, že i když někdo má „nenormální“ prožitky, přesto může být „normální“. Druhým, neméně významným přínosem jsou snahy spojené

s rozpracováním diagnostických kritérií. O otázkách spojených s diagnostikou pojednám v následující kapitole.

Kromě transpersonální psychologie by se mezi přístupy, které chápou mimořádné náboženské prožitky jako v zásadě nepatologické zkušenosti, dal zařadit i směr vycházející z C. G. Junga. V duchu jungiánského pojetí lze různé náboženské, spirituální, ale i paranormální zážitky pokládat za *duševní zkušenosti*. Tento přístup nechává stranou otázku pravdivosti, ale snaží se klást psychologické otázky: kdo je vlastně ten, komu se zjeví duch? V jakém duševním rozpoložení ho člověk vidí? Co znamená zjevení ducha, když zkoumáme jeho obsah podobně jako u symbolu? Jung si pokládá otázku, proč vlastně prožíváme stále stejné staré příběhy, které se zas a znovu opakují, aniž by ztratily cokoli na své působivosti (Jung, 2000, s. 8). Základem výkladu neobvyklých a mimořádných jevů je jungovská psychologie nevědomí, která klade důraz na smysl těchto fenoménů. Ty totiž nejen existují, ale také něco vypovídají, a proto patří do kategorie symbolů bez ohledu na to, jaká je jejich podstata nebo zda je umíme vysvětlit. Tento přístup vidí v základu těchto zážitků archetypy kolektivního nevědomí. Skutečnost, že lidé něco podobného či totožného prožívají v odlišných dobách i lokalitách, není nutné považovat za objektivní důkaz udávaného zážitku, lze ji však považovat očima jungiánského psychologa za důkaz psychologického významu tohoto typu zážitků (Jaffé, 2002, s. 17).

## **5.2. Mimořádné náboženské prožitky jako projev patologie**

Předchozí kapitola nabízela možnost chápat mimořádný náboženský prožitek jako v podstatě nepatologickou zkušenost, která má v sobě růstový potenciál. Tuto možnost ale zásadně nezavrhuje ani druhý přístup. Rozdíl je v tom, že pokud posuzuje mimořádný náboženský prožitek, primárně ho chápe a posuzuje jako patologický projev.

Každá mince má rub i líc, které nelze od sebe oddělit. Upozornila jsem na jednostranné odsuzování náboženských prožitků jako něčeho patologického. Nesmíme však naopak sklouznout k adoraci veškerých neobvyklých projevů, ale naopak upozornit na ty, které mají patologickou podstatu a jsou pouze oděny do hávu náboženských slov (Říčan, 2007, s. 125). Samotný náboženský projev může být jen hávem, do kterého je zahalena duševní choroba. Byla uskutečněna řada studií, které zkoumaly výskyt náboženských obsahů u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Na jejich základě byly definovány náboženské obsahy jako prohlášení se za významnou náboženskou postavu, přivlastňování si náboženských postojů nebo přítomnost intenzivních náboženských prožitků. Náboženské obsahy byly nalezeny u pacientů, kteří trpěli jak neurotickými, tak psychotickými poruchami

různého druhu včetně obsedantně kompulzivní poruchy, fobií, deprese a paranoie (Beit-Hallahmi, 2004, s. 191).

Pokud se tedy chceme zabývat náboženskými prožitky, je nutné mít i základní přehled o některých psychiatrických diagnózách, u nichž se mohou objevit spirituální či religiózní obsahy, aneb pokud se zabýváme tím, co náboženské zážitky jsou, je nutné je odlišit od toho, čím v podstatě nejsou, i když se to tak na základě některých vnějších projevů může zdát. Některé z těchto psychiatrických kategorií budou blíže popsány v této kapitole.

Velkou diagnostickou kategorií, jejíž symptomy se mohou podobat náboženským projevům, tvoří disociativní (konverzní) poruchy, v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) označeny kódem F44. Dříve byly disociativní stavy označovány jako hysterie. Disociace znamená doslova rozpojení (Koukolík, 2000, s. 241). V případě této poruchy dochází k rozpojení, ztrátě integrace „*mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla*“ (PCP, 2000, s. 153). Příčina těchto stavů spočívá v nějakém duševním traumatu, pravděpodobně ale můžeme předpokládat i vzdálenou příčinu v podobě predispozice dané výchovou a genetickými vlivy. Podle některých autorů bývá smyslem disociativního stavu nějaký druh *zisku*. Ziskem může být pozornost okolí, nebo vyhnutí se něčemu nepříjemnému, náročnému či nebezpečnému (Koukolík, 2002, s. 241). Disociativní stavy se obvykle objevují i končí náhle. Mohou trvat týdny i měsíce, obzvláště pokud spouštěčem byla traumatická životní událost (PCP, 2000, s. 153).

Disociativní stavy mají mnoho podob. U žádného z těchto projevů však není prokázána žádná somatická porucha, která by mohla vysvětlit charakteristické příznaky. Mezi disociativní stavy se řadí například disociativní ztráta paměti, disociativní fuga, disociativní záchvaty, disociativní křeče, disociativní porucha motoriky atd. Jedním ze stavů může být i *disociativní trans a posedlost připomínající náboženskou posedlost* (Praško, 2002, s. 508-510). Disociativní trans je doprovázen ztrátou pocitu osobní identity. Lidé si v tomto stavu plně neuvědomují okolí, mohou jakoby hovořit s duchy, anděly, ďábly, světcí, Bohem, zemřelými předky, mimozemšťany apod. (Koukolík, 2002, s. 242). V případě stavů posedlosti je jedinec přesvědčen, že se ho „*zmocnil duch, mocnost, božstvo nebo jiná osoba*“ (Praško, 2002, s. 509). Pro diagnostiku dle MKN-10 je navíc důležité, že popsané stavy, tedy trans i posedlost, musí být „*nechtěné a rušivé a vyskytují se mimo náboženské nebo jiné situace, uznávané v dané kultuře*“ (Praško, 2002, s. 509).

Další důležitou diagnostickou kategorií, kterou je třeba v souvislosti s tématem náboženských prožitků mít na vědomí, je schizofrenie. Schizofrenie je vážné psychotické onemocnění, jehož etiologie není dosud bezesbytku vysvětlena. Má řadu podob, různý

průběh, a pravděpodobně i různé příčiny. Zásadně se mění osobnost, je změněno myšlení, citění i jednání, a to dlouhodobě, chronicky. Schopnost jedince jednat v souladu s okolnostmi a normami je narušena (Libiger, 2002, s. 342). Mezi hlavní příznaky patří slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek; bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání; dále pak sluchové halucinace - hlasy, které komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají. Charakteristickou skupinu symptomů tvoří negativní příznaky, jako je například apatie, ztráta zájmů, bezcílnost a sociální stažení. Řeč je ochuzená a emoční reakce jsou nepřiměřené nebo oploštělé (Libiger, 2002, s. 348 -349). Schizofrenie bývá doprovázena úzkostmi z dezintegrace, z rozkladu vlastní osobnosti (Říčan, 2007, s. 127). Lidé se schizofrenií trpí i různými bludy, například mohou mít nevyvratné přesvědčení o náboženské či politické identitě, nadlidské síle nebo schopnosti (Libiger, 2002, s. 348-349). Halucinace a bludy mohou mít náboženský obsah, obzvláště pokud byl daný člověk nábožensky vychován a náboženský slovník má tedy „k dispozici“ (Říčan, 2007, s. 127). Bludy mohou mít podobu tzv. *mesiášského bludu*, kdy je schizofrenik přesvědčen, že je vyvolen od Boha. Jiným způsobem, jakým se projeví příznaky schizofrenie zabalené do náboženského hávu, jsou „*prožitky extatického numinózního otřesu*“ (Říčan, 2007, s. 127).

Jinou psychopatologickou poruchou, která může nabývat náboženských obsahů, je trvalá porucha s bludy. Jak název napovídá, dominantním symptomem je „*solitární nebo systemizovaný blud*“ (Balon, 2002, s. 404). Bludy jsou nevyvratná přesvědčení, která mají často velmi logický systém. Blud může navazovat na nějakou životní epizodu a může vznikat pozvolna v rámci nevinné situace, průběh je ale většinou chronický. Fungování nemusí být narušeno. Tuto diagnostickou kategorii tvoří velké množství různých forem. Religiózní obsahy se mohou objevit v rámci grandiózní či megalomaničké formy poruchy, která se vyznačuje „*bludy o nebývalé vlastní vážnosti, moci, vědomosti a popřípadě o speciálním vztahu pacienta s významnou osobností (osobnostmi) či Bohem*“ (Balon, 2002, s. 405). Někdy jsou osoby trpící poruchou s bludy tak přesvědčivé, že dokážou v lidech jim blízkým vyvolat pocit pravdivost jejich bludu. Hovoří se tak o bludu sdíleném nebo *indukovaném*. V případě, že se tedy takováto osoba stane vůdcem nějakého náboženského uskupení, může u ostatních členů vyvolat právě indukovaný blud. Zatím se toho příliš neví o průběhu této poruchy, ale pokud je pravý psychotik oddělen od skupiny, indukovaný blud u ostatních členů obvykle mizí. Kdyby ale k tomu zásahu nedošlo, průběh může být chronický (Balon, 2002, s. 407).

Náboženských obsahů mohou někdy nabývat i manické stavy. Mánie se vyznačuje například povznesenou náladou, vysokou sebedůvěrou a nápadným elánem. Člověk, který byl

ovlivněn náboženským prostředím, může v manickém stavu mít dojem, že „*je Bohem nadán k mimořádným vhledům nebo že je pověřen náboženským posláním*“ (Říčan, 2007, s. 127).

Prožitky, které může člověk vnímat jako náboženské, se mohou objevit v rámci epileptické aury. Epileptická aura je stav těsně před epileptickým záchvatem, který bývá spojen s „*barvitými vizuálními pseudohalucinacemi a s pocity mimořádného blaha*“ (Říčan, 2007, s. 128). Na rozdíl od schizofrenie však v tomto případě nebývá soudnost porušena, a tak hodnocení prožitku lze přenechat na daném člověku, který tento stav zkouší. Teolog spíše odmítne tento projev jako náboženský, neboť jej bude vnímat jako projev patologie (Říčan, 2007, s. 128). Samotná epilepsie byla dříve nazývána *morbus sacer*, tj. svatá nemoc, neboť prý souvisela s nadpřirozenými jevy. Epilepsie se může projevit různými druhy záchvatů, od těch malých, kdy epileptik zbledne, ustrne, až po ty velké, kdy se kácí k zemi a ztrácí vědomí. Psychiatrie k epileptikům může řadit i některé významné náboženské postavy jako třeba Pavla z Tarsu, Mohameda nebo Johanku z Arku (Vondráček, 1993, s. 257).

V náboženských skupinách může na sebe strhávat značnou pozornost člověk, který trpí histriónskou poruchou osobnosti. Tuto poruchu charakterizuje teatrálnost, mělká a labilní emotivita, přehnané projevy emocí, sugestibilita, trvalé vyhledávání vzrušení a ocenění druhými a činnostmi, při kterých je středem pozornosti. Lidé s touto poruchou mohou být egocentričtí, jsou snadno zranitelní, mají trvalou touhu po ocenění a jejich chování je manipulativní (PCP, 2000, s. 198). U těchto osob se někdy objevují fingované sebevražedné pokusy, záchvaty s pádem na zem, prudké dýchání, sténání. Mají živé představy, které se někdy mohou blížit halucinacím či předtuchám. Bájevná lhavost vede k různě pravděpodobným historiím, včetně nadpřirozených nebo okultních (Vondráček, 1993, s. 249). Náboženské prostředí nabízí pro osoby s touto poruchou příležitost k excitovaným projevům, které jsou subjektivně vnímány jako upřímné. Některé projevy mohou v náboženském prostředí připomínat posedlost zlým duchem, jak bylo popsáno výše. Tyto stavy přitahují pozornost a je snadné strhnout okolí k tomu, aby uvěřilo, nicméně zkušený exorcista by měl rozpoznat, o co se jedná, a případný požadovaný exorcismus odmítnout (Říčan, 2007, s. 128).

Psychiatrický přístup tedy považuje mimořádné náboženské prožitky jako projev patologie, kterou zkoumá jako první.

Je zajímavé si uvědomit, že tímto způsobem přistupuje k hodnocení mimořádných náboženských prožitků i katolická církev. Jak jsme viděli v předchozích kapitolách na příkladech konkrétních druhů mimořádných náboženských prožitků, pokud Církev posuzuje pravost a pravdivost náboženských zážitků, nejprve se zaměří na přítomnost psychopatologie.

Rozdíl oproti psychiatrickému přístupu je však v tom, že po vyloučení možné duševní choroby se explicitně počítá s možností příčiny náboženského prožitku v působení Boha.

Jiným, krajním přístupem k hodnocení náboženských prožitků je přístup redukcionistický. Ten považuje náboženské prožitky za projev psychopatologie a v podstatě nepřipouští alternativní vysvětlení. Oproti holistickému pojetí není spirituální složka osobnosti v tomto přístupu zahrnuta nebo může být dokonce patologizována.

Pokud budeme na mimořádné náboženské prožitky obecně pohlížet z jednostranného redukcionistického biologického hlediska, budeme jim rozumět jako neuropatologické změně prefrontální mozkové kůry hippocampu a příbuzných limbických struktur. Mimořádné náboženské prožitky jsou z tohoto pohledu vnímány tedy jako porucha činnosti mozku. Na základě tohoto přístupu je člověk s těmito prožitky léčen pomocí antipsychotik, které mají tuto narušenou činnost mozku obnovit. Z jednostranně redukcionistického psychologického hlediska jsou tyto prožitky chápány jako obranně-kompenzační reakce organismu, který se v důsledku dlouhodobé frustrace dostal do mezního funkčního ohrožení. Touto reakcí se organismus snaží náhradním – abnormálním, ale v dané situaci jediným možným – způsobem udržet integritu a zabránit tak totálnímu kolapsu. V tomto případě je indikována především psychoterapie, někdy podpořená léky. Cílem je obnovit normální psychické fungování osobnosti, eliminace hraničních stresově-frustračních podnětů, zvýšení odolnosti zvládat podobné situace a změna náhledu osobnosti na jeho psychické těžkosti, které ho dovedly na pokraj únosného (Sawicki, 2006, s. 79).

## 6. Otázka diagnostiky mimořádných náboženských prožitků

Porovnávala jsem dva přístupy k mimořádným náboženským prožitkům, ze kterých pak následně vyplývají i odlišné přístupy v terapii. Oba přístupy se ale dotýkají otázky diagnostiky a předpokládají, že vůbec lze odlišit patologické a nepatologické, a to na základě symptomů, které lze kategorizovat (Rosenhan, 1973). Podívejme se nyní blíže na to, co takové diagnostické posuzování obnáší a jakým způsobem jsou mimořádné náboženské prožitky zohledněny v diagnostických manuálech.

Psychiatrie je praktický lékařský obor, který léčí pacienty, kteří se dostanou s psychiatrem do styku buď dobrovolně, nebo z rozhodnutí společnosti na základě daných norem a pravidel. Psychiatrie nese odpovědnost za rozhodnutí, zda se v určitém případě jedná o duševní patologii, či nikoliv. Tato velká odpovědnost však může být zneužita, třeba politickou mocí (Höschl, 2002, s. 618-619). Chování jedince odlišné od normy přitom nemusí být zapříčiněno jen duševní poruchou, nýbrž různými jinými činiteli, které jsou předmětem zkoumání jiných oborů, například sociologie nebo sociální psychologie. Některé psychické odchylky mohou být způsobeny společenskými okolnostmi. Úkolem psychiatrie je posoudit, které procesy lze zvládnout medicínskými prostředky a které spadají do kompetence jiných institucí, například výchovných, poradenských, či represivních. Diagnostický proces je lékařským úkonem, vyžaduje svůj čas a spolupráci pacienta (Höschl, 2002, s. 618). Stanovování diagnózy je dlouhý proces. Psychiatr musí zhodnotit přítomné symptomy a syndromy. Uvede se syndrom dominující psychopatologickému obrazu a následně psychiatr provede diferenciálně diagnostickou rozvahu (Motlová, 2002, s. 259). Pro diagnostiku je důležitá *Mezinárodní klasifikace nemocí*, dnes v 10. revizi (MKN-10). Tato klasifikace, používaná ve většině evropských zemí, se snaží popsat jasně a dostatečně jednotlivé poruchy (Smolík, 2002, s. 334). Druhým důležitým manuálem je *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV)*, nyní ve 4. revizi. Tato klasifikace je deskriptivní. DSM-IV se nezabývá otázkou příčiny popisovaných klinických projevů, neboť vychází z předpokladu, že doposud nebyla žádná z dosavadních teoretických koncepcí prokázána jako obecně platná. Navzdory výhradám dosáhl DSM-IV velké popularity nejen v USA, ale i v jiných zemích světa, a bylo k němu přihlíženo při tvorbě 10. revize MKN (Smolík, 2002, s. 334). Oba klasifikační systémy, MKN-10 i DSM-IV, obsahují přesně definovaná diagnostická kritéria, která slouží jako návod k vytvoření diagnózy. Tímto se zvyšuje spolehlivost diagnostiků při tvorbě diagnóz. Nevýhodou ovšem je, že diagnostická kritéria, vymezující jednotlivé duševní poruchy, se často překrývají. Jedno určité kritérium tak

může patřit k více diagnostickým kategoriím. Spolehlivost diagnostiky však závisí i na konkrétním psychiatrovi. Klinický úsudek závisí na délce klinické praxe, úrovni klinických dovedností, míře empatie a klinické intuice a také na kulturním zázemí, včetně hodnotové a náboženské orientace. Klinické diagnózy, které stanoví zkušený psychiatr, jsou považovány za věrohodnější, než diagnózy stanovené posuzovatelem bez klinického výcviku (Smolík, 2002, s. 335). Pokud jde posuzování náboženských prožitků, vyzdvihla bych právě vliv hodnotové a náboženské orientace psychiatra. Je opět na jeho zkušenostech, aby zvládl posoudit, nakolik je jeho názor ovlivněn jeho subjektivním přesvědčením, potažmo předsudky o náboženském přesvědčení pacienta.

Nejen, že se psychiatrické nemoci vyznačují pestrou škálou odchylek s různou délkou trvání a že hodnocení psychiatrů je ovlivněno celou řadou faktorů, ale navíc ještě před tím, než bude vůbec nějaká porucha, resp. mimořádný náboženský prožitek označen psychiatrickou diagnózou, „*probíhá v okolí takového jedince složitý proces hodnocení, jehož výsledek je závislý na celé řadě faktorů sociokulturní povahy*“ (Váňa, 1970, s. 131). K těmto faktorům patří socioekonomické postavení daného člověka i jeho okolí, vzdělání, zdravotní uvědomění, postoje okolí k duševním poruchám, stupeň sociální kontroly a tolerance nejbližších (rodina, skupina na pracovišti apod.). Výsledek tohoto procesu hodnocení má pak vliv na to, jak bude k neobvyklým zážitkům přistupováno, a zda se člověk s těmito prožitky vůbec dostane do psychiatrické péče (Váňa, 1970, s. 131).

Nyní se podívejme blíže na samotnou otázku diagnostiky náboženských prožitků. V Evropě, a tedy i u nás, se při diagnostice v klinické praxi užívá MKN-10. Jak bylo zmíněno výše, v poslední revizi MKN není uvedena kategorie psychospirituální krize, ani jiná, která by umožňovala specifický přístup k lidem s mimořádnými náboženskými prožitky. Pokud se takoví lidé dostanou do psychiatrické péče, bývají označováni nejčastěji diagnózami jako „*akutní psychotická polymorfní ataka (F23), hraniční porucha osobnosti (F60.3), derealizační syndrom (F48.1) a akutní schizoafektivní porucha (F25)*“ (Johanová, 2006, s. 132). Pokud žádnou z dostupných diagnostických kategorií duševních poruch nelze použít, MKN-10 nabízí také možnost udělit pacientovi diagnózu s kódem F99, *duševní porucha jinde nespécifikovaná* (PCP, 2000, s. 273).

Inspirací pro odborníky, kteří se setkávají s lidmi, kteří měli psychospirituální prožitek, může být Diagnostický a statistický manuál. DSM-IV se ale užívá především v USA. Pro některé pacienty, kteří by u nás dostali výše zmíněné diagnózy, by jako alternativa podle DSM-IV přicházela v úvahu kategorie skrytá pod kódem *V 62.89*, tedy *náboženský nebo duchovní problém* (Johanová, 2006).



Tato kategorie byla do 4. revize DSM přijata zásluhou transpersonálně orientovaných psychologů, jejichž cílem bylo zvýšit kompetence odborníků na duševní zdraví, aby se stali citlivější v otázce práce se spirituálními tématy. Těmto odborníkům vadil dosavadní přístup, který patologizoval psychospirituální prožitky (Zajdánková, 2009, s. 19). Původní návrh na zařazení psychospirituální krize do DSM vypracoval David Lukoff v roce 1985. Je to model, který ukazuje vztah, resp. průnik *mystických zážitků* a *psychotických epizod*. Tento průnik se sestává ze dvou diagnostických kategorií: diagnóza *mystické zážitky s psychotickými příznaky* a diagnóza *psychotické poruchy s mystickými příznaky* (Vančura, 2002, a. 334). Pro stanovení diagnózy *mystické zážitky s psychotickými příznaky* navrhuje Lukoff tři kritéria: kromě přítomnosti charakteristických znaků mystického zážitku je to i přítomnost symptomů předpovídajících pravděpodobný pozitivní výsledek psychotické epizody (dobré fungování před vypuknutím epizody, stresující zážitek jako spouštěč psychotické epizody, pozitivní a zvědavý postoj k zážitku a akutní počátek symptomů během období tří měsíců nebo méně), a nízké riziko nebezpečného nebo sebevražedného chování (Vančura, 2002, s. 335).

Návrh byl přijat, ale změnil se název diagnostické kategorie a zkrátilo se její znění. Do Diagnostického a statistického manuálu IV. revize byla přijata již zmíněná kategorie „V 62.89“ *Náboženský nebo duchovní problém*. Kód „V“ označuje stavy nepřisuzované mentálním chorobám. Do této kategorie (*Jiné stavy, které mohou být v centru klinické pozornosti*) dále patří např. vztahové problémy, akademické problémy, problémy s prací, identitou, reakce na ztrátu blízkého člověka atd. Existence této nepatologické diagnózy poukazuje na zvyšující se citlivost odborníků na duševní zdraví na kulturní rozdíly, možnost omezení iatrogenního poškození při stanovení chybné diagnózy a zvyšující se výzkumný zájem o tuto problematiku (Zajdánková, 2009, s. 29).

*Náboženské problémy* (někdy označované jako *psychoreligiozní problémy*), definované v DSM-IV jsou „*nepříjemné, obtěžující nebo stresující zážitky, které souvisí s vírou a praktikami nějaké organizované církve nebo náboženské instituce. Patří sem např. ztráta nebo zpochybnění dosud zastávané víry, změna členství v denominaci, obrácení na novou víru a zintenzivnění lpění na náboženských praktikách a ortodoxii*“ (Vančura, 2002, s. 335).

*Duchovní problémy* (nebo také *psychospirituální problémy*) se od výše zmíněné kategorie liší tím, že se týkají „*osobou popisovaného vztahu k transcendentnímu bytí nebo silám. Tyto problémy nejsou nutně vztaženy k víře a praktikám nějaké organizované církve nebo náboženské instituce. Může se jednat např. o zážitek blízkosti smrti nebo mystický zážitek*“ (Vančura, 2002, s. 335).

Záměrem bylo, aby tato nepatologická kategorie, zahrnutá v diagnostickém manuálu, umožnila rozlišování mezi třemi různými typy problémů:

- čistě náboženské nebo duchovní problémy
- duševní poruchy s náboženským nebo duchovním obsahem
- psychoreligiozní nebo psychospirituální problémy, které nelze řadit k duševním poruchám (Vančura, 2002, s. 335).

Ne každý člověk s mimořádným náboženským prožitkem ale dostane nějakou diagnostickou „nálepkou“. Z množství lidí, kteří měli nějaký náboženský prožitek, odbornou pomoc vyhledají jen ti, u kterých tento zážitek, podle pojetí Vančury, přeroste v krizi. Pak stojí před odborníky nutnost odlišit mezi benigní a maligní formou procesu. V počátečním stádiu, kdy jsou lidé vystrašení a zmatení z prudkosti změn, není dle Vančury spolehlivý způsob, jak rozeznat, zda mimořádný stav vědomí půjde směrem benigního nebo maligního vývoje (Vančura, 2002, s. 333). V každém z uvedených případů je potřeba postupovat jinak. Podle Vančury (2002, s. 334) a transpersonálního přístupu k těmto zážitkům jako k psychospirituální krizi, je menší chybou, pokud *„otevřeme možnost vnímat příznaky v pozitivním rámci někomu, o kom později zjistíme, že se spíše jedná o schizofrenii, než když léčbou a nastavením patologického rámce zastavíme proces někoho, kdo prochází psychospirituálním procesem“*.

Domnívám se, že samotné zohlednění spirituálních zážitků jako něčeho, co nespadá mezi ostatní psychotické příznaky, by mohlo vést i k většímu respektu spirituality jedince, respektive pacienta. Na druhou stranu je zde paradoxně riziko v patologizaci náboženských zážitků jako takových. Pokud je totiž náboženský prožitek zahrnut mezi diagnostické kategorie do diagnostického manuálu, jakoby se tím implicitně říkalo, že si zasluhuje klinickou pozornost, neboť je vlastně diagnózou.

### **6.1. Obtíže při hodnocení normality a patologie**

Jak vidíme, proces posuzování stavu pacienta a rozhodování o jeho diagnóze je náročný a zodpovědný. Posuzování normality a abnormality není tedy vůbec tak jednoduché, jak se na první pohled může zdát. Experimentálně problémy spojené se stanovením normality a abnormality doložil výzkum ze 70. let, který uskutečnil David L. Rosenhan. Tato kapitola bude pojednávat o výsledcích jeho experimentu.

Cílem Rosenhanovy studie bylo testovat hypotézu, že psychiatři nedokáží reliabilně stanovit rozdíl mezi lidmi, kteří jsou duševně zdraví, a těmi, kteří jsou nemocní. Jeho studie se skládala ze dvou částí (Rosenhan, 1973).

První část byla uskutečněna experimentálně. Osm duševně zdravých lidí, spolupracovníků při experimentu, usilovalo o přijetí do některé z 12 léčeben v pěti státech USA. Každý z falešných pacientů se objednal k lékaři a stěžoval si, že slyší hlasy. Hlasy byly nezřetelné, neznámé a říkaly jednotlivá slova jako *prázdný*, *dutý* nebo *duní*. Kromě tohoto jediného příznaku falešní pacienti nezměnili žádný projev svého chování, ani svou osobní historii či životní poměry. Po přijetí na oddělení všichni falešní pacienti okamžitě přestali simulovat jakékoliv příznaky a normálně reagovali na veškeré instrukce (ale nepolykali léky) a říkali, že se cítí dobře a nemají žádné další příznaky. Jejich úkolem potom bylo: usilovat o propuštění přesvědčením personálu o tom, že jsou duševně zdraví a pozorovat a zaznamenávat zážitky hospitalizovaných pacientů s duševními poruchami (Rosenhan, 1973).

Jaké byly výsledky experimentu? Falešní pacienti byli přijati do všech léčeben, ve všech případech (s výjimkou jednoho) s diagnózou schizofrenie a jejich duševní zdraví nikdy neodhalil personál. Zajímavé ale je, že na rozdíl od personálu někteří pacienti vyjádřili podezření, že tito falešní pacienti jsou duševně zdraví (35 ze 118 vyjádřilo své podezření u prvních tří hospitalizací). Délka hospitalizace sahala od 7 do 52 dnů, průměr byl 19 dnů. Všichni až na jednoho byli propuštěni s diagnózou *schizofrenie v remisi* (Rosenhan, 1973).

O čem vypovídají výsledky experimentu?

- *nedostatečné monitorování*: pacienti zažívali velmi malý kontakt s lékaři a byl zaznamenán velmi silný pocit segregace mezi personálem a pacienty
- *zkreslené chování*: veškeré (normální) chování bylo vykládáno ve světle „nálepky“ schizofrenie, např. normální anamnéza byla zkreslena důrazem na ambivalenci a emoční nestabilitu u schizofreniků, psaní poznámek falešných pacientů zapisovaly sestry do záznamů (pacient se uchyluje k psaní), ačkoliv se falešných pacientů nikdy nikdo neptal, proč si dělají poznámky, což naznačuje, že to bylo interpretováno jako příznak choroby; procházení se po chodbách z nudy bylo chápáno jako nervozita, což opět naznačovalo, že se jedná o příznak poruchy, čekání před jídelnou v čase před obědem bylo jedním z psychiatrů interpretováno jako projev orálně dychtivé povahy syndromu.
- *Nedostatek normálních interakcí*: falešní pacienti se na slušné otázky k personálu setkali zpravidla s úsečnou, ne vždy relevantní odpovědí, za chůze, někdy bez očního kontaktu
- *Bezmocnost a depersonalizace*: k jejich navození docházelo v ústavech prostřednictvím nedostatku práv, konstruktivní činnosti, možnosti volby a soukromí,

častých slovních a dokonce tělesných napadení ze strany personálu (Hill, 2004, s. 248).

K ověření slabé spolehlivosti diagnózy a ke zjištění toho, zda je možné rozeznat duševně nemocného od zdravého člověka, byla provedena pozdější studie, při níž byla jedna fakultní nemocnice, kde byl personál obeznámen s Rosenhanovou první studií, falešně informována, že má během období tří měsíců očekávat falešné pacienty, kteří se pokusí nechat se hospitalizovat. V průběhu této doby měl personál hodnotit pacienty na škále od 1 do 10 podle toho, jak pravděpodobné je, že jsou falešnými pacienty. Ze 193 pacientů bylo 41 pacientů podezíráno z předstírání, přičemž 19 z nich podezírali jak psychiatři, tak ostatní personál, i když během celého tohoto období žádný falešný pacient do nemocnice poslán nebyl (Rosenhan, 1973).

Experiment ukazuje na to, jakou moc má v psychiatrickém diagnostikování nálepkování (*labeling*). Pokud jednou pacient dostane diagnózu schizofrenie, pak je veškeré jeho další chování interpretováno jako projev patologie. Dokonce tato diagnóza měla vliv na zkreslené porozumění osobní historii a životním podmínkám falešných pacientů, kdy běžné vzorce chování byly interpretovány jako patologický vývoj v osobní historii pacienta. Navíc se s psychiatrickými diagnózami nezachází jako s hypotézami, které se v případě změny stavu pacienta přehodnotí (Rosenhan, 1973)

První část Rosenhanova experimentu ukazuje na problematiku při určování duševního zdraví, druhá část naopak poukazuje na obtíže při odhalování duševní nemoci. Selhání při rozpoznání zdravých osob se nazývá *chybou druhého řádu*, tedy jde o to, že lékaři mají tendenci označit jako *falešně pozitivní* i zdravé osoby. Za tímto se může skrývat předpoklad, že je méně nebezpečné špatně diagnostikovat nemoc než zdraví, tedy předpokládat nemoc mezi zdravými než naopak. Psychiatrická diagnóza ale na rozdíl od běžné medicínské diagnózy s sebou nese velké riziko stigmatizace.

Pokud personál nemocnice nebyl schopen rozpoznat chování duševně zdravého člověka (falešní pacientu se chovali stejně jako v běžném životě), pak výzkum ukazuje, že psychiatrická diagnóza spíše než o pacientovi samotném prozrazuje mnohem více o jeho prostředí a o pozorovateli, který hodnotí jeho chování (Rosenhan, 1973).

Studie poukázala na nedostatky tehdejšího klasifikačního systému duševních poruch (DSM-II) a na negativní následky označení člověka diagnostickou nálepkou. Studie jako tyto vedly k tlaku na revizi a zlepšení přesnosti klasifikačních systémů (Hill, 2004, s. 248).

## 7. Otázka „normality“

V předchozích kapitolách jsem zvažovala problematiku patologie náboženských prožitků. Nyní je na místě podívat se na to, co je to vlastně normální a zda tedy lze vůbec považovat mimořádné náboženské prožitky z určitého hlediska za normální.

Na mnoha místech v této práci jsem zmínila cosi o „normálních projevech“, „normálním fungování“. Co to vlastně znamená? V běžné řeči často slyšíme hodnotící věty typu „to je normální“, „to vůbec není normální“ – často vyřčené s patřičným emočním doprovodem. Stejně tak se zcela automaticky používá pojem normality v psychologii, psychiatrii, ale i v dalších vědách o člověku, aniž bychom si předem ujasnili, co to vlastně znamená (Syřišťová, 1970, s. 6).

Pojmy jako normalita a abnormalita, duševní zdraví a duševní nemoc, a diagnózy, které se od toho odvíjejí, jsou mnohem méně substantivní, než se na první pohled může zdát (Rosenhan, 1973). V různých kontextech svého použití mohou tyto pojmy vyjadřovat něco jiného. Pojem normalita může jednou znamenat „*zdraví, jindy průměrnost, v jiném kontextu to, co se nejčastěji vyskytuje, opět jindy to, co odpovídá normě, jindy banálnost nebo optimum. Podobně i abnormalita může znamenat jednou výjimečnost, jindy odchylnost či patologii. Dá se tedy říci, že pokud jej blíže nespecifikujeme, je jeho vědecká a komunikační cena pochybná*“ (Váňa, 1970, s. 126). Janoušek upozorňuje, že pokud si klademe za úkol odlišit normální a patologické prožívání a chování, nelze patologické chování vymezit jako negaci normálního, nýbrž jako „*chování sui generis, které je třeba analyzovat v jeho kvalitativní specifitě*“ (Janoušek, 1970, s. 95).

Význam pojmu „normalita“ se však liší i vzhledem ke kontextu, v jakém je použit. V kontextu současných věd je tohoto pojmu užito hlavně jako metodologického nástroje. Tradice filosofického zkoumání však tomuto pojmu přikládala ontologický význam, který se týká podstaty jevů (Syřišťová, 1970, s. 8).

Při hledání významu pojmu normalita nám může pomoci původ slova. *Normální* je odvozeno od slova *norma* čili pravidlo. Proto by bylo možné definovat *normální* jako to, co *odpovídá pravidlu*. Vzhledem k tomu, že existuje velké množství různých pravidel, tato definice je pouze rámcová. Vždy je proto třeba udat, s jakou skupinou porovnáváme, nebo která společenská skupina určuje ono pravidlo, normu. Pojem *normální* tedy nemá absolutní význam, nýbrž relativní. O normálnosti nelze mluvit absolutně, ale teprve po stanovení nějaké normy nebo nějaké vztahné skupiny (Tardy, 1970, s. 143). Ani toto však není tak jednoduché, neboť existuje celá řada různých druhů norem. V následující části některé z nich více přiblížím.

## 7.1. Norma statistická

Hodnotit, zda je někdo či něco normální, lze z hlediska statistické četnosti. Statistická norma, kvantitativně definovaná, „ztotožňuje normalitu (zdraví) s četností výskytu pozorovaných jevů“ (Syřišťová, 1970, s. 48). Statisticky běžné chování se definuje jako *normální*, zatímco statisticky vzácné chování je *abnormální*. Pokud sledujeme určité vlastnosti, které umíme změřit, lze každého jedince zařadit na škále dané dimenze. Rozdělení mnoha vlastností v populaci lze standardizovat pomocí křivky normálního (Gaussova) rozdělení (Hill, 2004, s. 242). Statistická norma má v lékařské praxi i výzkumu nesporný význam, neboť „zdravé, pravidelné a průměrné skutečně zpravidla převládá výskytem“ (Syřišťová, 1970, s. 48). Tato norma je vhodná především v epidemiologických studiích, protože umožňuje přesné vyjádření psychických jevů, které jsou dobře změřitelné, například četnost mentální retardace (Vondráček, 1970, s. 79).

Statistická norma ale má své limity. Jsou situace, kdy může svým mechanickým postupem zavádět – například v situacích, kdy by převládající chorobné jevy (například epidemie infekce) určovaly, co je normální (Syřišťová, 1970, s. 48).

Také je problematické rozhodnout, jak moc statisticky vzácné chování máme považovat za abnormální (2 nebo 3 směrodatné odchylky?). Rovněž tato norma nemůže vždy představovat normalitu, neboť v některých případech je s ní přímo v rozporu. Například vysoce nadprůměrnou inteligenci, která se dle Gaussova rozložení vyskytuje v malé četnosti, bychom museli dle statistické normy považovat na patickou (Syřišťová, 1970, s. 48). To se může stát, pokud vzhledem ke statistické normě ztotožníme normalnost a zdraví, respektive nenormalnost a patologii.

Jak by byli hodnoceni lidé, kteří prožili nějaký mimořádný náboženský prožitek? Z hlediska této normy by pravděpodobně nebyli hodnoceni jako normální. Lze ale dle této normy ztotožnit abnormalitu a patologii? Také je důležité si uvědomit, k jaké skupině tuto statistickou normu vztahujeme. Jako normální by se mohly mimořádné náboženské prožitky jevit například v některé extrémní náboženské skupině, která podporuje projevy takovýchto prožitků.

## 7.2. Normalita jako chování v souladu s normami

Vydeme-li z etymologie slova *normalita*, můžeme říci, že „*normální chování je takové, které odpovídá určitým sociálně přijatým normám*“ (Janoušek, 1970, s. 95). Normy tak mohou být chápány jako společensky očekávané způsoby chování. Členové společnosti,

kteří myslí a chovají se jinak než většina, porušují tyto normy a jsou označeni jako abnormální. Definice abnormálního chování jako odchylky od sociálních norem se tedy opírá o společnost. Různé společnosti budou ale jako *abnormální* označovat jiné projevy chování. Najít objektivní, kulturně nezávislou definici normality je tedy velmi obtížné. Pojetí normálního chování se liší interkulturně (Váňa, 1970, s. 130).

Zda tedy bude mimořádný náboženský prožitek hodnocen jako normální či patologický projev, závisí z hlediska této normy spíše na společnosti než na zážitku samotném.

### **7.3. Norma ideálová**

Hodnocení normality může být vztaženo k našemu ideálu normálního chování. Ideální normu by bylo možno charakterizovat obecně jako optimální formu existence osobnosti v optimálních sociálních podmínkách. Na rozdíl od statistické normy pracuje ideálová norma s kvalitativními termíny. Tato norma stanovuje ideální model nebo vzor, „*jehož hlavním kritériem je někdy průměr, zlatá střední cesta, jindy dokonalost*“ (Vondráček, 1970, s. 82). Definovat dokonalost je obtížné, ale v tomto případě to bývá ulehčeno tím, že „*vzor je udán buď v podobě názorného typu, nebo všeobecně přijatou konvencí na základě požadavků daných především tradicí, autoritami*“ (Vondráček, 1970, s. 82).

Výhodu této normy je to, že umožňuje považovat i statisticky vzácné jevy za normální (Vondráček, 1970, s. 82).

I tato norma má svá omezení. Je obtížné splnit kritéria ideálu a ještě obtížnější je stanovit, jaká kritéria tento stav charakterizují. Navíc v každé kultuře bude jiná představa chování, které by splňovalo kritéria ideálního chování (Hill, 2004, s. 242). Někdy lze pojem duševního zdraví definovat převážně z hlediska subjektivních pocitů spokojenosti, blaha, vyrovnanosti, výkonnosti apod. Může se však vyskytnout stav, například hypománie, kde jsou tyto znaky přítomny, ale jedná se už o chorobný stav. Navíc podle některých kritiků této normy je model „*co nejvíce úspěšného člověka, který se výborně přizpůsobuje nejrozmanitějším okolnostem, má velkou toleranci ke stresovým situacím, člověka, který se nikdy neoctne plný úzkosti v mezních neřešitelných situacích, vybaveného vždy pohotově pracujícími obrannými mechanismy, inteligentního стратега volícího vždy nejúčinnější prostředky k dosažení svých cílů, bez nejistoty svobodné volby, přežívajícího za každou cenu*“ modelem jakési odlidštěné abnormní normality (Syřiš'ová, 1970, s. 52).

Pokud budeme považovat za jednu z charakteristik ideálního normálního člověka také schopnost vnímat transcendentní prožitky, mohou z hlediska této normy být i mimořádné

náboženské prožitky hodnoceny nejen jako normální, ale i jako žádoucí. Obávám se, že v dnešní době převažuje trend spíše opačný.

#### **7.4. Norma kritériální**

Normální chování nebo normalita osobnosti může být vázána na určitá kritéria, jejichž naplnění je pak měřítkem normality.

Syřišťová (1970, s. 39-46) uvádí několik kritérií normality, nejčastěji užívaných na poli psychologie a psychopatologie. *Normální* se v tomto pojetí rovná *duševnímu zdraví*. Definitivní seznam kritérií ovšem neexistuje, je to otázka stále otevřená a diskutovaná. Navíc každé kritérium je v určitém ohledu nedostatečné a nelze použít absolutně. Uvádím některá z kritérií, která mohou být užitečná pro posuzování normality či patologie mimořádných náboženských prožitků. Kritérium duševního zdraví (normality) může být například spojeno nebo ztotožněno s:

- *Pocity subjektivního uspokojení, sebedůvěry, úspěšnosti*. Duševní choroba by pak protikladně byla spojena s pocity nedůvěry v sebe, pocity méněcennosti, citového neuspokojení atd. Problematičnost tohoto kritéria ovšem spočívá v tom, že pocity nespokojenosti mohou motivovat rozvoj potenciálu osobnosti. Další námitkou může být to, že „*duševní zdraví je funkcí nejen osobnosti, ale i prostředí, ve kterém člověk žije*“ (Syřišťová, 1970, s. 39). Navíc pocity štěstí nebo subjektivní uspokojení se mohou stávat sporným kritériem v momentě, kdy neodpovídají životní situaci.
- *Schopnost správného sebehodnocení*. Duševní zdraví je podle tohoto kritéria „*v přímo úměrném vztahu k realistickému a objektivnímu sebehodnocení*“ (Syřišťová, 1970, s. 40). Stanovit, co je „objektivní“ a „správné“, je ale značně problematické.
- *Pocit identity*. Toto kritérium úzce souvisí s předchozím uvedeným. Zdravá osobnost má jasný obraz sebe sama, nepochybuje o své vnitřní identitě. Pocit vlastní identity je předpokladem toho, že „*individuum je schopno správně diferencovat mezi sebou a objektivní realitou*“ (Syřišťová, 1970, s. 41). Proti tomuto kritériu lze ale namítnout, že pocit identity je získáván v průběhu vývoje osobnosti a jako kritérium duševního zdraví ho můžeme použít pravděpodobně jen u dospělých (Syřišťová, 1970, s. 42).
- *Schopnost seberealizace*. Toto kritérium uvádí např. Sullivan, Rogers, Allport, Maslow. Kritériem normality je „*růst, vývoj, směřování subjektu k sebeaktualizaci, seberealizaci, k rozvinutí vlastních potencialit*“ (Syřišťová, 1970, s. 42).
- *Autonomie, nezávislost, sebeurčení*. Dle tohoto kritéria je duševně zdravý člověk schopen zhodnotit své možnosti i nedostatky, dokáže reálně odhadnout cíle a k jejich



dosažení použít vhodné prostředky v souladu se svými potencialitami. Autonomie tedy předpokládá, že jedinec má jasnou představu sebe sama a dokáže adekvátně posoudit objektivní realitu (Syřišťová, 1970, s. 42). Autonomní člověk je charakterizován „*respektováním sebe sama, sebedůvěrou, vědomím vlastní sebehodnoty, schopností sebekontroly, samostatného rozhodování a schopností rozvinout vhodnou formu obrany v případě ohrožení*“ (Syřišťová, 1970, s. 43). Podobně jako u prvního zmíněného kritéria můžeme vidět limit tohoto kritéria v tom, že ne za všech okolností jsou dané charakteristiky chování adekvátní situaci. Navíc autonomie se vyjeví jen v kontaktu s druhými lidmi, nelze jí posuzovat samu o sobě (Syřišťová, 1970, s. 43).

- *Integrace jako kritérium duševního zdraví.* Toto kritérium považuje Syřišťová (1970, s. 43) za jedno z nejvýznamnějších kritérií normální psychické činnosti. Jinými pojmy, které vyjadřují totéž, jsou například koherence, jednota nebo kontinuita osobnosti, tj. jednotná struktura psychických procesů, vlastností a činností. Protikladem neboli znakem duševní nemoci je desintegrace, diskontinuita osobnosti.
- *Resistence ke stresu, tolerance k úzkosti, síla Já.* Protikladem je tenze, úzkost nebo frustrace. Tyto pocity mohou sice zažívat i duševně zdravé osoby, ale rozdíl je v tom, že u duševně nemocných je těmito pocity značně narušena integrita osobnosti, rovnováha psychických procesů a vědomá regulace chování. Toto kritérium ovšem nebere v úvahu, že odolnost vůči stresu není závislá jen na subjektivní resilienci, ale i na frekvenci a intenzitě stresorů a zátěžových situací (Syřišťová, 1970, s. 43).
- *Adekvátní percepce reality.* Toto kritérium je mnohými autory uváděno jako významné, nicméně je problematické v tom, že je leckdy obtížné stanovit, co lze považovat za správnou, adekvátní percepci reality. Podle některých autorů kritérium adekvátní percepce reality jakožto kritéria duševního zdraví nelze ztotožnit se správným, pravdivým odrazem reality, závislým na úrovni vědeckého poznání, ale odpovídá spíše konvenčnímu nazírání, které je obvyklé v dané kultuře a sociálním prostředí. Duševně nemocný člověk pak dle tohoto kritéria není schopen korigovat vlastní percepci v souladu se zkušeností druhých. Buď dochází k tomu, že jeho vnímání nekoresponduje s realitou (příkladem jsou bludy), nebo je percipována „realita“ bez vnějšího podnětu (halucinace). I toto kritérium je sporné, neboť schopnost vymanění se z konvenčních šablon nazírání a myšlení je a byla předpokladem velkých vědeckých objevů a filosofického tázání (Syřišťová, 1970, s. 44).

- *Sociální adaptace*. Opakem, tedy známkou duševní nemoci, je maladaptace. Stupeň naplnění kritéria sociální adaptace jakožto duševního zdraví je měřen obecným souhlasem společnosti. Výhodou tohoto kritéria je, že nevytváří striktní dichotomii mezi duševní zdraví a nemocí, ale připouští celou škálu přechodů mezi stavem zdraví a nemocí. Kritérium je problematické v tom, že je vázáno na sociální normy a hodnoty, které se mohou v různých dobách a skupinách velmi lišit. Různé zájmové skupiny mohou mít rozdílné názory na otázku dobré nebo špatné adaptace (Syřišťová, 1970, s. 46). Další nevýhodou tohoto kritéria je, že nezahrnuje dimenzi aktivní přizpůsobivosti jedince na dané podmínky (Syřišťová, 1970, s. 47).

Mnohá z těchto kritérií mohou být užitečná, pokud se budeme zabývat tím, zda člověk, který prožil mimořádný náboženský prožitek, je duševně zdravý nebo nikoliv. Posuzování z hlediska této normy se totiž netýká samotného zážitku, ale toho, jaký vliv tento zážitek má na život a chování jedince. Nezkoumá se tedy normalita náboženského prožitku, ale pozornost je zaměřena na konkrétního člověka. Seznam všeobecně uznávaných kritérií normality však neexistuje. Jejich stanovení je proto značně závislé na konkrétním autorovi, který o nich píše, a na jeho teoretických, antropologických východiscích.

## **7.5. Norma funkční**

Pro psychologa a psychiatra má neobyčejně důležitý význam tzv. funkcionální norma. Ta se liší od ostatních tím, že „*zdůrazňuje individuální zvláštnosti a potřeby, i když se dalekosáhle odlišují od masového průměru nebo tradičních, nařízených nebo dohodnutých norem*“ (Vondráček, 1970, s. 82). Podle funkční definice normality je normální chování to, které umožňuje běžné fungování ve společnosti, respektive abnormální chování je takové, které vede k selhávání v běžném životě. Samotný fakt odlišného chování není abnormální – tím je, až pokud záporně ovlivňuje kvalitu života (udržet si zaměstnání, sociální vztahy, snesitelnou životní úroveň). Funkcionální norma dovoluje považovat i osoby, které jsou podivínské, svérázné a neobvyklé, za normální (Vondráček, 1970, s. 84). Syřišťová (1970, s. 49) považuje toto kritérium za relativně kulturně nezávislé. Někteří autoři navíc funkční normalitu umožňují chápat dynamicky, jakožto neustálé hledání rovnováhy mezi osobností a prostředím, mezi různými psychickými procesy a činnostmi, mezi různými potřebami apod. (Syřišťová, 1970, s. 50).

Stejně jako v předchozím případě se domnívám, že toto kritérium normality je velice užitečné při posuzování normality osob, které měly mimořádný náboženský prožitek, protože

obrací pozornost od prožitku samotného ke konkrétnímu, pozorovatelnému fungování jedince. Nicméně jedinec sám nemusí správně rozpoznat svou schopnost přiměřeně fungovat, jako například v psychotickém stavu, nebo to nemusí považovat za problém (např. antisociální porucha osobnosti). Navíc „přiměřené fungování“ může být sociálním soudem, který odráží „*ohrožení vnímané většinou ve společnosti spíše než skutečnou hrozbu*“ (Hill, 2004, s. 242).

## **7.6. Subjektivní norma pozorovatele**

Tato norma, často používaná v psychologické i psychiatrické praxi, připouští značně širokou oblast mezi protikladnými póly normality a abnormality. Výhodou této normy je to, že umožňuje považovat za přípustnou řadu jevů, které by z hlediska jiných norem vybočovaly. Pozorovatel má určitou svobodu pro své hodnocení a názory. Obecné hranice hodnocení jsou dány tradicí a konvencí. Nevýhodou této normy je to, že různí pozorovatelé mohou dojít k odlišnému závěru. Pokud k tomu dojde, nemusí to ale nutně znamenat, že se jeden dopustil chyby. V takovém případě se rozhodnutí odloží, nebo se ponechá dalšímu vývoji, popřípadě rozhodne vyšší instituce (Vondráček, 1970, s. 82). Riziko tohoto přístupu vidím i ve sporné reliabilitě rozhodování jednoho pozorovatele, a to jak v případě hodnocení normality obecně, tak normality mimořádných náboženských prožitků.

## **7.7. Klinické hledisko normality**

Zvláštní pozornost si zasluhuje klinické hledisko normality již proto, že převážná část našich znalostí o abnormalitě byla získána právě v podmínkách klinických. Normalita se z tohoto hlediska chápe jako nepřítomnost nemoci. V centru zájmu je tedy patologie (Syřišťová, 1970, s. 8). Pojmy normalita a zdraví jsou v klinickém kontextu používány jako synonyma (Váňa, 1970, s. 129). Vondráček doporučuje, aby lékaři určovali normu právě dle tohoto kritéria, jako nepřítomnost patologie, neboť z odborného hlediska jsou lékaři školeni právě v poznávání chorobných stavů. Při zkoumání zdravotního stavu pacienta lékař nepostupuje tak, že by hledal známky zdraví, ale naopak hledá choroby a odchylky (Vondráček, 1970, s. 91). Psychiatr je však oproti jiným lékařským oborům v nevýhodě, neboť musí diagnózu zformulovat převážně na základě pozorování chování a na základě údajů, které se dozví od nemocného nebo jeho okolí. Menší roli hrají laboratorní vyšetření, ta se používají například u organických poruch (Váňa, 1970, s. 129). I přes užitečnost tohoto přístupu však někteří autoři kritizují toto pojetí jako příliš úzké, neboť je nutné „*zkoumat*

*zákonitosti a faktory, podmiňující optimální funkci organismu jako psychobiologického celku“ (Syřišťová, 1970, s. 9).*

## **7.8. Shrnutí**

Popsala jsem několik možných druhů norem, s jejichž pomocí lze rozlišovat normalitu a abnormalitu. Z hlediska některých druhů norem, ale ne všech, lze ztotožnit normalitu a zdraví, respektive abnormalitu a patologii.

V psychologii a psychiatrii, podobně i v jiných aplikovaných vědách, nejde o to rozhodnout, která z norem je správná a přijatelná, neboť předpokládáme, že všechny byly vytvořeny empirickým a kritickým postupem, ovšem pro různé potřeby. Není tedy důležité uvažovat, která z norem je *„vědecktější, nybrž která se spíše hodí pro daný záměr“* (Vondráček, 1970, s. 79).

Domnívám se, že pro posuzování patologie a normality mimořádných náboženských prožitků se nejvíce hodí norma funkční či kriteriální. Tyto druhy norem obrací totiž pozornost k člověku, k tomu, jak bylo jeho chování, prožívání a celkové fungování ovlivněno mimořádným náboženským prožitkem. Hrozí tak mnohem menší riziko, že posuzování a hodnocení náboženských prožitků bude negativně ovlivněno nábožensko-filosofickými předpoklady daného odborníka.

Závěrem je důležité podotknout, že koncepce normality ve svém nejvnitřnějším smyslu odráží náš obraz o člověku, o světě, o tom, co je pro něj „dobré“ a co je pro něj „špatné“. Při otázce, co je to normální chování člověka, jak je to s jeho normalitou vůbec, narážíme na otázku ještě základnější: *„co je to člověk, jaké je jeho bytostné určení“* (Stuchlíková, 1970, s. 147)? To, jak definujeme normálního člověka, je odrazem určitého porozumění světu a našemu životu v něm. Naše filosofické východisko a tedy i koncepce člověka určuje naší definici normality (Stuchlíková, 1970, s. 147).

## 8. Posuzování mimořádných náboženských prožitků

Na předchozích stránkách jsem popisovala různé přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků. Dá se na tomto místě na základě předchozích myšlenek stanovit nějaký závěr? Jak se má v dnešní době věda vůbec vyjadřovat k náboženským prožitkům? Pro odpověď si můžeme zajít k Williamu Jamesovi, který patří vůbec mezi první badatele, kteří si tuto otázku na poli psychologie náboženství položili. Jeho podněty jsou i v dnešní době stále inspirativní.

James (1930, s. 20) nás varuje, že jakákoliv diskuse o náboženských či transcendentních zážitcích se stává problematickou, když se narazí na otázku jejich původu. Zkoumat *pravdivost* náboženského prožitku na základě jeho původu však není vůbec nutné. Vždyť původ věci jako kritérium jejich pravdivosti používali středověcí dogmatici hledající původ pravdy. Proto rozlišuje James soudy *existenciální*, neboli *o podstatě věci*, a soudy *o vnitřní ceně věci*: „*Zjevy, dokazující jsoucnost věci, samy o sobě nepostačují určit její vnitřní hodnotu – a proto nejlepší znalci kritiky nikdy nemísí otázku o původu věci s otázkou o její vnitřní ceně*“ (James, 1930, s. 9).

Pro posuzování náboženských prožitků nabízí W. James jiné, pro vědu adekvátnější, empiristické kritérium: „*po ovoci poznáte je, nikoliv po jejich kořenech*“ (James, 1930, s. 22). Musíme posuzovat náboženský život podle jeho výsledků a vypustit strašidlo chorobného původu. Ačkoliv tedy náboženský prožitek mimořádné intenzity může být pro člověka z hlediska jeho života velkým otřesem, nemusí to mít na jeho život destruktivní, patologický dopad. Málokoho v životě nepotkala nějaké krize, nemoc nebo těžká událost. Tyto zkušenosti se *mohou* stát tím, co nám pomáhá, co nás posilní. To ovšem zjistíme až odstupem času, nikoliv z posuzování situace samé, ale z hlediska jejího „ovoce“. Druhým doporučením, které nám James zanechává jako pomůcku při posuzování náboženských prožitků je rada: „*ne jak se děje, ale co se získalo*“ (James, 1930, s. 168). Obě doporučení odvrací pozornost od hledání příčin mimořádného prožitku a zaměřují se na zkoumání jeho následků pro život konkrétního jedince.

Podobně i dnes definují někteří autoři kritéria, jak odlišit zdravé od toho, co je nezdravé. Za kladné je možno považovat to, co je „*provitální, co zvyšuje kvalitu života člověka obecně, co směřuje ke zvýšení důstojnosti člověka, co je prosociální a co vede k vyrovnanosti svobody a odpovědnosti v lidském jednání jakéhokoliv druhu*“ (Křivohlavý, 2002, s. 37). Pozitivní vliv náboženských prožitků předpokládá i Abraham Maslow. Člověk, který má vrcholné prožitky, je schopen „*více milovat a více přijímat*“ (Maslow, 1992, s. 82). Rovněž podle výzkumů psychologie náboženství takto náboženské prožitky na člověka

vskutku působí. I půl roku po experimentálních studiích, ve kterých byly účastníkům navozovány náboženské prožitky, byly u většiny z nich zjištěny pozitivní dopady, které se týkaly subjektivně pocíťovaného štěstí, dobré nálady, dále pak se změna projevila v pozitivnějším přístupu k druhým lidem a altruistických postojích. Lidem s vrcholnými zážitky méně záleželo na materiálních hodnotách, jakými jsou dobře placená práce nebo krásný dům, méně se koncentrovali na sociální status, slávu nebo na získání množství přátel. Náboženské prožitky jistě měly vliv u věřících na náboženský život člověka, který vedl k většímu prožitku spojení s Bohem, k větší jistotě a potvrzení víry. Výzkumy rovněž ukazují, že náboženské prožitky vedly k pozitivnějšímu postoji k sobě samému (Argyle, 2000, s. 71-73).

Podobně i v křesťanské tradici je za známku pravého náboženského prožitku považována pozitivní etická proměna (Zajacová, 2009, s. 21).

Pokud chceme posuzovat náboženské prožitky, je třeba dobře definovat pojmy, se kterými pracujeme, a tím tak předcházet možným nedorozuměním a dezinterpretacím, která vznikají z odlišeného chápání pojmů napříč různými vědními obory, jak bylo popsáno v kapitole o některých formách mimořádných náboženských prožitků. Různá nedorozumění mohou vznikat i vinou zanedbání kulturního kontextu, což může vést k vytváření nepřiléhavých kulturních analogií. Příkladem jedné takové zavádějící, ale často používané analogie může být přirovnávání šamanů a duševně nemocných dnešní doby. To zkrsluje nejen obraz duševních chorob, ale dezinterpretuje i roli šamanů. Zastánci „nepatologizujícího“ přístupu mohou argumentovat, že dnešní doba nadbytečně patologizuje normální projevy, neboť člověk, označený v naší kultuře jako duševně nemocný, by v jiné kultuře mohl být považovaný za proroka či šamana. Zastánci „patologizujícího“ přístupu pak mohou opačně dojít k závěru, že to, co náboženské postavy dělají a jak se projevují, je ve skutečnosti projevem patologie. Na těchto argumentacích je patrné hluboké neporozumění různým projevům – kladou se analogie tam, kde nejsou. V tomto případě byl naprosto zanedbán vliv kulturního kontextu. Na základě transkulturních studií je nutné zdůraznit, že „*ani šaman, ani svatí muži v mystických transech nejsou naprosto totožní se schizofreniky a hysteriky naší kultury*“ (Váňa, 1970, s. 139). Ačkoliv se podle standardů naší kultury může zdát, že chování šamanů je projevem patologie, liší se od duševně nemocných naší kultury jednak tím, že mohou abnormní chování přerušit, a pak hlavně tím, že jejich chování je funkční, plní svoji roli na úrovni kulturní funkce. V naší kultuře roli šamanů analogicky zastávají například umělci. Bez kulturního kontextu by projevy herců či tanečníků mohly být považovány za psychopatologii, ovšem toto chování je součástí určité role a plní svou funkci

(Váňa, 1970, s. 139). Často používáme analogie, abychom porozuměli podstatě nějakého jevu, ale někdy nás analogie může dostat na scestí.

I přes to, že při posuzování náboženských prožitků může vznikat řada nedorozumění, rozhodně by to nemělo vést k větší oddělenosti oborů, které se těmito prožitky zabývají. Psychiatr zkrátka nemůže říci, že se nebude zabývat duchovními záležitostmi svých pacientů s tím, že o to by se měl starat kněz nebo duchovní. Psychiatr sice nemá v kompetenci provázet člověka na cestě jeho duchovního vývoje, nicméně by se měl o duchovní život svého pacienta zabývat minimálně „*do té míry, do jaké souvisí s jeho psychickými potížemi*“ (Burdová, 2009, s. 165). Zrovna tak ani duchovní nemohou prostě přehlédnout některé psychologické či psychiatrické souvislosti v chování svých „oveček“. Je velice jednoduché říci, že ten, kdo je duševně nemocný, měl by vyhledat psychiatra, a ten, kdo prodělává nějaký komplikovaný duchovní vývoj, má zas vyhledat (například) duchovního. Jak jsme viděli, je těžké poznat, kdy se jedná o jaký problém. Navíc ani sám člověk, který prožívá náboženský zážitek, se kterým si neví rady, si vůbec nemusí být jistý, jaký odborník by mu v jeho situaci mohl být nejvíce užitečný. První kontakt však může být rozhodující pro motivaci člověka dále hledat či dále na sobě pracovat.

Předchozí kapitoly nabízely různé přístupy, které mohou být užitečné při posuzování mimořádných náboženských prožitků. Nejsou jen dvě protikladné možnosti, ale celá škála přístupů. Nemusíme se všemi souhlasit, ale mohly by být inspirací a vést k jisté zdrženlivosti před unáhlenými soudy. I když nelze podcenit riziko zanedbání léčby, někteří autoři upozorňují, že by „*otázka koho a kdy neléčit zasloužila více pozornosti. Etika zdrženlivosti je oproti etice ‚intervence‘ podceněna*“ (Höschl, 2002, s. 618).

## 9. Závěr: vědecký a náboženský přístup ke světu

I když se na první pohled zdá, že přístup náboženský a přístup vědecký stojí proti sobě, na základě studia literatury k této práci jsem si uvědomila, že se tyto pohledy přece nemusí vždy vylučovat. Pokud posuzujeme mimořádné náboženské prožitky, nemusí být vysvětlení jen jediné, exkluzivní, jakoby šlo buď o pravé zjevení, nebo o duševní poruchu.

Není přece nutné z *odlišných* pohledů na věc vytvářet *protikladné* a navzájem se vylučující pohledy. Například když si nakreslíme kužel, můžeme ho z jednoho úhlu pohledu vidět jako trojúhelník, z jiného pohledu se jeví jako kruh, přece je to však kužel – tohle ale prohlédneme, když oba pohledy spojíme dohromady. Tento názor zastával již William James. Domnívám se, že jeho přístup nabízí použitelné východisko i pro dnešní dobu. Podle Jamese (1930, s. 100) „*věda i náboženství jsou přirozené klíče, které otvírají pokladnici světa tomu, kdo dovede jednoho nebo druhého z nich užít prakticky. Právě tak jest zřejmo, že žádný z nich nevyčerpává pokladnice až na dno, ani nevylučuje současného užití klíče druhého. A proč by koneckonců svět nemohl býti tak složitý, že by sestával z mnoha sfér prostupujících vzájemně, sfér skutečnosti, kterým se můžeme takto přiblížiti střídavě užívající různých názorů a zaujímající různá hlediska, právě tak jako počtáři zpracovávají tytéž početní a prostorové veličiny geometricky, analyticky, algebraicky, počtem diferenciálním atd., a pokaždé vyjde správný výsledek?*“

Věda a víra byly ale dlouhá staletí postaveny proti sobě, jako nepřátelé jeden druhého, jako dva oddělené světy, které spolu nemají a nemohou mít nic společného. Tato dichotomizace vedla k tomu, že věda 19. století na sebe pohlížela jako na nezávislou na hodnotách, ke kterým nemá co říci. Jakoby tímto postojem prohlašovala, že nejvyšší hodnoty a cíle nemůžeme nijak poznat, neboť jsou mimo dosah lidského poznání. Maslow však kritizuje, že takováto věda, která rezignuje na možnost poznání hodnot, která se zabývá jen skutečným, jsoucím, se může stát antimorální a antihumánní (Maslow, 1992, s. 27). Náboženství, které bylo odděleno od vědy a poznání, bylo patologizováno a považováno za nepřítele vědeckého poznání (Maslow, 1992, s. 28).

Karteziánské myšlení vedlo k dualistickému chápání světa. Věda se jala zkoumat jeho materiální, hmotnou část, kterou povýšila na objektivní realitu. Svět se očima vědecké metody jevil jako jasný a změřitelný, objektivně poznatelný. Západní kultura v důsledku přílišného nadšení přírodovědnými (objektivními) metodami, které v období vědeckotechnické revoluce přinášely člověku nevídané možnosti, neuváženě zavrhl všechno jiné než objektivní a materiální. Jiné metody poznávání, založené na subjektivním přístupu, byly odmítány jako nevědecké a méně hodnotné. Náboženské a duchovní otázky byly odmítnuty.



Tento způsob myšlení, založený na karteziánsko-newtonském obrazu světa, pronikl i do věd o člověku, psychologie i psychiatrie (Sawicki, 2006, s. 14).

Až objevy moderní fyziky, především teorie relativity a kvantová fyzika, vrhají na tento spor mezi vědou a vírou o prvenství hmoty či ducha nové světlo. Tyto teorie poukazují na náš omyl vyplývající z oddělení hmoty a ducha (energie). Konstatují, že na subatomární úrovni hmota neexistuje, existuje tu jen plynutí událostí, nehmotný proud neustálé proměny a pohybu. Dokazují, že z energie je možné vytvářet hmotné částice a naopak. Fyzik David Bohm konstatuje, že hmota a vědomí nemohou být jedno z druhého vysvětlené anebo jedno na druhé zredukované, neboť představují nedělitelnou jednotu. Bohm též předpokládá existenci implikátního pořádku a světa, který není našimi smysly vnímatelný a existuje za hranicemi našeho známého explikátního světa (Sawicki, 2006, s. 18).

Kvantová fyzika upozorňuje na naši další chybu a iluzi, když jsme si mysleli, že jsme schopni objektivně zkoumat objektivní realitu. Moderní objevy kvantové fyziky ukazují na nemožnost důsledně objektivního poznání, které je vždy ovlivněné subjektem poznávání. Kvantová fyzika upozorňuje, že realita, kterou běžně známe, není realitou objektivní, protože je redukována a vytvářena našimi smysly a mozkovou činností. Pozorovatel je součástí svého pozorování (Sawicki, 2006, s. 73-74). Ve světle výzkumů moderní fyziky již nelze ztotožnit skutečnost a naivní objektivitu (Polkinghorne, 1998, s. 41). Koncept světa, který je mimo nás, a který můžeme objektivně zkoumat, je už neudržitelný, neboť už nemůžeme mluvit o objektivně správné a na pozorovateli nezávislé verzi skutečnosti (Sawicki, 2006, s. 73-74).

Objevy kvantové teorie rozšířily oblast našich představ o povaze světa, ve kterém žijeme. Tento svět „je plný překvapení. Zdravý rozum, vycházející z každodenní zkušenosti, může být vodítkem jen zčásti“ (Polkinghorne, 1998, s. 41). Významný kvantový fyzik Lee Smolin (1996, s. 191) uvádí, že kvantová mechanika připouští souběžnou existenci mnohých rozdílných a zjevně rozporných situací, existujících v jakési stínové, potencionální realitě. Například podle kvantové teorie může existovat kočka ve stavu, kdy je současně potenciálně živá i potenciálně mrtvá. Jiný významný fyzik, Allan H. Guth (1996, s. 195) konstatuje, že kvantová teorie vysvětluje přírodu jako absurdní z hlediska zdravého rozumu, což se ale úplně shoduje s fyzikálními experimenty.

Fyzika vlivem kvantové teorie prodělala velkou změnu a přehodnotila na základě nových vědeckých teorií svůj obraz světa. Stávající model newtonovského světa nebyl odmítnut, ale doplněn. Patří do něj i jevy, které jsou z hlediska zdravého rozumu nepochopitelné. Realita, kterou známe, není realitou objektivní, neboť naše zkoumání není nikdy objektivní, ale jsme jeho součástí (Polkinghorne, 1998, s. 42).

Nové teorie a přístupy ve vědě rovněž otevírají prostor pro přehodnocení vztahu vědy a víry. Na základě nových teorií mnozí vědci a myslitelé dospěli k názoru, že věda je jen částí o mnoho rozsáhlejšího systému poznávání a hledání pravdy. Rozšířené anebo mystické stavy vědomí nám mohou poskytovat odlišný způsob nazírání na skutečnost a zkoumání světa. Pro člověka má hodnotu jeden i druhý, vědecký i mystický způsob poznávání a nazírání na svět, jinak by tu pravděpodobně tyto rozdílné systémy ani nebyly (Sawicki, 2006, s. 74). Věda i teologie se zaměřují na jiný aspekt mnohotvárné skutečnosti. Vědecký přístup zkoumá fyzický svět, který se snaží experimentálně testovat. Teologie se zaměřuje na skutečnost Boha. I přes patrné rozdíly jsou si obě disciplíny v určitém smyslu podobné (Polkinghorne, 1998, s. 27).

Nejen přírodní vědy, ale i psychologie a psychiatrie jsou ovlivněné newtonsko-karteziánským obrazem světa. Všechny objevy, teorie a hypotézy moderní fyziky vytvářejí nový prostor i pro psychologii a psychiatrii na přehodnocení jejich současných akademických paradigmat a formulaci nových. Tyto obory na svou „kvantovou teorii“ stále čekají. Je na čase přehodnotit metodologická a teoretická východiska, včetně našeho obrazu světa. Domnívám se, že redefinování našeho pojetí reality a objektivitu může vést k přijetí náboženských prožitků a zkušeností jako legitimního, nepatologického způsobu prožívání světa.

Není možné veškerá náboženská témata vysvětlit v psychologii redukcí těchto jevů na procesy v mozku. Bylo sice zjištěno, že jistou úlohu při výskytu náboženských prožitků hraje aktivace pravé mozkové hemisféry (Argyle, 2000, s. 74), nicméně existence biologických a chemických změn v organismu při těchto prožitcích ještě ale nedokazuje jejich biologický původ a příčinu. Souvislost jevů neznamena jejich kauzální spojení. W. James (1930) nabízí možnost, jak chápat vztah mozku a náboženských prožitků. Pokud přehodnotíme náš obraz reality, může se mozek jevit jako regulující orgán, stejně tak jako regulátory působí i jiné tělesné orgány. Vzduch, který dýcháme, nevyrábějí plíce, potravu, kterou jíme, neprodukuje žaludek a podobně můžeme pokračovat i s dalšími orgány. Proč bychom potom nemohli předpokládat, že náboženské prožitky netvoříme, ale „regulujeme“?

Abraham Maslow (1992, s. 33) konstatuje, že odmítání náboženských témat v psychologii není dále možné: „*ateista 19. století zbořil dům místo toho, aby ho přestavil*“. Moderní člověk odmítl náboženské odpovědi, které nemohl rozumově přijmout, ale zároveň s nimi odmítl i náboženské otázky (Maslow, 1992, s. 33). Náboženské otázky a hledání jsou však z vědeckého hlediska zcela přijatelné, vycházejí z lidské přirozenosti a je možné je vědecky zkoumat a popisovat (Maslow, 1992, s. 35). Abraham Maslow (1992, s. 12) doporučuje dát podnět k „*pronikavě holistickému postoji a způsobu myšlení*“. Podle tohoto

autora je třeba vytvořit prostor pro *pojmy založené na prožitcích* (experientially based concepts) a pro *slova naplněná prožitkem* (experientially filled words), tedy pro racionalitu založenou na prožitku, která je protikladem racionality a priori (Maslow, 1992, s. 12).

Ať už je naše východisko k hodnocení náboženských prožitků jakékoliv a zastáváme jakýkoliv názor, měli bychom si stále být vědomi toho, že v nadčasové perspektivě každé naše poznání je, bylo a bude relativní. Antropolog, profesor Hank Wesselman (2000) konstatuje, že žádné hranice poznání neexistují, a co je pro každého z nás možné, je určené jen jeho vírou.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 10. Úvod

V teoretické části jsem se snažila popsat a porovnat různé přístupy k pojetí a hodnocení mimořádných náboženských prožitků. Obraz náboženských prožitků by však nebyl úplný, kdybychom se nevěnovali vedle teoretických obecných úvah i konkrétním, subjektivním příběhům osob, které mají vlastní jedinečnou zkušenost s nějakým druhem mimořádného náboženského prožitku.

V psychologické i psychiatrické literatuře, která se věnuje mimořádným náboženským zážitkům, najdeme definice a popis těchto stavů – z nich se ale vytrácí samotný člověk a jeho životní kontext, ve kterém se tyto zážitky odehrávají. Tento dluh bych chtěla v této části práce alespoň trochu vyvážit.

Záměrem praktické části je na základě rozhovorů s lidmi, kteří mají zkušenost nějakého mimořádného náboženského prožitku, poskytnout vhled do toho, jak jsou tyto prožitky vnímány, hodnoceny a interpretovány, jaký je jejich význam pro život konkrétního člověka. V neposlední řadě, v souvislosti s názvem této diplomové práce, je záměrem zmapovat, jak zkoumané osoby hodnotí svůj prožitek z hlediska normality a patologie a kde vidí hranici mezi normálním a patologickým prožitkem.

Praktická část této práce je proto kvalitativním výzkumem, založeným na kasuistikách různých osob, které mají velice odlišné prožitky. Tvoří doplněk teoretické části tím, že vedle obecných odborných úvah poskytuje vhled do konkrétní subjektivní zkušenosti.

V souladu se záměrem práce byly definovány tyto výzkumné otázky, na jejichž základě pak dále byly zformulovány konkrétní otázky využívané v polostrukturovaném rozhovoru:

- 1) Jak je hodnocen význam prožitku pro život člověka?
- 2) Jaké možnosti pomoci a podpory tyto lidé potřebují?
- 3) Podle čeho svůj zážitek hodnotí jako normální nebo patologický?

## 11. Metody

### 11.1. Soubor

Kritéria pro výběr osob byla vzhledem ke kvalitativnímu typu výzkumu a záměru práce poměrně široká. Záměrem bylo zmapovat a porovnat pestrou škálu různých typů prožitků. Jediným kritériem proto bylo, aby tento mimořádný prožitek byl spojen s oblastí náboženskou, spirituální, transcendentní. Toto kritérium bylo ale subjektivní, na základě hodnocení samotného člověka, který měl mimořádný prožitek.

Výzkumný vzorek tvoří pět respondentů, kteří byli získáni různými metodami. Dva účastníci byli vybráni na základě osobního oslovení. Jednalo se o osoby, se kterými jsem se náhodou při různých příležitostech setkala. Jeden účastník se přihlásil sám, když zjistil téma této diplomové práce. Další metodou výběru osob bylo oslovení prostřednictvím inzerátu. Inzerát byl rozeslán elektronickou poštou do několika organizací, které jsou či mohou být v kontaktu s lidmi, kteří měli mimořádné prožitky. Konkrétně jsem tímto způsobem oslovila tyto čtyři organizace: o. s. Greendoors, Eset, o. s. Vida, Diabasis. Ačkoliv byl rozhovor kvůli zvýšení motivace finančně honorován, ozvaly se na tento inzerát (viz přílohu č. 1) pouze tři osoby, z nichž jen dvě se nakonec výzkumu zúčastnily.

Vyhledávání a oslovování osob probíhalo v období 7 měsíců. Jednotliví respondenti nejprve obdrželi e-mail s podrobnějšími informacemi o účelu a podmínkách výzkumu. Na základě toho se pak mohli rozhodnout, zda se budou účastnit. Takto oslovených osob bylo celkem šest, jeden však odmítl účast.

Při výběru osob jsem se snažila o co největší pestrost, jak co se týče osobních charakteristik, tak i druhů prožitků.

Tři účastníci jsou muži, dvě ženy. Čtyři z nich svobodní, bezdětní, jeden ženatý s dvěma dětmi. Věk účastníků se pohyboval v rozmezí od 25 do 45 let. Ač všichni v době výzkumu pobývali v Praze, jeden účastník pochází se Slovenska. Tři respondenti měli nějakou psychiatrickou diagnózu, ostatní dva neměli žádnou předchozí zkušenost s psychiatrickou péčí.

Z důvodu zachování anonymity byly účastníkům pro účely výzkumu přiděleny přezdívky – veškerá jména, které jsou použita v textu, jsou změněna.

## 11.2. Postup výzkumu

Vzhledem k tomu, že téma výzkumu je osobní, až intimní, zvolila jsem z několika důvodů typ kvalitativního výzkumu. Hlavním důvodem je to, že můj výzkum nenavazuje na žádný předchozí. Kvalitativní design výzkumu také více reflektuje záměr této práce, kterým je zmapování oblasti náboženských prožitků. Další důvod vyplývá i ze samotné charakteristiky tématu. Téma náboženských prožitků je velice subjektivní, individuální a obtížně uchopitelné, a proto i obtížně převoditelné do kvalitativní podoby. Rozhovory na téma mimořádných náboženských prožitků jsou také velmi osobní a kvalitativní přístup umožňuje lépe navodit důvěrnou atmosféru, při které jsou dotazované osoby ochotnější k hlubšímu vyprávění. Poznatky z kvalitativního výzkumu mohou pak dále posloužit k tvorbě hypotéz pro další, kvantitativní studie.

K hledání odpovědí na stanovené výzkumné otázky jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů a grafickou projektivní techniku „osa života“.

Hlavní metodou byl polostrukturovaný rozhovor. Výhodou je určitá pružnost a spontaneita při kladení otázek, zároveň však je možné pozdější srovnávání všech respondentů. Tento rozhovor byl vedený podle předem připraveného schématu, které mělo mapovat zkušenosti, zážitky respondenta, způsob jejich uchopení a jejich hodnocení, dále pak možnosti pomoci a podpory v okolí (viz přílohu č. 2: Seznam okruhů otázek). Finální formulace otázek, jejich pořadí a použití byly různé v závislosti na konkrétním tématu rozhovoru a průběhu rozhovoru, stejně tak jako na výřečnosti respondenta. Rozhovor byl vedený s každým účastníkem zvlášť, v prostředí, které si sám zvolil. Ve všech případech se jednalo o prostředí kavárny.

Rozhovor byl nahrávaný a následně byl vytvořen jeho přepis. V souladu s etickými zásadami vždy každému rozhovoru předcházel ústní souhlas s nahráváním rozhovoru a s jeho využitím pro potřeby výzkumu, se zaručením anonymity respondentů. Všichni respondenti s těmito podmínkami souhlasili.

Nejkratší rozhovor trval hodinu a dvacet minut, nejdelší hovor měl dvě hodiny. Před rozhovorem i po něm byl poskytnut respondentům čas na dotazy, nebo případné zpracování nepříjemných pocitů.

Jako další, doplňkovou metodu jsem zvolila grafickou projektivní techniku „osa života“. Nejedná se o standardizovanou metodu a její použití bylo volně přizpůsobeno potřebám výzkumu. Respondentovi byl předložen na šířku bílý papír velikosti A4, na němž byla uprostřed čára pojmenovaná jako „osa života“. Respondenti dostali tuto instrukci:

*„Toto je osa Vašeho života. Zakreslete do ní prosím důležité okamžiky svého života“.*

Účelem této metody bylo zjistit, jaké místo v životě přikládá respondent svému prožitku, a jak ho vnímá v kontextu jiných důležitých událostí a běhu celého života. Výstupem této metody nejsou jednoznačné závěry, ale spíše hypotézy a podněty pro další výzkumy.

## 12. Výsledky

Na základě analýzy rozhovorů jsem vytvořila kasuistiky a hledala jsem odpovědi na výzkumné otázky. Výpovědi byly rozčleněny do několika tématických okruhů:

- *Popis prožitku*
- *Interpretace* – jak si člověk vysvětluje prožitky, jejich (teologický) původ, jakými pojmy prožitek popisuje
- *Význam prožitku a jeho smysl* – jakým způsobem prožitek ovlivnil a změnil život člověka a v čem je spatřován smysl prožitku pro život
- *Pomoc a podpora* – s jakou pomocí se člověk setkal, s kým o zážitku mohl mluvit, co mu nejvíce pomáhalo, jaký druh pomoci nebo podpory potřeboval
- *Hranice normality a patologie* – jak hodnotí člověk svůj zážitek a sám sebe z hlediska normality či patologie, popřípadě v čem vidí rozdíl normálních a spirituálních prožitků
- *Osa života* – popis, jakým způsobem člověk vypracoval zadaný úkol. Tyto vypracované úkoly jsou zařazeny v přílohách (přílohy č. 3 – 7)

Přímé citace respondentů jsou v textu ohraničeny uvozovkami a označeny kurzívou. Kurzívou, ale bez uvozovek jsou označena slova nebo pojmenování, které pronesl respondent.

### 12.1. Kasuistiky

#### Adam

(45 let, ženatý, dvě děti, podnikatel, student – psychoterapie)

S Adamem jsem se náhodou setkala na jednom kurzu a cíleně jsem ho oslovila pro rozhovor k této práci. Adam měl před pěti lety jeden mimořádný prožitek, který pojmenovává jako *obrácení*.

Samotnému náboženskému prožitku předcházelo dlouhodobě náročné životní období. Adam zažíval problémy v podnikání, jeho nejstarší syn byl závislý na drogách a neustále upadal do relapsů. Situace se synem se Adamovi zdála čím dál více beznadějná.

Jednou se v souvislosti s pracovní zakázkou vydal autem za Prahu, aby se jel podívat na nějaký pozemek. Stanovené místo se mu však z nějakého důvodu nepodařilo najít. Byl podvečer, po bouřce. Adam seděl v autě a náhle pomyslel na to, že *to skončí*. V tu chvíli měl pocit, že pro něj nemá smysl dále žít a uvažoval o sebevraždě. Zároveň mu „*bylo hrozně hezky*“. Když se cítil zcela na dně, přišel pak z ničeho nic onen zlomový prožitek: „*to pak bylo všechno černý, ..., a už jsem byl hrozně vyšťavenej, a ted' - já jsem viděl všechno modře,*



*až černě, prostě, bylo to špatný, jo, no.... Já jsem najednou...dostal pocit, že to má všechno Smysl. Jako kdyby se něco rozsvítilo. Já měl prostě najednou pocit, jakože... no já měl pocit, já jsem si říkal, jako kdyby na mě zasvítíl Bůh... nebo něco, prostě... nevím. Já jenom vím, že najednou mi... všechno přišlo najednou nádherný, jako takový... že to prostě... je vlastně... já nevím, jak to popsat...“*

Zážitek je pro Adama stále ještě obtížně popsateľný, i když od něj uplynulo už pět let. Hovoří o tom, že pocítil *Dobro* nebo *Sílu*. Náhle přijal náročnou situaci, kterou prožíval se svým synem, a říkal si „*já toho kluka budu mít rád tak jako tak, prostě, ..., a přišlo mi to jako normální, už jsem jako neměl potřebu to tak silně řešit..., že i to zlo, že i s tím ho jako budu mít rád*“.

Adam charakterizuje zážitek jako něco, co bylo zcela mimo jakoukoliv kontrolu. To, co se děje, vnímal, jako že je nad jeho síly a že tomu naprosto podléhá. V tomto stavu neměl ponětí o čase a zpětně nedokáže určit, jak dlouho prožitek trval.

Bezprostředně po tomto prožitku byl Adam sice stále zmatený, ale měl pocit, že „*je něco dobře, ..., že se stalo něco velkého, ..., měl jsem pocit ohromný úlevy...“*

Když dorazil domů, byl rád, že nikoho nepotkal. Měl pocit *jinakosti* a bál se, aby si toho někdo nevšiml: „*Měl jsem pocit, že je něco úplně jinak. Měl jsem pocit, že by to na mně mohlo bejt vidět.*“ Doma si pak pustil klasickou hudbu, J. S. Bacha. Při poslechu na něj přišel silný pláč: „*já jsem začal brečet, ale tak, ..., měl jsem co dělat, abych nebyl moc hlasitý...“* Tehdy prožíval „*něco mezi štěstím a zoufalstvím*“.

Od té doby měl Adam pocit, že je všechno „*nějak dobře*“. Nabyl *naprosté jistoty*, že Bůh existuje, svůj zážitek od začátku spojoval s Bohem. Tehdy začal postupně uvažovat, co s tímto zážitkem počít a kam bude chodit do kostela. Adam byl sice pokřtěný, ale k náboženským tématům přistupoval vždy s rezervou. Do té doby se nepovažoval ani za ateistu, ale ani za věřícího člověka. Nyní se však víra a náboženská staly pro něj důležité a začal mít potřebu navštěvovat kostel.

Zpětně Adam reflektuje, že zážitek přece jen nepřišel zcela náhle, ale předcházelo mu určité období, pár měsíců jakéhosi „*hledání stébla*“. Když hledal v knihách radu, jak pomoci synovi z drogové závislosti, v jedné knize od křesťansky orientovaného psychoterapeuta četl o Bohu, tehdy tomu však nijak nerozuměl. Zpětně si uvědomuje, že v tomto období také začal více poslouchat vážnou hudbu.

**Interpretace.** Adam svůj zážitek od počátku spojoval s Bohem a zařadil ho do křesťanského rámce. Připodobňuje svůj prožitek k obrácení Pavla z Tarsu nebo k mystickým zážitkům světců. Zážitek bral vždy jako *Dar* nebo jako *Dar milosti*.

I když je podle biřmování členem katolické církve, jeho víra není dogmatická: „*celý Římský magisterium může jít do...*“. Bůh, ve kterého věří, je *základ existence, podstata, hlubina* nebo také *Smysl*.

V porozumění zážitkům Adamovi také pomohla koncepce vrcholných prožitků od Abrahama Maslowa.

**Vliv prožitku na život a jeho smysl.** Adam zpětně svůj zážitek vnímá jako vůbec jeden z nejdůležitějších okamžiků života, ne-li vůbec nejdůležitější. Prožitek ovlivnil významně jeho život v mnoha aspektech. Změny v životě však nezačaly ze dne na den, ale byly spíše postupné. Navíc se týkaly mnohem více vnitřního života, než vnějšího, pozorovatelného chování.

Jednou z oblastí, která se vlivem prožitku změnila, jsou emoce. Adam vnímá, že začal být více citlivý, více ho dojmají různé věci a také i pláče, což nikdy předtím pro něj nepřicházelo v úvahu: „*já jsem jako do té doby byl tvrdák...*“ Další změna se projevila i v přístupu k druhým lidem: „*začal jsem si jich víc všímat...*“

Velkou změnou v životě byla nově získaná nebo objevená víra. Zážitek vyvolal v Adamovi přesvědčení o Boží existenci, a začal tak hledat, co si s touto nově objevenou náboženskostí počít.

Změnil se i Adamův celkový přístup k životu. Adam pocítil, že se už ocitl na dně a že od té doby už může být vše jen lepší. A že nemůže nic ztratit. Materiální starosti už ho netížily tolik, jako dříve: „*no tak nebudeme mít dvě auta, ale jedno...*“

I když si Adam dělal méně starostí s materiálními věcmi, reflektuje, že po zážitku už není tak bezstarostný. Namísto toho, aby se staral tolik o sebe (jak to bylo před prožitkem), se začal mnohem více vciťovat do druhých lidí a starat se o ně.

Prožitek *obrácení*, jak ho nazval Adam, vedl u něj celkově k životu autentičtějšímu, pokornějšímu a přijímajícímu. Přijímá v životě dobro a zlo, život a smrt. Od té chvíle je pro Adama jednodušší mluvit o smrti a o umírání.

**Pomoc a podpora.** I přes to, jak výrazným zlomem byl zážitek v Adamově životě, si není jistý, jestli si vůbec někdo v okolí zpočátku všiml nějaké změny. Zpočátku měl Adam strach o svém zážitku vůbec někomu povědět a vzhledem k nevyslovitelnosti prožitku si ani

nedokázal představit, co by jim vlastně řekl. Z rodiny ví o jeho prožitku jen jeden z jeho synů, který je těmto tématům přístupnější.

Ze všeho nejdříve, než vůbec byl schopen o svém prožitku mluvit, potřeboval si nejprve vše ujasnit sám v sobě a vůbec nějak pochopit, co se to vlastně přihodilo. Zázitek byl zcela mimo jeho dosavadní způsob myšlení a chápání světa. Proto zpočátku zpracovával prožitek sám s pomocí studia literatury o mystice, psychologii, psychologii náboženství apod. Důležitým zjištěním, které pomohlo získat klid a stabilitu, bylo to, že náboženské prožitky nejsou v podstatě nic neobvyklého a jsou v populaci běžnějším jevem, než se na první pohled zdá. Tato informace pomohla tedy normalizovat prožitek, který nezapadal do dosavadního způsobu uvažování. Více porozumět svým vlastním prožitkům pomohla Adamovi kniha jednoho britského autora s názvem *O Milosti*. Rovněž během svého studia psychoterapie se na přednášce o Abrahamu Maslowovi seznámil s jeho koncepcí vrcholných prožitků. Adam měl pocit, že prožil něco podobného, co popisuje Maslow ve své teorii.

Podle Adama však největší pomocí bylo už jenom to, jak zázitek samotný vůbec probíhal. Zázitek totiž vyvolal pocity *nádherna, dobra, posvátna*, které vedly k přesvědčení, že to, co se děje, je správně.

Trvalo dlouhou dobu, než byl schopen o svém prožitku s někým mluvit. Zpočátku však ani neměl tu potřebu. Prožitek chápal od začátku jako duchovní záležitost, a tak nejvíce „*proto o tom chtěl mluvit s tím Bohem*“. Prvním člověkem, kterému se s tímto svěřil, byl pak katolický kněz při přípravě na biřmování. To bylo však v odstupu asi rok po zázitku.

I když je pro Adama stále obtížné mluvit o zázitku samotném, protože nenachází vhodná slova, má tendenci mezi lidmi mluvit o duchovních tématech.

Ideálním druhem pomoci by podle Adama bylo nějaké prostředí, kde by nějaký zkušený odborník provedl člověka celým procesem a pomohl mu objasnit, co se děje, zároveň by však dohlížel, zda se nerozvíjí nějaká psychóza. V době, kdy však byl Adam pohlcen svými zážitky, nebyl schopen vyhledávat, zda nějaká taková organizace, která by tuto pomoc nabízela, vůbec existuje. Právě nedostatek informací o náboženských prožitcích, tabuizace těchto témat a riziko stigmatizace může bránit ve vyhledání potřebné pomoci. Podle Adama se celkově málo mluví nejen o duchovních tématech, ale i o duševním zdraví a duševní nemoci.

**Hranice normality a patologie.** Samotný zázitek je obtížně uchopitelný a Adam vzpomíná, že když se to stalo, „*to má člověk jako pocit, jako nenormality...*“

Adam měl pocit, že jeho zážitek je skutečně na hranici mezi *šílenstvím a normalitou*. V té chvíli nebylo možné proces nějak myšlenkově uchopit nebo řídit. Zpočátku měl i obavy, aby ho někdo z okolí nehodnotil jako duševně nemocného.

Právě ona nesdělitelnost charakterizuje podle Adama spirituální, náboženské prožitky. Pokud tedy někdo mluví o svých prožitcích jednoznačně, sebejistě, má Adam problém uvěřit autenticitě takového vyprávění.

Adam studuje odbornou literaturu, která se týká náboženských prožitků. Na základě toho reflektuje, že některé popisy psychotických stavů mohou být v lecčems podobné s tím, co on sám prožil. Podobnost vidí v pocitu *zmatenosti*. Adam sám svému stavu zpočátku nerozuměl, cítil se zmatený. Zároveň obtížnost s verbálním vyjadřováním vede k tomu, že „*to potom vypadá jako plácání...*“

Během svého prožitku měl Adam pocit, že proces nemá pod kontrolou a že se děje něco, co je zcela mimo jeho moc. Právě vzhledem k tomu, že zážitek je velmi obtížné mít pod kontrolou, hodnotí Adam s jistým kritickým odstupem různé techniky vyvolávání náboženských prožitků, jako je holotropní dýchání nebo šamanismus. Hrozí podle něj riziko, že by se zážitek mohl překlopit do nějaké psychózy.

Rozdíl náboženského a psychotického prožitku vidí i ve vnímání reality. Adam reflektuje, že se nezměnilo jeho vnímání okolí. Hlavní změna se odehrála uvnitř, lidé okolo však zůstávali stejní: „*lidi mluvili furt stejně, jo, i ten svět vypadal stejně...*“

To hlavní, co vedlo Adama k přesvědčení, že jeho zážitek není nenormální, byl silný pocit, že to, co se děje, je *správně*, že je to *dobře*. Zároveň si ale kriticky, a trochu ironicky, uvědomuje, že kdyby se vlastně po zážitku „*zbláznil*“, tak je přesto možné, že by to nepoznal.

Přestože vnímá tenkou hranici mezi normálním, náboženským prožitkem a psychózou, považuje za velmi nebezpečnou redukcionistickou tendenci chápat náboženské prožitky obecně jako projev nemoci nebo nerovnováhy mozkové činnosti. Takovýto přístup totiž vede k nutnosti zahájit léčbu: „*já prostě nechci, aby mě léčili, protože pro mě to byl zásadní formující okamžik mého života, a ta představa, že budeme něco takovýho léčit, mi přijde jako naprostý nepochopení...*“

**Osa života.** Osa je ztvárněna jednoduše a přehledně. Zajímavé je, že je do ní integrován jak minulý okamžik narození, tak budoucí smrt.

Na osu jsou zaznamenány události, které odrážejí různé aspekty života. Jedná se jak o osobní a rodinný život (manželství, děti, smrt otce), profesní dráhu (podnikání), jeho koníček (horolezectví), tak i samotný prožitek obrácení. Jako výhled do budoucnosti je označena psychoterapie, které se chce věnovat.

## Daniel

(25 let, svobodný, student vysoké školy, obor psychologie, umělec)

Spolužák, student Daniel se mi nabídl sám pro rozhovor k tomuto výzkumu, když se dozvěděl téma mé diplomové práce.

Daniel má asi od osmnácti let různé intenzivní *vize*, které se objevují v meditacích anebo ve snech, pokud po meditaci následuje spánek. Zážitky v těchto stavech jsou velice různé a postupem času se zintenzivňují a objevují se častěji. Za posledního půl rok měl asi sedm těchto významnějších snů, předtím se objevovaly asi jednou až dvakrát za rok. Vize jsou od sebe odlišné, plné nejrůznějších postav a obrazů. Mezi nimi jsou asi tři zážitky s Bohem.

Předtím, než se vize začaly objevovat, věnoval se Daniel asi dva roky sporadicky józe. Na kurzu Silvovy metody se naučil medítovat, pak ale šel vlastní cestou.

První zážitek se objevil ve snu: „... *náhle jsem se objevil na břehu takového velkého jezera. A v tom snu jako byl u toho jezera jako..., byl jsem na takovém kameni, dotkl jsem se rukama toho kamene a pocítil jsem tu sílu jakoby tý přírody, nebo čeho, no a ta síla mě jako nějakým způsobem zajala a já jsem se přenesl do takového jiného prostoru, kde byla tma, a vpředu se mi ve světle zjevila postava Boha, v takovém světle, sdělila mi jednu větu, a ta věta byla: no co, chlapče?*“

I když se Daniel nepovažoval nikdy za ateistu, tak tento zážitek hodnotí jako počátek své *religiózní cesty*. Od té doby začal věřit v Boha, modlit se a víru postupně zakomponoval do svého života. Nevyhledával ale žádnou církev nebo náboženské společenství.

Objevovaly se další sny, ve kterých měl intenzivní pocit boží přítomnosti, pocit přesahu. Tyto sny vedly k prohloubení a zintenzivnění modlitby.

V této době Daniel prožíval i různé životní změny, které souvisely s osamostatňováním se, a snažil se „*vyrvat z vazeb, které dává tradiční společnost a tradiční morálka*“. Začaly se objevovat velmi intenzivní sny s energií. Tato energie jako „*by prostupovala celým tělem, každou buňkou. Ono je to těžké k něčemu přirovnat...ale rozhodně je to síla...*“ Od určité doby se energie v jeho snech většinou váže na jeho ruce, ze kterých vychází nebo se s nimi nějak spojuje. Dokonce po jednom intenzivním snu, který měl přibližně před rokem, má pocit, že může tuto energii vyvolat i v bdělém stavu, například při meditaci. Tuto energii mohou prý pocítit i jiní lidé: „*když někdo dá mezi mé ruce svojí ruku, tak cítí, že tam je prostě nějaké silové pole.*“

Zážitky jsou vždy velice intenzivní, někdy „*je to i brutál*“, ale celkově je Daniel hodnotí jako příjemné. Negativní emoce, jako třeba strach, se i přes náročné a intenzivní

obsahy neobjevují, neboť vědomí tento sen přeruší: „*když máš ve snu nějaký strach, nebo něco, co člověk nezvládá, tak ono se člověk velmi rychle probudí...*“

Prožívané vize jsou velice různé a objevují se v nich všelijaké postavy: andělé, ďáblové, posel apokalypsy, chiméra, velryba, medvěd, nebo se setkal se sebou samým. Vize trvají řádově jen několik minut.

Od běžných snů jsou však tyto prožitky odlišné. Vyznačují se větší hloubkou a intenzitou. Objevuje se v nich buď božská síla, nebo energie, která prostupuje celé tělo. Nebo jde o sny, které Daniel popisuje v duchu jungovské psychologie jako archetypální. Vždy se však projevují s úplným ztuhnutím těla, které je „*jako v transu*“. Při těchto snech se také Daniel cítí jakoby oddělený od svého těla, ztrácí ponětí o čase a prostoru: „*nikdy nemám ani páru o tom, v jakém stavu je moje tělo, ...jestli ležím tak, nebo tak, jestli je se mnou někdo v té místnosti, jestli je noc nebo den, prostě nic...*“ Po probuzení se objevují pocity radosti: „*je to vždycky zajímavý zážitek, a vždycky se z toho těším.*“

Tyto prožitky svou intenzitou mají velký vliv na život a stejně tak životní změny se zrcadlí ve snech. Jeden z výrazných zlomů nastal v souvislosti se získáním větší životní svobody a zároveň s objevením *destruktivních, temných sil* v sobě. Daniel popisuje, že po určité životní krizi se mu „*otevřela brána do nevědomí*“ a ve snech se objevovaly „*takové temné obsahy, že to bylo tak tři čtyři dny, než jsem to jako nějak přijal*“. Po tom byl dva týdny na „*rekonvalescenčním pobytu*“, protože se ještě dlouho cítil jako „*po nějaké chorobě*“, nebyl schopen s nikým mluvit, nic dělat a potřeboval být o samotě. Bylo nutné postupně *přijmout a integrovat i temnou stránku jako svojí součást*.

Daniel má i zkušenost s prožitky, které byly vyvolány pomocí drog. Různé látky zkoušel vícekrát, někdy byl ale „*vpád těch nevědomých obsahů přes tu drogu tak intenzivní, že jsem jako týden byl hotový z toho...*“ Oproti zážitkům, které jsou vyvolány meditací, je při použití drog narušen *přirozený vývoj* a jejich zpracování je tak podle Danielova hodnocení mnohem náročnější.

**Interpretace.** Daniel si vysvětluje, že tyto zážitky se berou z jakési *astrální sféry* a nevědomí je bránou to tohoto světa: „*já si myslím, že ta cesta do nevědomí stojí za to, a že tam je tak neuvěřitelná energie, která jde dále za jednotlivého člověka, že to je až neuvěřitelné, já si myslím, že lidi nemají ani páru, co v nich je, ..., a je to masakr a máme všichni možnost tam jít, pokud chceme, chce to jenom práci, strašně moc zatnout zuby a přežít všechny možné věci, které s tím přicházejí, mít hodně odvahy, ale vždycky to pak nějak jde...*“ Tyto zážitky má podle Daniela možnost prožít kdokoliv, je to v každém člověku.

O svých zážitcích často hovoří v duchu jungovské psychologie, používá k jejich vyjádření pojmy jako *nevědomí*, *archetypy*, atd.

**Vliv prožitku na život a jeho smysl.** Daniel reflektuje, že největší vliv měly tyto prožitky na jeho víru. Není však členem žádné církve, jeho víra je osobní a individuální.

Bůh, ve kterého věří, je „*entita, která prostupuje všechno, a je zároveň univerzální pro všechny a je zároveň individuální,...* Bůh je život, prostě, zázrak života, a je to entita, která prostě žije, která k nám promlouvá, a když jsme schopni mu naslouchat skrze hlas, který máme sami v sobě, tak jdeme tu cestu tak, jako bysme sami chtěli, a ta cesta je jen pro nás, a když jí jdeme, tu boží cestu, tak nikdy nejdeme jen tu svojí cestu vlastní...“

Dále se změnil i jeho celkový pohled na člověka: „*...zjistil jsem, že člověk má prostě v sobě ukryto tolik vzácného, tolik krásného, že i ta cesta, duchovní, je pro mě velmi velmi zajímavá...*“

Zážitky podpořily jeho sebehodnotu. Někdy si kladl otázku, proč se tyto prožitky dějí právě jemu: „*sám nevím, čím to je, že právě mě se to děje, jakože někdy si řeknu: aaa, možná že budu nějaký prorok (smích)... já právě vůbec nevím, proč se mi to děje. Já si myslím, že možná protože mám tu nějakou úlohu na tomto světě, a taky proto, že to co se mi děje, tak já za tím jdu, dělám ty meditace, cvičím tu jógu, prostě, jsem otevřený všem obsahům, které přicházejí*“. Sám sebe vnímá jako člověka, který hledá, a který chce v životě něčeho dosáhnout – nikoliv však v materiálním slova smyslu. Snaží se využít v životě *potenciál, který mu Bůh dal*, především ten umělecký, a také jít stále po duchovní cestě.

Další oblastí, kterou prožitky významně ovlivnily, je výtvarná tvorba. Daniel se dva roky věnuje výtvarnému umění a zážitky výrazně ovlivnily jeho tvorbu, která je spojená s prací s nevědomím.

Daniel si uvědomuje, že tento způsob života s sebou nese i nějaké ztráty. Nejedná se však o ztráty v tom smyslu, že by něčeho litoval, ale „*v tom smyslu, že pokud jde člověk touto cestou, tak je vlastně tak zaměstnaný, že nestíhá žít ten svět, který je tady...*“ Někdy se cítí pohlcen hluboko tím, co se mu děje, že nemá kapacitu na to, aby některé věci mohl běžně žít, a potřebuje čas pro sebe.

I když zážitky ovlivnily výrazně Danielův život, tak předpokládá, že i bez nich by nakonec nějakým způsobem došel k víře, i když by třeba ta motivace jít po duchovní cestě nebyla tak silná, jako nyní.

Smysl těchto zážitků vidí v „*naplnění života člověka a v pomáhání naplnění života jiných*“ a také v tom, aby člověk konal dobro, snažil se, aby svět byl lepší a aby „*nežil na světě jen tak plytce*“. Daniel vnímá, že právě toto je jeho životní cesta, skrze umění

a rozhovory lidem sdělovat, že je tu i nějaký jiný svět, jiná realita, za kterou stojí za to jít a objevovat ji a ukazovat, kolik krásna má člověk v sobě.

**Pomoc a podpora.** Jedna z věcí, která pomáhá Danielovi zpracovávat zážitky, je i výtvarná tvorba. Ta umožňuje předávat a zprostředkovávat to, co prožil a co potřebuje sdělit. Pro Daniela je důležité z několika důvodů své zážitky sdělovat. Jednak se považuje za člověka, který má přirozeně potřebu s lidmi sdílet, cítí se dobře, když to může vyprávět, a také si myslí, že „*to jsou prostě věci, o kterých by lidi měli vědět, že to jsou věci, aby jim někdo pověděl, že: aha, tady existuje i jiná realita, jiný svět, a že tento svět stojí za to, abychom za ním šli, abychom ho objevovali, aby se lidi nebáli, aby prostě ... aby prostě nežili jen takový ten shit, ... aby prostě otevřeli oči a zjistili to...*“

Z tohoto důvodu také přirozeně své zážitky sděloval svým přátelům. Ačkoliv reflektuje, že nikdy neměl pocit, že by ho mohli blíže pochopit, pokládal za důležité jim to sdělit. I přes to, že by dokázal o svých zážitcích mluvit hodiny, uvědomuje si, že ne každého to může zajímat, a tak prožitky popisuje jen v krátkosti. O těchto zážitcích ví poměrně široký okruh jeho přátel a blízkých, včetně rodičů. Nikdy se nesetkal s negativními reakcemi nebo s hodnocením, které by bylo patologizující. Naopak spíše očekával v reakcích svých blízkých více nadšení či překvapení.

V souvislosti s těmito zážitky neměl Daniel potřebu vyhledat nějaké odborníky ani se nepotřeboval setkat s někým, kdo prožil něco podobného.

Někdy, když byly zážitky intenzivní a jejich zpracování náročnější, tak Daniel potřeboval ticho, klid a vyhledával samotu: „*měl jsem problém se s lidmi bavit, být na ně milý, prostě cokoli jim ze sebe dávat...*“ Jsou však i fáze, kdy naopak potřebuje být s někým blízkým, jindy mu nejvíce pomáhá výtvarná tvorba.

**Hranice normality a patologie.** Při popisu svých prožitků používal Daniel často spojení *patologický obsah* nebo *patologický zážitek*. Obecně však své prožitky hodnotí jako normální. Záleží však podle něj na tom, zda je člověk dokáže zpracovat, a jestli má stále kontakt s realitou. I když jednotlivý obsah snu se může jevit jako patologický (například sen o tom, že někoho zabiju), tak pokud se to vezme v kontextu práce s nevědomím, tak je to normální a zdravé. I pocity, které jsou obtížné a náročné, mohou být v kontextu duchovní cesty normální a přirozené, pokud člověk na tento proces neztrácí náhled.

**Osa života.** Na první pohled zaujme kreativní přínos, který Daniel vložil do této techniky a který poukazuje na svobodu jeho myšlení: předem nakreslenou čáru života doplnil na druhém řádku tak, aby se mu na osu vešlo dostatek životních událostí a zároveň aby měl



před sebou dostatek „času“ pro otevřenou budoucnost. I přes to, že Daniel zaznamenal na osu hodně událostí, znázornění je přehledné a logické.

Na ose jsou zaznamenány jak jednorázové události (vize Boha, rozchod, skončení hraní počítačových her), tak i životní období (život na VŠ, partnerský vztah, jóga). Prvním označeným důležitým okamžikem bylo narození. Dále se zaznamenané události a období týkají jak roviny osobní (jóga, cestování, počítačové hry, změna osobnosti – přijetí stínu a morální zlom), mezilidské (vztah s rodiči, partnerské vztahy), profesní (studium a výtvarná činnost), tak i duchovní (vize, sny, víra).

Tři oblasti, „*duchovno, umění a vztahy*“, chce rozvíjet i v budoucnosti, jak to rovněž označil na časové ose (dokázat se živit uměním, rozšířit sexuální zkušenosti, naučit se lépe pracovat s nevědomím, hodně cestovat, poznat životní lásku a mít děti).

## **Milan**

(38 let, svobodný, vzdělání vysokoškolské, humanitního směru. Nyní zaměstnán jako zahradník v sociální firmě. V psychiatrické péči, diagnóza smíšená schizoafektivní porucha)

Pro účast na výzkumu jsem Milana oslovila cíleně a ten ochotně souhlasil. Setkala jsem se s ním na přednášce, kde v rámci preventivních programů jedné neziskové organizace vyprávěl o své duševní nemoci a o svých prožitcích.

Milan se nyní dlouhodobě léčí s duševní nemocí. Na jejím počátku byl mimořádně silný prožitek, který měl před 11 lety. Samotnému prožitku však předcházelo několik změn. Nejprve Milan prožíval období, kdy se mu v životě vše dařilo. Měl spokojený rodinný i partnerský život, měl práci, která ho bavila, koníčka a zároveň studoval na vysoké škole: „*najednou jsem měl všechno, po čem jsem toužil, takovýho toho hmotného, materiálního*“. Pak přišla náhle deprese, která trvala 4-5 měsíců: „*když jsem zaskóroval na všech frontách, tak jsem se nějak vnitřně složil*“. Deprese nebyla léčená. Projevovala se kromě poklesu nálad i ztrátou energie a chuti do života, ztrátou zájmu o okolí a o své koníčky, zvýšenou únavou, pocity úzkosti a strachu. V této době začal Milan na doporučení svého známého nejprve cvičit a pak i studovat jógu, podle textu Jiřího Vacka *Základy jógy a mystiky*. Milan zpětně hodnotí, že jóga mu pomohla dostat se z deprese. Duchovní cvičení spojil i s týdenním obdobím půstu a askeze. V závěru půstu navštívil kostel, ve kterém byl dva roky předtím pokřtěný. V tomto kostele došlo k onomu mimořádnému zážitku, který Milan popisuje jako *uvolnění hadí síly*. Měl pocit, že s ním něco jakoby zmítá, „*vypadalo to, že ze mě jako úplně tryská voda*“, a když stav nemohl vydržet, lehl si na dlažbu. Měl pocit, že „*vědomí se stáhlo jakoby dovnitř*“. Stav popisuje jako blízký osvětlení, ale k samotnému osvětlení nedošlo: „*naopak z té energie, z toho přetlaku se mi jakoby hejblo trošku s biomechanismem mozku*“. Od té doby

má Milan různé *psychotické problémy*, jak to sám pojmenovává. Milan se domnívá, že v sobě už měl vrozenou vulnerabilitu nebo předpoklady pro tyto psychotické stavy. Reflektuje, že se od mládí vždy bál života, dospělosti.

Po tomto prožitku se postupně rozvinuly u Milana bludy a halucinace. Dále se objevila nespavost, výrazná hyperaktivita, obtíže s ukotvením se v čase a s dodržováním limitů: *„je to taková biochemická nerovnováha, která se projevuje jako takovejma psychickéjma přetlakama...“* Nástup psychózy ohlašovaly i podivné změny chování, které vyústily v nedobrovolnou hospitalizaci. Hospitalizace přišla asi měsíc a půl po onom prožitku v kostele. Na základě výtržností na ulici byl Milan zatčen policií a následně se dostal do psychiatrické léčebny.

Od té doby je v psychiatrické péči, užívá léky - antipsychotika. Vždy, když je zkusil vysadit, psychotické projevy se opět rozvinuly, někdy jim předcházely spirituální prožitky.

Například kromě zmíněného zážitku v kostele měl později i jedno *vidění*: *„viděl jsem, jakoby se chtělo inkarnovat dítě... prostě jakoby to tentokrát bylo jakoby vyexcitovaný do toho zraku“*. Měl pocit, jako by se *„vnitřně nějakou částí své bytosti dostal do jiný sféry, tím tělem jsem byl tady, ale nebyl jsem tady úplně inkarnovanej...přitom jsem měl jako čas vidět tím zrakem věci, který běžným zrakem nejsou vidět...“*

Kromě prvního, nedobrovolného pobytu v psychiatrické léčbě, byl Milan hospitalizovaný ještě několikrát. Jednou opět v léčebně, dále jednou v psychiatrickém centru a jednou v krizovém centru.

Po poslední atace, která následovala po pokusu vysadit léky, přišel Milan o svou partnerku i o zaměstnání. Nyní je sám, pracuje v jedné sociální firmě jako zahradník.

**Interpretace zážitku.** Mimořádný prožitek přišel v kostele, v prostoru, který je křesťanský, a kde byl Milan pokřtěný. Svůj prožitek ovšem popisuje převážně pojmy, které pochází z východních směrů: *čakry, minulé životy, karma, hadí síla*.

V tomto synkretickém pojetí vidí pro sebe Milan výhodu, má potřebu mít *„to nějak spojený, integrovaný, než mít jenom jednu z těch cest, protože to mi přijde takový mechanický“*.

Svoji zkušenost vnímá tak, jakoby se mu otevřely *dveře z nějakého duchovního světa*. Jeho mysl však nemá kapacitu na to, tyto duchovní prožitky přijmout, a tak se pak objevila psychotická fáze. Tyto prožitky však může mít každý, kdo má k tomu nějaké predispozice.

**Vliv prožitku na život a jeho smysl.** Mimořádný prožitek je pro Milana potvrzením, že existuje jakýsi „*duchovní svět*“, „*spiritualita*“ nebo „*nějaký osvícení*“. I přes to, že zážitky vedly k psychóze, k hospitalizacím a doživotnímu brání léků, pro Milana tento prožitek stojí za to. Byly však chvíle, kdy si Milan myslel, že by bylo lepší, aby onen zážitek neměl, a to když se mu následkem ataky rozpadl do té doby fungující život (ztráta zaměstnání, ztráta partnerky apod.).

Nyní však Milan došel do fáze, kdy přijal vše, co se stalo. Chápe to tak, že když se ten zážitek stal, tak má nějaký smysl: „*kdyby to tak nemělo bejt, tak se to nestane*“. Vzhledem k tomu, že tento zážitek vnímá jako smysl života, je i ochotný o svých zážitcích mluvit, dávat rozhovory a sdílet je.

Jaký by byl Milanův život bez tohoto prožitku? Milan se domnívá, že by žil život *běžnější*. Výhodou by ovšem byla životní a duševní stabilita.

**Pomoc a podpora.** O zážitku, který Milan prožil v kostele, zpočátku nevěděl nikdo, i když si rodiče a blízcí všimli změn v jeho chování. Dokonce se po svém prožitku Milan zkusil obrátit na jednu psychiatryni. Nezdála se mu však důvěryhodná, protože „*byla v bílém plášti, a to mě odpuzovalo*“, takže odešel a o prožitku jí nevyprávěl.

Pak se dostal na psychiatrii. Prvním člověkem, se kterým mohl Milan o svém zážitku mluvit, byl spolupacient v léčebně. Při první hospitalizaci se Milan psychiatra bál. Prostředí, ve kterém byl hospitalizovaný, v něm evokovalo asociaci vězení a vyvolávalo pocit tísně, což snižovalo ochotu někomu svůj prožitek sdělit. Jak Milan hodnotí samotnou hospitalizaci jakožto druh pomoci? Celkem byl hospitalizovaný čtyřikrát: jednou hospitalizace byla nedobrovolná, jednou o ni požádal sám, v ostatních dvou případech sehráli roli blízcí, kteří rozpoznali, že se něco děje, a přemluvili Milana k vyhledání pomoci. Hospitalizace byla podle Milana přínosná v tom, že se podařilo *zbrzdit* nebo *zpracovat* psychotickou ataku. Výrazným negativem je však nemožnost chodit na vycházky, přestože se člověk nechá hospitalizovat dobrovolně. Podporou v léčbě mu byli vždy blízcí a přátelé a zájem, který projevovali, když přišli na návštěvu. V kontaktu s odborníky Milan nejvíce oceňuje soucitný a vstřícný přístup, zkušený terapeuti v něm vyvolávali „*pocit jistoty, že život jde prostě nějak dál*“. Z dostupných terapií Milan ocenil hipoterapii nebo dřevařskou dílnu. Manuální činnost dává člověku, kterému se rozpadl vlivem ataky život, opět pocit užitečnosti a vlastní hodnoty.

Později o zážitku mohl Milan mluvit i se svými blízkými. Rodiče se však „*toho lekali, a brali to možná jako tu patologii... moc se k tomu nevyjadřovali*“. Pocit porozumění získal Milan mezi novými přáteli, které si našel. Společně zkoušeli *ayahuascu*, psychotropní látku. Tato droga vedla k podobným prožitkům, jaké Milan v minulosti měl. S přáteli tak

mohl o zážitcích více mluvit, protože „*ti tomu byli daleko přístupnější*“, „*nebrali všechno hned jako patologii, nebáli se toho tolik...*“

I když nejbližší nikdy Milanovi nedávali najevo, že je nemocný, hráli důležitou roli v jeho léčbě. Někdy se ptali, zda bere Milan léky, a také často právě oni motivovali Milana, aby vyhledal v krizové fázi odbornou pomoc.

Dále pak o svém zážitku více mluvil dva až tři roky poté, s terapeutem v individuální psychoterapii. S tímto terapeutem je Milan v nepravidelném kontaktu doposud. Milanovi pomohl v interpretaci jeho života a toho, „*co je a co není patologický... a jak dál...*“

Od první psychotické ataky je také stále v kontaktu s psychiatry. Pozitivně na tomto druhu pomoci Milan hodnotí to, že ho někdo „*monitoroval a dával léky*“. Negativně však vnímá nedostatek zájmu a neosobní přístup: „*když jsem tam chodil, tak on si vždycky něco datloval do počítače, v podstatě se se mnou o tom ne bavil*“.

Přestože zážitek se stal v kostele, Milan neměl zájem vyhledat v této souvislosti konzultaci kněze. Vzhledem k tomu, že Milan své zážitky pojmenovává termíny východních směrů, tak ani nepředpokládal, že by pro toto měl nějaký kněz pochopení. V synkretickém pojetí zážitků stojí jisté úskalí pro vyhledání adekvátní pomoci pro duchovní otázky. Avšak asi po sedmi letech od prožitku vyhledal Milan kněze z náboženské skupiny *Obec křesťanů*, kterou Milan vnímá jako nejvíce „*in*“. Rozhovor s tímto duchovním byl přínosný, protože „*někdo mě vyslechl, někdo mně rozuměl*“.

I přes to, že zpočátku o svém zážitku Milan příliš nemluvil, objevil v sobě později (v souvislosti se zaměstnáním) *pedagogické sklony* a nyní prostřednictvím jedné neziskové organizace v rámci preventivních programů věnovaných duševnímu zdraví a nemoci přednáší v různých školách o svých zážitcích. Tato aktivita trvá poslední dva roky. Také je ochotný poskytovat různé rozhovory o svých prožitcích. Možnost o nich mluvit bere jako výzvu „*nějak to použít v životě, přiměřeně... třeba takovýma diskuzema*“ nebo „*nějak to sám rozvinout ve vlastním životě, pochopit to nějak*“.

Jakého člověka nebo odborníka by v období po mimořádném prožitku Milan nejvíce ocenil? Ideálem by byl člověk, který by poskytl podporu v duchovním smyslu, „*někdo jako typu Buddhy, kterej ví, co se děje, a co se má dělat*“.

**Hranice normality a patologie.** Milan popisuje, že zážitky, které měl, nejprve vnímal jako *spirituální*. Cítil se dobře, uvolněně, vnímal cosi jako *intuici* nebo *vnuknutí*. Pak se ale tento počáteční spirituální stav *překlopí do patologické fáze*. Hranice mezi spirituálními a patologickými zážitky je podle Milana velice neznatelná a z jeho pohledu jí lze jen obtížně zachytit. Je schopen jí pak vidět až „*ve zpětném zrcátku*“. Podle Milana ztrácí člověk ve stavu

patologie soudnost, přestává vnímat, co je pro něj dobré, co mu prospívá a co naopak škodí. Tím se pak komplikuje i možnost přijetí nějaké pomoci nebo intervence. Dále je patologický stav doprovázen *ztrátou rozlišování*: „*pro malicherný věci nebo pro neznámý lidi je člověk schopen třeba obětovat domluvený schůzky s lidma, na kterých mu záleží*“. V mezilidských vztazích se hranice mezi normálním, spirituálním prožitkem a patologickou fází odráží v rozdílu mezi „*bezpečnou spontaneitou, kterou všichni kvitují*“ a „*nevhodným chováním, vlezlostí, přemírou...neschopností rozlišit, kdy už je toho jako moc*“. Patologická fáze se dále vyznačuje dezorientací v čase nebo také podivným a neobvyklým chováním. I když měl Milan náhled na to, co dělá, tak „*...neměl na to trhat si za to hlavu, že to jsou šílený věci*“. Rozdíl mezi normální a patologickou fází se projevuje i na kvalitě spánku: „*dokud se mi spí dobře, pravidelně, tak je to dobrý...*“

Rozlišit spirituální a patologický zážitek je však podle slov Milana obtížné, neboť mohou být „*přechodová období*“, kdy se objevují jak patologické, tak spirituální projevy zároveň.

Sám sebe Milan nehodnotí jako duševně nemocného, ale jako člověka, který musí brát léky, neboť je u něj potenciál, že pokud léky brát přestane, za čas se objeví nějaká psychotická ataka.

**Osa života.** Na osu svého života znázornil Milan značné množství událostí. První část osy, před samotným zážitkem, se zdá na první pohled přehlednější než druhá část, kde jsou události spolu značně provázané a podle hodnocení Milana nejdou oddělit. Kromě toho je zajímavé naznačení období před narozením.

Na časové ose jsou znázorněny nejen zlomové události (narození sestry, promoce, zkušenost s drogou ayahuasca), ale i životní období (koníček – historický šerm, divadlo, studium, práce, partnerské vztahy). Události pokrývají všechny důležité aspekty života (osobní, partnerský, rodinný a profesní život, zájmy, duševní nemoc). Zajímavé je, že samotný první zážitek, který se udál v kostele, explicitně označen není. Podle Milana je s ním ale vše následující spojené. Na ose jsou ale zaznamenány ataky, které prodělal.

Vzhledem ke značnému množství důležitých událostí jsem Milana požádala, aby vybral a označil tři z nich, které pokládá za nejdůležitější. Milan označil *narození sestry*, dále poslední vztah se *super partnerkou* a současnou dobu *relativního zdraví a stability*.

## Petra

(35 let, svobodná, středoškolské vzdělání, zaměstnána na chráněném pracovišti, současná diagnóza paranoidní schizofrenie, invalidní důchod)

Petra dostala od své kamarádky inzerát, kterým jsem obeslala několik neziskových organizací. Podle popisu měla pocit, že její zážitky odpovídají tomu, co hledám. Celkem se jedná o tři mimořádné prožitky.

První zážitek byl spojený s fyzickými bolestmi: „*něco se mi dělo s hlavou. To se asi uvolnila nějaká energie, já jsem měla pocit, že vidím mozek, a takový věci...*“ Po tomto zážitku Petra odešla ze zaměstnání, ze dne na den, neboť v tom prožitku nabyla pocitu, že ví, co chce, a nebylo to to, čeho se jí dostávalo v zaměstnání.

Po nedlouhém čase však Petra onemocněla. Měla silný a komplikovaný zánět děložního hrdla. Ten vyústil ve stav, kdy na krátký okamžik, asi 30 vteřin, ochrnula na celém těle. Tento prožitek byl pro ni velice osvobozující, měla „*takovej pocit, že se to tělo nějak rozlítlo, jako na dvě poloviny, a to se tak jako ještě jako nedá určit, co to bylo, to jsem neviděla, jenom to bylo prostě jako takový hrozně závan energie, takový prostě hodně silný, a zase jsem měla pocit, že jsem konečně tam, kde jsem celý život chtěla být...*“ V tomto stavu se cítila šťastná a spokojená, měla pocit, jako by jí *bolest zachránila*. Měla pocit, že jí život běží před očima nebo že její *srdce stoupá k nebesům*. Pak jí zachvátila bolest, která jí přivedla k lékařské péči. Následovalo období léčby a rehabilitací.

Život před těmito zážitky nehodnotí Petra příliš pozitivně, cítila se nešťastná a v depresích, které však nebyly nikdy léčené. Ani po vyléčení zánětu se však psychický stav výrazně nezlepšil: „*pořád jsem jako brečela, vlastně jako... trpěla hrozně... a nebyla jsem schopná se z toho nějak vyhrabat. Všichni mi říkali, že už je to dobrý, že už bych měla začít být tak jako aktivní, měla bych hledat tu práci... ale mě bylo prostě nějak blbě, furt, psychicky.*“ Psychické obtíže byly podle hodnocení Petry spojené s problematickým vztahem s matkou. Na doporučení své sestry vyhledala konzultaci psychiatra. Ten však odmítl Petru s tím, že je psychosomaticky nemocná a on se tímto nezabývá – na jiném pracovišti jí však opět doporučili tohoto psychiatra: „*takže si mě tak jako přešoupli, ..., tam říkal ,no a tam Vás měli vzít', prostě já jsem si připadala, hloupě...*“ Petra pak vyhledala pomoc kinezioložky kvůli odblokování páteře. Tuto zkušenost hodnotí pozitivně, protože kinezioložka pomohla odkrýt a vyléčit nějaké trauma z dětství.

Po krátkém období euforie se však objevily problémy s dásněmi, které se vinou špatné léčby ještě zhoršily.

Petra vyhledala konzultaci dalších odborníků alternativních směrů. Kromě další kinezioložky, se kterou je v kontaktu doposud, se také obrátila na léčitele. Kinezioložka, u které se Petra léčila z „*různých strachů a fobií*“ jí upozornila na to, že uvidí *auru* nebo že uvidí *smrt*, neboť spolu u ní odhalily strach ze smrti. Něco takového se pak podle Petry skutečně stalo. Když byla Petra doma sama, měla *vidění*, ve kterém se objevovaly různé barvitě a živé obrazy. Nejprve viděla, jako by putovala po minulých životech, a potom „...*jak se moje duše... nebo to byla vlastně duše nějakýho dítěte, to jsem předtím jako viděla nějaký obrázky, jak prostě je v nějakým prostoru, a odchází od svého těla, mrtvého, ... a to tělo... padá do takové jámy, kde se rozpadá na prach, ..., a ta duše se od něj nemůže oddělit, a tak sestoupí do té jámy, a tam hrozně jako plakala, jo... nad těmi mrtvými těly, která prostě ztratila... a nemohla se od nich oddělit, až prostě jako ... vylezla, nebo je jakoby vytáhla z té jámy, na povrch... kde už byly schopny prostě samy existovat, no a pak šla dolů. Už jí tam dušičky viděly, a jako šla dolů, k tomu světlu, velikému, ..., a tam s tou duší plakaly, a objímaly se, a tak... a to mělo takový hrozně jako očištný charakter, ... měla jsem pocit, že mě maj prostě jako hrozně rádi, a pláčem ze mě sbírají jako tu bolest, kterou jsem měla... “*

Během vidění měla pocit, že prochází *astrálním světem* a setkává se s různými bytostmi, i se svojí vlastní duší. Jedním z vidění, které měla, byl i zážitek pojmenovaný jako *zážitek prenatalu*, kdy cítila tělo matky, které jí ovšem nedovolí, aby se seberealizovala, a ubírá jí energii. V tomto *teroru* proklela Petra své tělo a pak padala do *řeky mrtvých*: „*prostě mě to vracelo do té řeky mrtvých... tak jsem, jedinou cestu, kterou jsem měla, jak se osvobodit, je přes to tělo, přes to tělo matky... “*

Tento prožitek trval okamžik, možná jen několik minut. Probíhal v bdělém stavu a Petra si byla vědomá svého okolí a toho, co se děje. Zážitek samotný byl ale velkým otřesem. Petra vzpomíná, že se „*ráno chtěla i zabít, ..., jsem si připadala jako strašná zrůda, prostě strašný... “*

Po tomto zážitku nejprve Petra vyhledala léčitele. Ten se vymezil, že jí může pomoci pouze s fyzickými obtížemi a objednal jí na konzultaci za 3 měsíce. Protože se domníval, že Petra má bludy, rozhodla se jít opět za psychiatrem. Psychiatr se zajímal o to, co Petra od něj očekává, když se léčí u léčitele. Nabídl jí, že jí může dát léky, neboť „*léčí mozek*“. Petra mu však nevyprávěla o tomto svém posledním zážitku, ale o problémech se zuby a dásněmi. Rozhodla se ovšem pro návštěvy u psychiatra, dokud se nedostane na objednanou konzultaci u léčitele. Petra vzpomíná, že léčitel jí velice pomohl, po fyzické, tělesné stránce.

V Petře přetrvával vztek na lékaře, který se vystupňoval při jedné návštěvě zubařky. Od zubařky žádala *asertivně* doporučení na psychiatrii. Tam jí dali doporučení do Bohnické

léčebny s poznámkou, že se Petra chová agresivně. Reakci psychiatra, ke kterému se dostala, vnímala velice negativně „*začal se mi vysmívat... co jako od něho očekávám...*“. V Petře to vyvolalo vztek, který v ní byl nakumulovaný, a „*shodila mu ze stolu papíry...*“. Psychiatr na Petru zavolal policii, a tak byla hospitalizovaná v léčebně na oddělení *neklidu* (pavilon 27, pro nemocné v akutním stádiu psychického onemocnění). Hospitalizace trvala téměř tři měsíce a od té doby se Petra léčí ambulantně u psychiatra. Během doby však dostávala různé diagnózy, nejprve akutní psychóza, hypochondrické bludy a středně těžké deprese. Nyní má asi třetí diagnózu, kterou je paranoidní schizofrenie. Výrazné zlepšení vlivem psychiatrické péče však Petra necítí, stále má určité obtíže, které jsou způsobeny problematickým vztahem s matkou: „*pořád cítím takový to... spojení s matkou. Pořád tam prostě ten prenatal, jako by mě vysávala tu energii, takový to negativní působení a napojení na mě, ..., a od toho se nemůžu tak jako nějak osvobodit...*“ Ze své matky má Petra pocit nebezpečí, strachu, a cítí, jakoby jí vysávala energii. Petra má dosud přetrvávající zdravotní obtíže, léčí se převážně u své kinezioložky.

**Interpretace.** Své zážitky Petra často pojmenovává jako mystické. Nemá však přesnější představu, odkud se ony zážitky berou a co znamenají: „*To já neřeším tohle... akorát jako je hezký vidět, že... něco takovýho existuje, a že nám to pomáhá, jako léčí... Já nevím, jestli je to nebe, nebo peklo, to já nevím...*“

Petra mluví o prožitcích z prenatalního období, které jí ovlivňují, v rámci vizí se objevovaly bytosti pojmenované jako duše nebo andělé nebo obrazy minulých životů.

Psychické prožívání je ve vyprávění Petry hodně spojeno s fyzickými stavy.

**Vliv prožitku na život a jeho smysl.** První dva prožitky, spojené s fyzickou bolestí změnil Petřin vztah k vlastnímu tělu. Začala si vážit svého těla a mít ho ráda. Do té doby měla problém s přijetím své tělesnosti a s přijetím stárnutí svého těla. Zážitek vize byl pro Petru velice krásný, nádherný a povzbudil jí.

Celkově Petra hodnotí, že prožitky měly pozitivní vliv na její život. Život po zážitcích se změnil k lepšímu. I když lékaři celou událost vnímají jako psychotickou ataku, Petra jí rozumí tak, že se musela *vzbouřit*, aby se něco změnilo. Od té doby se jí podařilo více se oddělit od rodinných vazeb, vymezit si své hranice, najít si nové sociální vztahy. Celkově se posílila její sebeúcta. Domnívá, že bez tohoto prožitku, bez těchto událostí by zemřela: „*prostě bych chtěla umřít, tak bych jako umřela...*“



I přes stálé hledání odpovědi na otázky po smyslu života, prožitky Petru přivedly k názoru, že „*jsem tady proto, abych žila a umřela*“. Vnímá svůj úkol pečovat o své tělo, aby duše a tělo byly spolu v souladu.

**Pomoc a podpora.** Ačkoliv prožitek vize byl pro Petru nádherný, stavy potom byly o to horší. Petra potřebovala, aby za ní někdo přišel, protože nebyla schopná sama nic dělat nebo běžně fungovat. Přátelé a její sestra, kteří jí po tomto prožitku navštívili, měli o ni starosti. Petra však celkově postrádala větší pomoc nebo podporu své rodiny.

Na příběhu Petry zaujme velké množství odborníků, jak lékařů, tak léčitelů, které vyhledala. Zpětně však Petra hodnotí, že v tomto období jí nejvíce uškodil právě přístup lékařů. Když se poprvé obrátila na psychiatra se svými *duševními nebo duchovními zážitky*, čekala nějakého *metafyzika*. Byla však zklamaná jeho přístupem k léčbě, který byl založen převážně na podávání léků: „*jsem čekala, že to bude nějaký metafyzik, ..., na co si tam hraje, na nějakého mastičkáře...*“ I když lékařské péči přiznává určitý podíl na zlepšení svého stavu, domnívá se, že to rozhodně není „*ošetřeno tak, jak by to mohlo být.*“

Největším přínosem psychiatrické péče pro Petru bylo udělení diagnózy, *razítek*, aby pak mohla získat invalidní důchod a následně výhody, které z toho vyplývají.

Hospitalizace jako taková Petře pomohla, cítí, že jí to *nastartovalo*, nyní je více mezi lidmi a má nové sociální vazby. Hospitalizaci vnímala i jako jednu z cest, jak se odpoutat od vazeb z rodiny, které ji tíží.

Nejvíce Petra postrádala u svých lékařů psychiatrů dobrý vzájemný vztah. Vždy se jí kontakt s psychiatry zdál *nějak nepřírozený*. Po dosavadních zkušenostech s lékaři od nich však už nic neočekává a ani v pomoc z jejich strany nedoufá. Respektuje jejich práci a v podstatě jí trpí, ale více se o to nezajímá. Mnohem větší naději vkládá v různé alternativní směry.

Kromě lékařů byla v kontaktu s kinezioložkou a léčiteli. Pomoc z jejich strany hodnotí lépe než pomoc lékařskou. V současné době hledá nějakého *léčitele – mystika*, který by jí pomohl zbavit se pout s matkou, které jí odčerpávají energii. Petra se zajímá o různé alternativní proudy, například andělská medicína, léčitelství. V těchto směrech vidí svoji cestu, jak se uzdravit a zlepšit svůj stav. Hledá pomoc, která by se zaměřila spíše na duchovní stránku.

**Hranice normality a patologie.** Petra dostávala množství různých diagnóz. Pro ní to jsou však jen „*takový bláboly*“. Stále se cítí jako nemocná, a to jak fyzicky, tak psychicky. Duševní zdraví by se podle ní projevilo tím, že by se zbavila svých fyzických obtíží.

**Osa Života.** Na první pohled zaujme chudé vypracování životní osy, kde jsou označena jen data. Nejprve Petra označila své narození a pak svou *nemoc*, v období let 2003 a 2007. Pak po chvíli uvažování na osu znamená, že v minulosti měla i nějaké náznaky, předzvěsti nemoci, ale více to nerozvádí.

Život je tedy v podstatě rozdělen na dvě poloviny: před a po nemoci. Rozdíl Petra vidí v tom v tom, že zážitky, které měla, jí pomohly změnit vztah k sobě samé a začala se léčit.

Žádné další důležité události Petra nezmiňuje, jako by se nemoc stala jedinou realitou života, jediným jeho důležitým obsahem.

## **Zdena**

(32 let, svobodná, středoškolské vzdělání, zaměstnaná na chráněném pracovišti, diagnóza paranoidní schizofrenie, invalidní důchod)

Zdena se mi ozvala na jeden z inzerátů, kterými jsem obeslala několik neziskových organizací. Předpokládám, že svůj zážitek proto vnímá jako náboženský, spirituální nebo transcendentní.

Na počátku stál zájem o astrologii a účast na jednom kurzu, kde se Zdena setkala s astrologem, který se od té doby pro ni stal velice významnou osobou: „*hnedka jak jsem tam vstoupila, mě zasáhla jeho silná energie.*“ Zdena měla tehdy pocit, že může číst z jeho *aury* a že může svými myšlenkami ovlivňovat jeho myšlenky. Na kurzu byla potom ještě dvakrát, ale styděla se před ním, protože si myslela, že astrolog může číst její myšlenky. Po čase se astrolog se svou přítelkyní odstěhoval za hranice a čekali potomka. Zdena vzpomíná, že si tehdy myslela, že se stěhuje kvůli ní, aby přerušil jejich vzájemné pouto. Postupně Zdena byla čím dál více nervózní, protože měla pocit, že ji jeho kamarádi všude sledují. Když se blížil čas, kdy měla přítelkyně astrologa porodit, Zdena měla zvláštní prožitek: „*přišel ke mně jakoby duch, černý, neviděla jsem ho, ale cítila. Chtěl po mě souhlas, abych se přidala k němu, chtěl zabít jejich dítě. Myslela jsem si, že to On přišel ke mně, a že je situace takováto. Buď se narodí dítě, a my už se nikdy nesetkáme, anebo ho zabije s mým souhlasem, a pak se k sobě budeme moct vrátit. Vší silou jsem se snažila odvrátit zlo. Snažila jsem se dát nesouhlas, ale kdybych se chovala upřímně, byl by to souhlas. Nevěděla jsem, a dodnes nevím, jak ten zážitek uchopit. Co se vlastně stalo.*“ Tento zážitek se stal přibližně před dvěma lety.

Potom Zdena začala mít *hlasy*, které byly nepříjemné. Vypravuje, že hlasy jí chtěli ukázat, „*...že neumím, nedokážu, že jsem závislá na rodičích, prostě že mi jako i přišly otevřít oči...*“

Postupně jí hlasy tak zaměstnávaly, že nemohla běžně fungovat. Někdy měla pocit, že jsou přítomné nejen hlasy, ale i onen astrolog se svou ženou, jeho kamarádi nebo „*celej duchovní svět, ..., že je navázanej, a že to všechno vidí..., že existuje nějaké televize jakoby..., a prostě viděli celou tu situaci, ..., tu reálnou, jak na tom jsem, to že jsem si o sobě myslela, že jako nejsem dobrá, že dokážu, já nevím...*“

Na popud rodičů se Zdena nejprve dostala k ambulantnímu psychiatrovi a ten jí hned doporučil do psychiatrické léčebny. U psychiatra a během cesty autem do léčebny měla pocit, jakoby neovládala svoje tělo: „*...jako bych to vůbec nebyla já.*“ Bránila se převozu velkou silou a snažila se z auta utéct: „*...celou cestou jsem bojovala, dá se říct, že o život. Měla jsem pocit, že když vydechnu, vydechnu naposledy.*“

Když byla Zdena v léčebně, nejprve si myslela, že jsou všude okolo samé duchovní bytosti. Podstatnou část léčby byla přesvědčená o tom, že astrolog a jeho kamarádi jí stále manipulují na dálku.

Nyní dva roky po hospitalizaci je Zdena v péči psychiatra a užívá léky. Pracuje na chráněném pracovišti v jedné neziskové organizaci, která se zaměřuje na pomoc lidem s duševním onemocněním. Hlasy Zdena už nemá, ale někdy, když vysadí léky, objevují se myšlenky vkládání a manipulování. Vzhledem k tomu, že pracuje mezi lidmi, občas mívá pocit, že jí někdo přišel do práce sledovat.

Zájem o duchovno u Zdeny neutichl. Chodí na různé přednášky, které se týkají všelijakých alternativních směrů, například hlubinná regresní terapie, reiki, Atlantida apod. Minulé zkušenosti však Zdenu poučily a tak si uvědomuje, že si musí dávat pozor, aby se do ničeho příliš *neponořila*. Snaží se proto duchovní témata proniknout i *rozumem*, prostřednictvím filosofie: „*filosofie..., že to není něco mezi... nějaký nadpřirozeno, ale že to je něco, k čemu člověk dospěl i pomocí rozumu, a stejně tam jsou obsažené jakoby ty ctnosti, ..., jakože statečnost, pravdomluvnost...a tak dále, jakože ... je to pro mě prostě hezký vidět, že život funguje jako i na nějakých principech, nebo ideálech.*“ Navštěvuje přednášky ve společnosti *Nová Akropolis* a zajímá se o antickou filosofii, o východní náboženství, především o buddhismus. Oceňuje, že na těchto přednáškách, které jsou o ideálech, hodnotách a principech života, se klade důraz na jejich praktické užívání v životě.

**Interpretace.** Pro Zdenu je stále ještě těžké pochopit, co se vlastně stalo: „*jako jestli třeba ty hlasy, jestli to vyrábí třeba jak ten mozek*“ anebo „*jestli jsou tady nějaké duše*“, které mohou člověka ovládat a manipulovat.

Někdy, když přijde *slabá chvílka*, tak se domnívá, že jí přece jen lidé na dálku manipulovali, jindy, „*když jsem v pořádku, tak si říkám: byla to ta nemoc, bylo to jen v mý*

*hlavě, ..., že jsem si to celý jako vykonstruovala, takhle vlastně jsem si to na sebe jako vymyslela... No a třetí varianta je ta, že to bylo něco jako mezi nebem a zemí... Že ještě ty nějaký duchové do toho...“*

Když Zdena hovoří o minulých zkušenostech, často je pojmenovává jako nemoc. Přesto ale věří, že je tu nějaké „*informační... pole, ..., kde lítají různé myšlenky*“, a tyto myšlenky mohou člověk zasáhnout: „*takhle vletí do mozku, a tak vás to vlastně napadne*“.

**Vliv prožitku na život a jeho smysl.** Nyní se Zdena snaží žít život tak, že se vždy ptá, „*co by tomu řekly hlasy*“. Domnívá se, že když bude žít život správně, „*trochu podle těch hlasů*“, tak nebudou mít motivaci vrátit se.

Zážitky výrazně ovlivnily život Zdeny. Před tím, než vypukla nemoc, měla Zdena problémy s běžným fungováním. V době, kdy poprvé byla na astrologickém kurzu, nepracovala ani nestudovala, žila u rodičů. Byla hodně uzavřená a většinou čas trávila doma. Blízcí a rodina jí pokládali za línou. Zdena se zpětně domnívá, že „*možná asi v podstatě v tu dobu už byla nemocná....*“

Nyní díky lékům může běžně fungovat a má práci. Snaží se více komunikovat s lidmi, podporovat zdravé stránky života. Kdyby tento zážitek neprožila, je podle ní možné, že by stále byla v tomtéž stavu a závislá na rodičích. Nyní se snaží více se osamostatnit. Zkušenost nemoci jí přivedla k názoru, že je lepší řešit problémy hned, když se vyskytnou, a neodkládat je. Domnívá se, že kdyby včas řešila své potíže, které měla před vypuknutím nemoci, nemuselo by k ničemu možná dojít. Samotný zážitek by ze svého života nevymazala – kdyby však mohla něco změnit, byly by to už ty roky před samotným vypuknutím nemoci. Přála by si, aby byla včas vyhledala pomoc psychiatrickou či psychologickou a mohla tak normálně fungovat a žít život aktivně. Potom by k takovému zážitku, který byl podle jejího názoru vystupňováním předchozích neřešených problémů, vůbec nemuselo dojít.

**Pomoc a podpora.** Zdena o svých prožitcích vyprávěla svým rodičům. Matka pak v krátké době iniciovala návštěvu psychiatra, která vedla k hospitalizaci.

V nemocnici o svých zážitcích mluvila dvakrát. Poprvé to bylo s primářem na psychiatrii, podruhé se sanitářem. Oba rozhovory jí pomohly. Sanitář jí lidským přístupem poskytl jiný, *mužský pohled* na situaci ohledně vztahu s astrologem, a tím Zdeně *naboural* představu jejich vzájemného propojení. Rozhovor s psychiatrem pomohl Zdeně v tom, že mohla prožitky s někým sdílet a nebýt na ně sama.

Během hospitalizace měla Zdena silnou potřebu mluvit především s oním astrologem, nikdo jiný jí v tu dobu nezajímal.

Zlom v léčbě, kdy si začala uvědomovat, co se děje, přičítá Zdena hlavně účinkům léků.

Zdeně pomáhá, když o zážitcích může s někým mluvit. V rodině se s tím ale už nesvěřuje, neboť pro blízké je to vzhledem k minulosti příliš zatěžující. Má ale možnost hovořit o prožitcích s kolegy v práci, kde někteří prožili něco podobného: „*člověk si uvědomí, že v tom není sám, ..., že není tak jako jedinečnej v tom, co prožil.*“ Pro Zdenu je dalším přínosem v kontaktu s lidmi, kteří prodělali podobné zkušenosti, to, že si uvědomí, že se jedná o „*normální, příjemné lidi*“ a že i s duševní nemocí se dá žít.

Psychiatr, ke kterému Zdena chodí, ale o jejích minulých prožitcích neví.

V kontaktu s druhými lidmi se Zdena nesečkala s tím, že by ji někdo hodnotil negativně skrze psychiatrickou diagnózu nebo ji někdo za to odsuzoval. Zdena si ale uvědomuje, že zatím k tomu nebylo tolik příležitostí, neboť pracuje v chráněném pracovišti, kde se setkává převážně s lidmi s jinou duševní nemocí.

**Hranice normality a patologie.** I když je léčená a pod kontrolou psychiatra, stále cítí, že mysl je křehká a nemá ji pod kontrolou. Své prožitky zpětně hodnotí Zdena jako nemoc. Přestože *slyšet hlasy* není samo o sobě podle Zdeny normální, nemusí to být patologické všeobecně: od svých zážitků rozlišuje, že pokud například nějaká léčitelka má hlasy, které jí vedou a radí jí, tak to není nemoc, ale je to dar.

Co je na jejích zážitcích, které pojmenovává jako nemoc, vlastně to patologické? Zdena zpětně hodnotí, že žila pod neustálým stresem. Zužovaly jí neustálé pocity sledování a pronásledování, protože hlasy ji neustále vidí, kontrolují a kritizují. Byla s nimi v těsném kontaktu stále, prožívala je jako svou realitu a nebyla schopná nahlédnout mimo ně nebo prožívat chvíle, které by nebyly těmito hlasy zasaženy.

**Osa života.** Na první pohled zaujme nepříliš bohaté vypracování, kde jsou důležité okamžiky situovány v první třetině osy. Události se týkají dvou okruhů: prvním je platonická láska, kterou měla Zdena 7 let. Druhé dvě jsou spojeny s nemocí: setkání s astrologem a samotné propuknutí nemoci. Dva důležité momenty života jsou tedy spojeny se dvěma významnými osobami, oba podle Zdeny měly společné to, že „*měli Boží jiskru*“.

K úkolu Zdena přispěla kreativním prvkem: na časovou osu znázornila pomocí vlnovky, zda dané období hodnotí jako pozitivní nebo negativní. Zajímavé je, že osa se na jednom svém vrcholu nachází právě v období nemoci. Zdena to vysvětluje tím, že nemoc jí pomohla k tomu, aby změnila dosavadní neuspokojivý život

### 13. Diskuse a závěr

V této závěrečné kapitole se pokusím shrnout některé zajímavé závěry výzkumu a také se zamyslím nad určitými metodologickými omezeními, které mohly ovlivnit výsledky.

Pro kvalitativní výzkum se podařilo získat velice pestré složení účastníků. Všichni, kteří se přihlásili, byli seznámeni s tématem a cílem této diplomové práce, a proto se dá usuzovat na to, že všichni své zážitky nějak spojovali s náboženskou, spirituální nebo duchovní oblastí. Ne všechny prožitky však odpovídají vymezení náboženských prožitků, které bylo popsáno v teoretické části. Kasuistiky jsem seřadila postupně (i abecedně), podle toho, jak sama vnímám podobnost jejich zkušenosti s vymezením náboženských prožitků v teoretické části. Prožitky, které popisuje Adam, se ve svých charakteristikách nejvíce podobají popsaným znakům náboženských prožitků, jak je podává například W. T. Stace nebo W. James (pocit nepopsatelnosti, bezčasovosti, pocit jednoty apod.). Mnoho charakteristik je velice blízkých koncepci vrcholných prožitků od A. Maslowa (pocit dobra, pocit nepopsatelnosti a bezčasovosti, přijetí dichotomií, pokora atd.) Naopak na druhé straně škály, kde se náboženský zážitek stává spíše projevem duševní nemoci, je podle mého názoru prožitek, který popisuje Zdena. Charakteristiky jejího prožitku jsou popsány v diagnostické kategorii paranoidní schizofrenie (vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek; bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání; sluchové halucinace).

Ať už je prožitek však následně hodnocen samotným člověkem nebo jeho okolím jako normální nebo jako projev nemoci, ve všech případech byl prožíván jako zcela zásadní a významný pro další život. Nikdo z dotazovaných by svůj zážitek nevymazal i přes to, že v některých případech přinesl v životě mnohé obtíže. Odpověď na první výzkumnou otázku, kterou jsem si pro tento výzkum položila, je tedy jednoznačně podána. Mimořádný prožitek byl navíc ve všech případech pro dotazované osoby potvrzením, že existuje nějaký *spirituální, transcendentní, duchovní* nebo *jiný svět*, k němuž se jim prostřednictvím prožitku otevřely dveře.

Význam prožitku a jeho hodnocení v kontextu života je dobře patrný i z grafického znázornění pomocí techniky *Osa života*. Tato technika nabízí mnohé podněty pro uvažování o daném tématu a domnívám se, že pro tento účel je velice užitečná. Když porovnáme jednotlivé *Osy života*, můžeme si například všimnout, že u třech osob, které měly psychiatrickou diagnózu, se obtížně rozlišoval samotný zážitek, jeho následky a vliv na ostatní život. Na ose života v těchto třech případech nebyl označen explicitně jeden konkrétní náboženský či spirituální prožitek, ale buď se jednalo o *nemoc*, nebo o *ataku*. Ve dvou případech, u Petry a Zdeny, navíc na ose života zaujímala nemoc dominantní, jedinečnou

pozici a vytlačila ostatní aspekty života. U dvou osob, které psychiatrickou diagnózu neměly (Adam a Daniel), byl explicitně označen konkrétní spirituální prožitek. Zároveň byl umístěn mezi další významné životní okamžiky, včetně těch, které se samotným zážitkem bezprostředně nesouvisely. Na jejich ose byly zohledněny i jiné aspekty života a náboženský prožitek byl „pouze“ jedním z nich.

V rámci výzkumu mě dále zajímalo, jaký druh pomoci a podpory lidé potřebují a s jakou pomocí se setkávali. Na základě popsaných kasuistik je patrné, že potřeby jsou individuální a odvíjí se nejen od druhu náboženského prožitku jako takového, ale také od osobnostních charakteristik daného člověka. Pro Daniela bylo důležité své prožitky sdílet, naopak Adam měl potřebu nejprve si prožitek ujasnit sám v sobě, za pomoci literatury, Milan měl nejprve období, kdy o zážitku vůbec nemluvil, nyní o nich ale s oblibou veřejně vypráví v rámci přednášek ve školách.

Na základě kasuistik těch osob, které se dostaly do psychiatrické péče, se ukazuje, že zde velkou roli ve vyhledání pomoci hraje nejbližší okolí a rodina. Ti si spíše než samotný člověk, zasažený duševní nemocí, všimnou změn v jeho chování a nabídnou náhled, který duševně nemocný nemusí mít. Blízcí motivují člověka ve vyhledání lékařské, psychiatrické pomoci nebo jsou sami iniciátory nějaké intervence. Z tohoto vyplývá i podnět pro další praxi. Domnívám se, že je z popsaných důvodů důležité zaměřit se v rámci preventivních programů na podporu duševního zdraví právě na rodiny a blízké, kteří by měli mít dostatek informací o průběhu duševní nemoci a možnostech pomoci.

Potřebu kvalitních a dostupných informací o náboženských prožitcích však mohou mít i lidé, kteří jsou náhle prožitkem zasaženi a nedokáží se v něm sami zorientovat, jak to popsal například Adam, pro něhož bylo studium literatury jedním ze způsobů, jak se s mimořádným prožitkem vyrovnat. Ochotě vyhledat nějakou pomoc neprospívá atmosféra tabuizace náboženských prožitků ani riziko stigmatizace duševní nemoci.

Důležitým odborníkem, se kterým se mohou a také setkávají osoby, které prožily nějaký mimořádný zážitek, je psychiatr. Jak jsme viděli v kasuistikách, role psychiatra byla vždy velice obtížná. Osoby, které se na psychiatra obrátily, očekávaly nějakou pomoc, nicméně zároveň v nich nevzbuzoval tolik důvěry, aby se mu mohly svěřit se svými prožitky a hovořit o nich. Ve dvou případech (Petra, Zdena) navíc ambulantní psychiatr neví o zážitcích, které stály na počátku nemoci. Čím je tento odstup vůči psychiatrické péči vyvolán? Osoby, které se setkaly s psychiatrickou péčí, velice negativně hodnotí nedostatek zájmu psychiatra o jejich prožitek i o ně samotné, nedostatek času a neochotu mluvit o duchovních tématech. Například Petra velice těžce nesla jednostranné zaměření

psychiatrické péče na léčbu pomocí léků a odmítání hovořit o duchovních tématech, byť mohou být spojeny s nemocí, která je za psychiatrem přivedla.

Dále mě zajímalo, jak vnímaly osoby, které mají psychiatrickou diagnózu, samotnou hospitalizaci jakožto druh pomoci. Hospitalizaci jako takovou neodmítají. Hospitalizace pomohla v zastavení psychotického procesu a pomohla změnit život k lepšímu. Co však bylo terčem kritiky, je konkrétní forma, jak hospitalizace probíhá. Prostředí léčebny, režim a některá pravidla mohou vyvolávat stres a nepříjemné pocity, které následně brání hlubší spolupráci v procesu léčby a většímu otevření se. Potřebu bezpečného prostředí, kde by člověk mohl v klidu zpracovat své prožitky, vyjádřili i ti respondenti, kteří neměli zkušenost s hospitalizací.

Pro konkrétní praxi je důležité si uvědomit, že i lidé, kteří prožili nějakou psychotickou ataku a jejichž náboženský prožitek byl projevem duševní nemoci, mohou mít spirituální potřeby. Všechny tři osoby, které byly v psychiatrické péči, by uvítaly pomoc či podporu, která by oslovovala duchovní aspekty života: Milan uvedl, že by mu pomohl nějaký člověk typu „Buddhy“. Petra hledá pomoc v alternativních směrech, Zdena navštěvuje různé přednášky, které se nějak váží k duchovním či náboženským otázkám. Jak je vidět na popsanych kasuistikách, i když lidé získali vlivem léčby odlišný náhled na minulé zkušenosti, nepřestávají je zajímat náboženská či duchovní témata. Domnívám se, že psychiatr by proto měl i tyto aspekty zohlednit při své spolupráci s pacientem. Zájem o prožívání pacienta a jeho duchovní hledání může nejen posílit vzájemný vztah a podpořit spolupráci pacienta, ale i vést k uvědomění možných rizik relapsu. Některé směry nebo myšlenky mohou pacienta ohrozit, neboť ho oslovují na jeho citlivých místech, jiné zas mohou podporovat zdravý způsob myšlení a prožívání.

Posledním tématem, které jsem v rozhovorech sledovala, bylo to, jak osoby samy hodnotí svůj prožitek. Je pro ně jejich prožitek normální nebo je výrazem nemoci? Odpovědi na tuto otázku nejsou jednoznačné, nicméně souvisí se zkušeností s psychiatrickou péčí. Adam a Daniel vnímají své prožitky nejen jako normální, ale i jako pozitivní. Za určitých okolností má podle nich každý člověk potenciál prožít něco podobného. Milan, Petra a Zdena nejenže své minulé zkušenosti obecně pojmenovávají jako nemoc, ale stále cítí, jako že nemoc *mají*. Otázkou je, zda se hodnocení stavu jakožto nemoci odvíjí od subjektivního pocitu nebo vzniká postupně na základě vlivu okolí. Všimněme si, že přestože tito respondenti hovoří o své zkušenosti jako o nemoci, konkrétní prožitek může být vnímán jako spirituální nebo náboženský, jak to ukazuje příběhu Milana a Petry.



Konkrétní kasuistiky přinesly i určité podněty pro to, jak odlišovat normální, náboženský prožitek od psychotického stavu. Jednou z důležitých charakteristik, která tyto stavy odlišuje, je zachování kontaktu s realitou. I když zážitek je intenzivní, pohlcující a člověk má pocit, že je mimo jeho kontrolu, stále rozeznává realitu, která je odlišná od momentálního prožívaného stavu. V psychotickém stavu naopak zážitek zcela splývá s realitou, jakoby sám touto realitou byl.

Některé popsané charakteristiky se shodují s těmi, které byly popsány v rámci kapitoly věnované kriteriální normě. V souladu s touto kapitolou se lze shodnout na tom, že normální náboženský prožitek se vyznačuje pocity subjektivního uspokojení, schopností správného sebehodnocení, schopností seberealizace, adekvátní percepce reality, autonomií, adekvátní sociální adaptací (Syřišťová, 1970).

Na základě kasuistik se dále domnívám, že normální náboženský prožitek charakterizuje schopnost sebereflexe, sebenáhledu a schopnost povznést se nad situaci a zpětně jí (kriticky) hodnotit. Podobně transpersonální psychologové hovoří o *schopnosti nahlížet na prožitek jak na proces*, když rozlišují psychospirituální krizi od akutní psychózy (Vančura, 2002, s. 334).

Prožitek, který je projevem psychopatologie, je charakterizován narušenou schopností běžného fungování, obzvláště v sociálních vztazích, obtížemi s rozlišováním reality a mimořádného prožitku, ztrátou soudnosti, někdy negativními emocemi.

Jako dobré kritérium normality se v popsaných případech ukazuje tzv. funkční normalita. V případě Milana, Petry i Zdeny vedly prožitky a nemoc k invalidnímu důchodu. Nejen akutní fáze nemoci, ale v popsaných případech i období před vypuknutím nemoci a v jistém smyslu i období po odeznění akutních příznaků, se vyznačovaly problémy s běžným fungováním, jako je vykonávání zaměstnání, kontakt s lidmi, ale i každodenní činnosti. Můžeme si ale všimnout, že i u Daniela, který své prožitky hodnotí jako normální, byla určitá krizová období, kdy vyhledával samotu a jakýkoliv kontakt s lidmi byl pro něj náročný. V tomto případě však šlo o časově ohraničená období, po nichž se opět stav vrátil k obvyklému fungování. V závěru teoretické části bylo nabídnuto jako jedno z kritérií pro posuzování prožitků hodnocení z hlediska dopadu prožitku a vlivu pro život, podle zásady „*po ovoci poznáte je*“, jak jí formuloval W. James (1930, s. 22). Lze říci, že se jedná právě o tzv. funkční normalitu. Domnívám se, že výsledky vhodnost tohoto kritéria pro posuzování náboženských prožitků podporují. V případě Adama náboženský prožitek vedl k pocitu smysluplnosti života, k větší životní spokojenosti a k životu, který je charakterizován

prosociální zaměřením. U Zdeny naopak slyšení hlasů bylo spojeno se stresem a vedlo k narušení celkového sociálního fungování.

Pokud chceme posoudit, zda je určitý prožitek projevem psychopatologie, je vhodné se zaměřit i na to, jaký byl život daného člověka před prožitkem. Toto kritérium uvádí v rámci své diferenciální diagnostiky psychospirituální krize i S. Grof (Grof, 1999b), jak je popsáno v teoretické části. Osoby s psychiatrickou diagnózou měly různé závažnější zdravotní, psychické nebo mezilidské obtíže už před vypuknutím nemoci. Také u těchto třech osob se před samotným vypuknutím prožitku, resp. nemoci, vyskytovaly stavy podobné depresím (únava, pokles nálady, ztráta energie, ztráta zájmu), nebyly však léčeny.

Zároveň však vyvstává otázka, kdo by měl hodnotit vliv prožitku a podle jakých kritérií by se měl posuzovat? Jak jsme viděli, všechny osoby hodnotily zážitek nejen jako významný, ale i jako pozitivní. Domnívám se, že zde jsou i přesto jisté rozdíly. Na příkladu Adama vidíme, že prožitek ho změnil k životu, který je více autentický a prosociální. To jsou jisté kvality, které jsou obecně považovány za dobré a tedy i přínosné. I když osoby s psychiatrickou diagnózou hodnotily, že díky prožitku nebo nemoci se jejich život změnil k lepšímu, vidím zde určitý rozdíl. V těchto případech se totiž stírá hranice mezi tím, co je následek prožitku samotného a co je naopak výsledek léčby nebo intervence, byť i ta navazuje na prožitek.

Další otázkou je, zda a do jaké míry můžeme jako kritérium považovat subjektivní hodnocení člověka z hlediska jeho prožitku. Adam prožíval od počátku, že to, co se děje, je dobré a správné a jeho prožívání bylo pozitivně laděné. Díky tomu nabyl přesvědčení, že jeho zážitek je normální. Naopak Zdena reflektuje, že znakem zážitku, který je výrazem nemoci, jsou nepříjemné pocity a dlouhodobý stres, který v ní vyvolávaly hlasy, které měla. Na těchto protipólech by se mohlo zdát, že kritérium subjektivního hodnocení je užitečné. V případě Milana by ale bylo toto použití problematické. Milan i ve stavech, které pojmenovává jako patologická fáze, měl pocity, které byly příjemné. Cítil se aktivní, čilý a neobvyklé věci, které dělal, byly pro něj dobrodružstvím.

Mimořádné náboženské prožitky mohou výrazně otřást dosavadním způsobem života, stejně tak ale mohou být věřícím prožívány jako potvrzení jeho duchovní cesty (Řičan, 2007, s. 94). V popsání kazuistikách jsme si mohli všimnout obou možných vlivů. Zlom se může projevit ve změně dosavadních hodnot, smyslu života, v přístupu ke světu a k druhým a jistě se může změnit i náhled na sebe sama. V neposlední řadě tyto prožitky mohou mít vliv na víru, náboženské přesvědčení daného člověka. Domnívám se, že tyto změny nejsou

výrazem patologie, už jen z toho důvodu, že mohou nastat i z jiných příčin, například mezní situace.

Další zajímavostí, které si můžeme všimnout, je role jazyka při formulaci prožitků. Nejistíme, jak si byly prožitky podobné samy o sobě, vždy můžeme porovnávat jen způsob jejich verbálního uchopení. Na kazuistikách je patrné, že prožitku bylo určitým způsobem porozuměno jednak v souladu s dosavadní zkušeností a zájmy (Daniel, student psychologie, popisoval zážitky jungiánskými pojmy), a pak také v průběhu hledání porozumění těmto nepopsatelným zážitkům (Adam porozuměl svým zážitkům více po tom, co studoval Maslowovu koncepci vrcholných prožitků). Jazyk, který měly zkoumané osoby k dispozici, formuje prožitek a dává mu určité významy a hodnotu.

Tento výzkum přináší řadu podnětů pro další bádání. Bylo by například zajímavé více prozkoumat možnosti využití techniky *Osa života* pro diagnostiku nebo terapii s lidmi, kteří mají nějaké mimořádné prožitky. Pro nějaký další kvantitativní výzkum se nabízí možnost ověřit vztah subjektivního prožívání a mimořádného prožitku. Jsou normální náboženské prožitky spojeny s pozitivními a příjemnými pocity a patologické prožitky s negativními? Prostřednictvím nějaké studie by bylo rovněž přínosné definovat přesněji kritéria funkční normality v případě mimořádných náboženských prožitků.

Zvolený design výzkumu však přináší i své limity. Zážitky byly zkoumány kvalitativní metodou. I přes nesporné výhody tohoto přístupu jsou zde i jistá úskalí, která mohla ovlivnit výsledky. Významným faktorem je vliv tazatele. Rovněž interpretace a analýza rozhovorů je jistě i přes veškerou snahu ovlivněna subjektivně, neboť jak se zmiňují v závěru teoretické části, pozorovatele nelze oddělit od toho, co pozoruje. Rizikem kvalitativního přístupu je tedy chybná interpretace nebo nevhodná generalizace.

Určité metodologické obtíže vyplývají ze samotného tématu výzkumu. Mimořádné náboženské prožitky jsou velice osobní a subjektivní. Mohlo tak na mnoha místech dojít ke zkreslenému pochopení prožitků, které jsou ze své podstaty nesdělitelné.

Výzkum byl prováděn na souboru pěti osob kvalitativní analýzou. Popsané výsledky tak nelze zobecnit na větší vzorek osob a mohou tak „pouze“ sloužit jako podnět pro další výzkumy a tvorbu hypotéz pro kvantitativní studie.

I přes jistá omezení se domnívám, že výzkum přináší podněty nejen pro další bádání, ale lze definovat i určitá doporučení pro praxi. Ukazuje se důležitost preventivních a edukačních programů pro veřejnost, ve kterých by se mělo více upozornit na témata duševního zdraví a nemoci, neboť stigmatizace neobvyklých prožitků může bránit

ve vyhledání pomoci. Stejně tak je třeba zajistit dostatek dostupných a kvalitních informací o fenoménu náboženských prožitků. Atmosféra tabuizace nejenže brání lidem vyhledat adekvátní pomoc, ale rovněž zbytečně může vést k patologizaci náboženských prožitků.

## ZÁVĚR

V této diplomové práci jsem poskytla různé pohledy na to, jak nahlížet na mimořádné náboženské prožitky. V souladu s cílem práce jsem porovnávala teoretické přístupy různých oborů i subjektivní zkušenosti konkrétních osob, které měly nějaký druh mimořádného prožitku.

V teoretické části jsem na základě porovnávání psychologického, psychiatrického a náboženského přístupu k třem formám náboženských prožitků (zjevení, glosolálie a stavy posedlosti) upozornila na možná úskalí interdisciplinárního dialogu. Konflikty a předsudky mohou být důsledkem iluze porozumění. Tři odlišné přístupy, přestože používají stejný jazyk a stejné pojmy, pojmenovávají jimi různé skutečnosti. Stejná slova mají v kontextu jiného oboru též odlišný význam.

Dále byly vzájemně porovnávány dva přístupy k hodnocení mimořádných náboženských prožitků. První přístup tyto prožitky primárně chápe jako normální zkušenost a až sekundárně připouští možnou patologii. Druhý přístup naopak a priori k zážitkům přistupuje jako k projevům patologie a teprve pokud se tato skutečnost vyloučí, může zde být prostor pro alternativní vysvětlení. Oba přístupy byly zhodnoceny jako adekvátní a legitimní, zároveň byla zdůrazněna nutnost uvědomění si vlastních předpokladů a svého východiska pro hodnocení mimořádných náboženských prožitků.

Následující kapitoly byly věnovány otázce diagnostiky mimořádných náboženských prožitků. Jsou zmíněny dva používané diagnostické manuály, Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostický a statistický manuál. Je zvažován jejich přínos pro posuzování mimořádných náboženských prožitků. Na příkladu experimentální studie D. Rosenhahna je upozorněno na možná úskalí při diagnostice duševních nemocí, které jsou způsobeny nízkou reliabilitou a validitou diagnostického procesu.

Další kapitola porovnává různá kritéria normality. Pro posuzování mimořádných náboženských prožitků se zdají být vhodná především ta kritéria, která se nezaměřují na zážitek samotný, ale na chování člověka, který měl náboženský zážitek. Jako nejpřínosnější pro hodnocení mimořádných náboženských prožitků se zdá norma funkční a norma kritériální.

V podobném duchu jsou formulována v předposlední kapitole obecná doporučení pro posuzování náboženských prožitků. Pozornost se obrací na dopad a vliv náboženského prožitku na konkrétní život člověka. Kromě nenarušeného fungování člověka dochází vlivem normálního náboženského prožitku podle některých autorů k pozitivní etické proměně člověka, charakterizované prosociálním zaměřením a změnou v žebříčku hodnot.

Závěr teoretické části nabízí inspiraci pro další promýšlení vztahu vědy a víry. Současné nové teorie a přístupy, především kvantová fyzika, otvírají prostor pro přehodnocení vzájemného vztahu vědy a náboženství.

Praktická část, založená na kvalitativním výzkumu, doplňuje teoretické úvahy o osobní subjektivní zkušenosti pěti osob, které měly nějaký druh mimořádného prožitku, jež vnímaly jako náboženský či spirituální. Tři z nich měly nějakou psychiatrickou diagnózu, dvě neměly žádnou zkušenost s psychiatrickou péčí. Na základě polostrukturovaného rozhovoru a volně použité grafické techniky nazvané *Osa života* byly sestaveny kasuistiky s cílem podat pestrou škálu různých zkušeností. Analýzou provedených rozhovorů se hledaly odpovědi na tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se týkala hodnocení samotného prožitku v kontextu života jedince. Pro všechny zkoumané osoby byl jejich zážitek jedním z nejdůležitějších bodů v životě, který významně ovlivnil další život.

V druhé výzkumné otázce byly hledány odpovědi na to, jakou pomoc dotazované osoby potřebovaly a jaký druh pomoci se jim dostával. Potřeby pomoci jsou individuální a pravděpodobně se odvíjí nejen od zážitku samotného, ale jsou závislé i na osobnostních charakteristikách. Hospitalizace jako taková není odmítána, neboť nabízí zázemí pro zpracování náročných prožitků. Psychiatr v systému pomoci zaujímá ambivalentní roli. I když se na něj tři zkoumané osoby obrátily, psychiatr v nich nezbuzoval tolik důvěry, aby se mu se svými zážitky svěřily. Dále se ukazuje, že i osoby, u nichž byl zážitek označen za projev nemoci, mají spirituální potřeby. Při léčbě je proto třeba zohlednit i tyto aspekty.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na hledání subjektivního posouzení vlastního zážitku z hlediska normality a patologie. Osobní zkušenosti osob nabízí konkrétní podněty pro posuzování mimořádných náboženských prožitků. V souladu s doporučeními formulovanými v teoretické části se ukazuje, že pro posuzování náboženských prožitků je vhodná tzv. norma funkční. Dále je vhodné zaměřit se při posuzování normality náboženského prožitku na jeho následky a dopad v konkrétním životě člověka. Na základě popsaných kasuistik lze formulovat charakteristiky normálního náboženského prožitku: adekvátní percepce reality a zachování kontaktu s realitou, schopnost sebereflexe, sebenáhledu a schopnost povznést se nad situaci a zpětně jí (kriticky) hodnotit, schopnost správného sebehodnocení, schopnost nahlížet na prožitek jako na proces. Normální náboženský prožitek byl spojen s pozitivními emocemi, zároveň ovšem nelze říci, že pozitivní emoce jsou potvrzením normality prožitku. Prožitkům, které nebyly označeny jako projev nemoci, nepředcházela žádná psychopatologie. Naopak prožitek, který je projevem

psychopatologie, je charakterizován narušenou schopností běžného fungování, obzvláště v sociálních vztazích, ztrátou soudnosti, obtížemi s rozlišováním reality a mimořádného prožitku, a někdy negativními emocemi. V popsanych případech těmto zážitkům předcházela fáze depresivních stavů, které nebyly léčené.

Praktická část nabízí také inspiraci pro další praxi. Především je zdůrazněna potřeba edukace, prevence v oblasti duševního zdraví a dostatek dostupných informací o náboženských prožitcích i duševních nemocech, neboť tabuizace náboženských témat a stigmatizace duševních chorob brání ve vyhledání pomoci.

V této diplomové práci jsem popsala různé druhy mimořádných náboženských prožitků, zvažovala, jak chápeme normalitu a jak můžeme posuzovat duševní normalitu člověka. Na konkrétních příkladech jsme si mohli všimnout některých důležitých aspektů, podobností a odlišností. Pomůže nám to snad k lepšímu posuzování a hodnocení mimořádných náboženských prožitků z hlediska jejich normality či patologie? Záměrem této diplomové práce nebylo poskytnout jednoduchý návod pro posuzování mimořádných náboženských prožitků, ale naopak vyvolat otázky, zproblematizovat to, co se zdá na první pohled jednoznačné a jasné, co však přesto nebo právě proto může být příčinou nedorozumění. To, co je dle mého názoru důležité, není dávání jednoznačných návodů, ale neustálé kladení si otázek. Otázek, které se týkají jak zážitku onoho člověka, obecného pojetí normality a našeho pojetí podstaty člověka vůbec, tak v neposlední řadě i našich vlastních teoretických, filosofických, ale i religiózních a spirituálních východisek.

Na samotný závěr bych ráda citovala větu, kterou během rozhovoru pronesla jedna z dotazovaných osob: *„k tomu, aby byl člověk šťastný, není potřeba být za každou cenu normální.“*

## Literatura

ARGYLE, Michael. 2000. *Psychology and Religion : an Introduction*. London : Routledge, 2000. 285 s. ISBN 0-415-18907-1.

AMORTH, Gabriel. 2006. *Exorcisté a psychiatři*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2006. 254 s. ISBN 978-80-7192-981-9.

BALON, Richard. 2002. Paranoidní poruchy. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 403-408. ISBN 80-900130-1-5.

BEIT-HALLAHMI, Benjamin; ARGYLE, Michael. 2004. *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. London : Routledge, 2004. 318 s. ISBN 978-0-415-12331-0.

BENDA, Jan. 2007. *Mystické zážitky a schizofrenie : mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Ústí nad Labem : Jan Benda, 2007. 80 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.stinstromu.net/krize/mystika.pdf>>. ISBN 978-80-254-0367-9.

BENEŠ, Albert J. 2003. *Soukromá zjevení v současné teologické literatuře*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2003. 167 s. ISBN 80-7266-145-0.

BURDOVÁ, Ilona. 2009. *Křesťan a normalita : Křesťan a duševní nemoc*. Brno : Kartuziánské nakladatelství, 2009. 252 s. ISBN 978-80-86953-49-6.

CANTALAMESSA, Raniero; GAETA, Saverio. 1998. *Dech Božského Ducha*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1998. 152 s. ISBN 80-7192-361-3.

DANIELS, Michael. 2006. Transpersonální psychologie. In PARTRIDGE, Christopher (ed.). *Encyklopedie nových náboženství : nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spirituality*. Praha : Knižní klub, 2006, s. 366-370. ISBN 80-242-1605-1.

FOULD, Jean-Maria C. 1997. *Modlitba v jazycích*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1997. 38 s. ISBN 80-7192-250-1.

GROF, Stanislav; GROFOVÁ, Christina. 1999a. *Krize duchovního vývoje*. Praha : Chvojko nakladatelství, 1999b. ISBN 80-86183-09-2.



- GROF, Stanislav; GROFOVÁ, Christina. 1999b. *Nesnadné hledání vlastního já : růst osobnosti pomocí transformační krize*. Havlíčkův Brod : Chvojko nakladatelství, 1999. 270 s. ISBN 80-86183-10-6.
- GROF, Stanislav. 2002. Transpersonální psychologie. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 207-211. ISBN 80-900130-1-5.
- GUTH, Allan H. 1996. Poznání toho, co je, z toho, co se neděje. In BROCKMAN, John; MATSONOVÁ, Katinka (eds.). *Jak se věci mají : průvodce myšlenkami moderní vědy*. Bratislava : Archa, 1996, s. 194-199. ISBN 80-7115-112-2.
- HAVEL, Ivan. 2002. Kognitivní věda a problém vztahu mezi myslí a tělem. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 201-206. ISBN 80-900130-1-5.
- HILL, Grahame. 2004. *Moderní psychologie : hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha : Portál, 2004. 283 s. ISBN 80-7178-641-1.
- HOLM, Nils G. 1998. *Úvod do psychologie náboženství*. Praha : Portál, 1998. 157 s. ISBN 80-7178-217-3.
- HÖSCHL, Cyril. 2002. Zodpovědnost a omezení psychiatrie. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 618-619. ISBN 80-900130-1-5.
- JAFFÉ, Aniela. 2000. *Přízraky a zjevení : psychologický výklad paranormálních jevů: s předmlouvou C.G. Junga*. Praha : Portál, 2000. 183 s. ISBN 80-7178-270-X.
- JAMES, William. 1930. *Druhy náboženské zkušenosti*. Redigují Vilém Mathesius a J. B. Kozák. Praha : Melantrich, 1930. 323 s. Výhledy; sv. 4.
- JANOUŠEK, Jaromír. 1970. Normalita jako sociálně psychologická problém. In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 94-108.
- JOHANOVÁ, Vendula. 2006. *Psychospirituální krize*. Olomouc, 2006. 161 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra Psychologie Filozofické fakulty. Dostupné také z WWW: <<http://www.stinstromu.net/krize/johanova.pdf>>.

- JUNG, Carl G. 2000. Předmluva. In JAFFÉ, Aniela. *Přízraky a zjevení : psychologický výklad paranormálních jevů: s předmluvou C. G. Junga*. Praha : Portál 2000. ISBN 80-7178-270-X.
- KAŠPARŮ, Jaroslav Max. 2005. *Lékařské konsilium v oboru pastorální teologie*. Košice, 2005. 125 s. Dizertační práce. Katolická univerzita Ružomberok, Teologická fakulta Košice, Katedra pastorálnej teológie. Vedoucí dizertační práce Msgre Prof. ThDr. Jozef Jarab, Phd.
- KODET, Vojtěch. 2009. Úvodní slovo. In MacNUTT, Francis. *Služba osvobození od zlých duchů*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-260-2.
- KOUKOLÍK, František; DRTILOVÁ, Jana. 2002. *Základy stupidologie : život s deprivanty II*. Praha : Galén, 2002. 490 s. ISBN 80-7262-078-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. Psychologie pastorační a pastorační psychologie. In *Homo religiosus : vybrané aspekty psychologie náboženství*. Editor: Zbyněk Galvas. Praha : Českomoravská psychologická společnost ve spolupráci s Psychologickým ústavem AV ČR, 2002, s. 35-40. ISBN 80-86174-04-2.
- LIBIGER, Jan. 2002. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 341-402. ISBN 80-900130-1-5.
- MacNUTT, Francis. 2009. *Služba osvobození od zlých duchů*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009. 327 s. ISBN 978-80-7195-260-2.
- MASLOW, Abraham H. 1992. *Náboženství, hodnoty a vrcholné prožitky*. Přel. Tomáš Vocolka. [s.l.] : [s.n.], 1992. 138 s.
- MOODY, Raymond A. 1994. *Život po životě; úvahy o životě po životě; světlo po životě*. 2. vyd. Praha : Argo, 1994. 323 s. ISBN 80-207-0508-2.
- MOTLOVÁ, Lucie. 2000. Psychiatrické vyšetření. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 254-260. ISBN 80-900130-1-5.
- OPATRNÝ, Aleš. 1998. Soukromá zjevení a pastorační psychologie. In KOHUT, Vojtěch; OPATRNÝ, Aleš. *O soukromých zjeveních*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1998, s. 64-76.
- OTTO, Rudolf. 1999. *Posvátno : iracionalita v ideji božství a její poměr k racionalitě*. Praha : Vyšehrad, 1999. 160 s. ISBN 80-7021-260-8.

PECK, Scott M. 1996. *Lidé lži : psychologie lidského zla*. Olomouc : Votobia, 1996. 294 s. ISBN 80-7198-148-6.

POLKINGHORNE, John. 2002. *Věda a teologie : úvod do problematiky*. Brno : Centrum pro studium demokracie a kultury, 2002. 169 s. ISBN 80-7325-007-1.

PRAŠKO, Ján. 2002. Disociativní (konverzní) poruchy. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002, s. 508-510. ISBN 80-900130-1-5.

Psychiatrické centrum Praha. 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování : mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

ŘÍČAN, Pavel. 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha : Portál, 2007. 326 s. ISBN 978-80-7367-312-3.

SAWICKI, Silvester. 2006. Psychospirituálne aspekty osobnosti. In SAWICKI, Silvester; HOLKOVIČ, Lubomír (eds.). *Psychologicko-spirituálne a filozoficko-edukačné aspekty osobnosti*. Bratislava : Slovenská technická univerzita v Bratislave, 2006, s. 9-84. Dostupný také z WWW: <<http://www.stinstromu.net/krize/PSAosob.pdf>>. ISBN 80-227-2447-5.

SMOLÍK, Petr. 2002. Klasifikace duševních poruch. In HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír (eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 200, s. 329-338. ISBN 80-900130-1-5.

SMOLIN, Lee. 1996. Co je to čas? In BROCKMAN, John; MATSONOVÁ, Katinka (eds.). *Jak se věci mají : průvodce myšlenkami moderní vědy*. Bratislava : Archa, 1996, s. 187-193. ISBN 80-7115-112-2.

STRÍŽENEC, Michal. 1999. *Aktuálne problémy psychológie náboženstva*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV, 1999. 100 s. ISBN 80-88910-02-1.

STRÍŽENEC, Michal. 1996. *Psychológia náboženstva*. Bratislava : VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1996. 108 s. ISBN 80-224-0475-6.

STUHLÍK, Jaroslav. 2006. *Neofatické polyglotie psychotiků*. Praha : Tigis, 2006. 502 s. ISBN 80-7254-963-7.

STUHLÍKOVÁ, Eva. 1970. Úvaha nad otázkou normality ve vztahu k filosofickému pojetí člověka. In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 147-150.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. 1970. Psychologická a psychopatologická koncepce normality. In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 37-75.

ŠKODOVÁ, Svatava. 2005. Glossolalie – konflikt jazyků (nejen) svatodušní. In *Jazyky v kontaktu/jazyky v konfliktu a evropský jazykový prostor : sborník 4. mez. setkání ml. lingvistů*. Olomouc : FF UP, 2005, s. 312-318. ISBN 80-244-1027-3.

TARDY, Vladimír. 1970. Co je duševně normální? In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 142-146.

VANČURA, Michael. 2002. Psychospirituální krize. In VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002, s. 329-357. ISBN 80-7178-696-9.

VÁŇA, Josef. 1970. Problém kritérií normality-abnormality z hlediska transkulturního. In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 125-141.

VONDRÁČEK, Vladimír; DOBIÁŠ, Jan. 1970. Norma v lékařské psychologii a psychiatrii. In SYŘIŠŤOVÁ, Eva (ed.). *K problematice normality osobnosti*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 76-93.

VONDRÁČEK, Vladimír; HOLUB, František. 1993. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Bratislava : Columbus 1993. 324 s. ISBN 80-7136-030-9.

WESSELMAN, Hank. 2000. *Medicinman*. Columbus : Praha, 2000. ISBN 80-7249-036-2.

WITTGENSTEIN, Ludwig. 2006. *Modrá a Hnědá kniha : předběžné studie k Filosofickým zkoumáním obecně známé jako Modrá a Hnědá kniha*. Praha : Filosofia, 2006. 265 s. ISBN 80-7077-237-7.

ZAJACOVÁ, Barbora. 2009. *Křesťanská glosolálie z pohľadu psychológie (skúsenosti a osobnostné charakteristiky českých a slovenských glosolalíkov)*. Praha, 2009. 136 s. Diplomová práca. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychológie. Vedúci práce PhDr. Jaroslav Šturma.

### **Elektronické zdroje**

*Diabasis* [online]. 2005 [cit. 2010-05-10]. O psychospirituálnej krízi. Dostupné z WWW: <<http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/o-psk/>>

ČEJKA, Martin R.. 2004. *Soukromá zjavení* [online]. 2004 [cit. 2008-04-17]. Dostupné z WWW: <[http://www.katolikrevue.cz/fides/soukroma\\_zjaveni\\_martin\\_r\\_cejka.htm](http://www.katolikrevue.cz/fides/soukroma_zjaveni_martin_r_cejka.htm)>.

GOLDMANN, Petr. 1999. Co potrebuje zповědník znát z psychopatologie. In OPATRŇÝ, Aleš. *Svatost pokání a smíření : Sborník z kursu pro kněze, Želiv 1999* [online]. Praha : Pastorační středisko Praha , 1999, 26. 2. 2005 [cit. 2011-04-07]. Dostupné z WWW: <[http://www.knihovna.net/KNIHA/0061\\_t02.htm](http://www.knihovna.net/KNIHA/0061_t02.htm)>.

KALÁB, Miloš. 2002. Ďábel byl vyhnán, ale posedlý zemřel... *Britské listy* [online]. 23.1. 2002, [cit. 2008-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.blisty.cz/2002/1/23/art9721.html>>. ISSN 1213-1792.

*Katechismus katolíckej cirkve* [online]. 2001. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2001 [cit. 2010-06-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.katechismus.cz/>>. ISBN 8071924733.

ROSENHAN, David L. 1973. On Being Sane in Insane Places. *Science : New Series* [online]. Jan. 19, 1973, vol. 179, no. 4070, [cit. 2010-05-26]. S. 250-258. Dostupné komerčne z WWW: <<http://www.sciencemag.org>>. Dostupné také z WWW: <<http://www.bonkersinstitute.org/rosenhan.html>>.

ZAJDÁKOVÁ, Svatava. 2009 *Zvládání psychospirituální krize v kontextu odborných služeb i mimo ně v prostředí České republiky* [online]. Brno, 2009. 128 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedúci práce PhDr. Roman Hytych. Dostupné také z WWW: <<http://www.stinstromu.net/krize/zajdakova2009.pdf>>.

## Seznam příloh

**Příloha č. 1:** Inzerát pro oslovení osob s náboženskými prožitky (text), s. 119

**Příloha č. 2:** Seznam okruhů otázek (text), s. 120

**Příloha č. 3:** Osa života – Adam (obrázek), s. 121

**Příloha č. 4:** Osa života – Daniel (obrázek), s. 122

**Příloha č. 4:** Osa života – Milan (obrázek), s. 123

**Příloha č. 5:** Osa života – Petra (obrázek), s. 124

**Příloha č. 6:** Osa života – Zdena (obrázek), s. 125

## Seznam příloh v textu

**Tab. 1:** Rozdíly mezi *duchovním probuzením* a *psychiatrickými poruchami* podle S. Grofa a Ch. Grofové, s. 47

## Přílohy

**Příloha č. 1:** Inzerát pro oslovení osob s náboženskými prožitky (text)

**Máte zkušenost mimořádného náboženského prožitku? Zažili jste psychospirituální krizi? Měli jste někdy zjevení? Zažili jste někdy stav posedlosti? Máte zážitek blízké smrti (near-death experience)? Nebo jakékoliv jiné mimořádné prožitky, které souvisí se spiritualitou či náboženstvím?**

**Měli byste zájem zúčastnit se výzkumu k diplomové práci?**

Jsem studentka psychologie FFUK a psychosociálních studií na HTF. V současné době píšu diplomovou práci na téma „Mimořádné náboženské prožitky a otázka psychopatologie“. Pro **kvalitativní výzkum k diplomové práci** hledám lidi, kteří prožili mimořádný zážitek spirituálního či religiozního charakteru, a rádi by o tom promluvili. Jedná se o rozhovor cca 2 hodiny + vyplnění dotazníku. Rozhovor se týká nejen samotného zážitku, ale především reakcí okolí, s jakými se člověk setkal, potřeb, možností podpory a péče.

**Odměna: 500kč.**

V případě zájmu se prosím ozvěte na email [anna.vaneckova@email.cz](mailto:anna.vaneckova@email.cz)

Děkuji. Anna Vaněčková

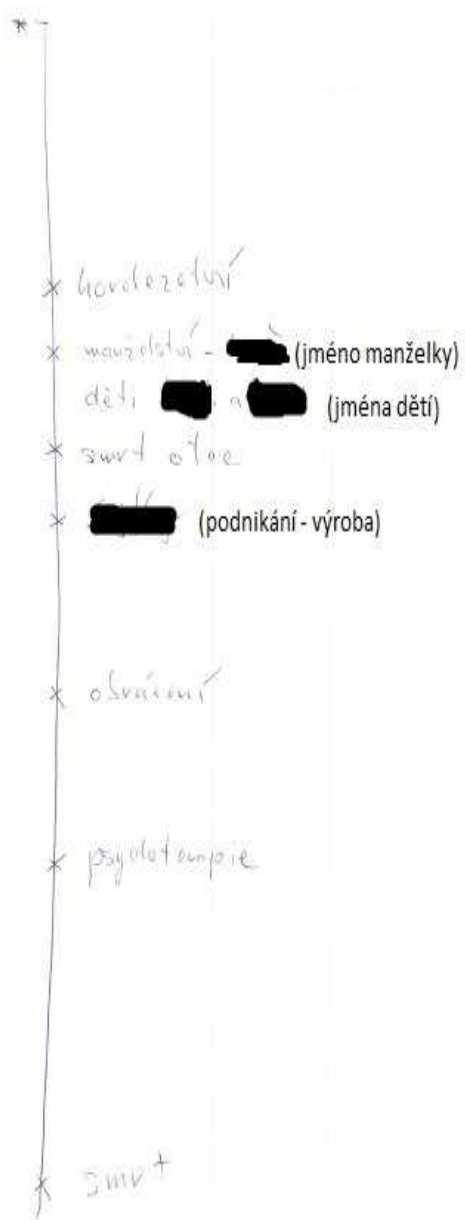
## **Příloha č. 2: Okruhy témat pro rozhovor**

- 1) Popište prosím svůj prožitek
- 2) Jak tento zážitek ovlivnil váš život?
- 3) Představte si, jak by se vyvíjel váš život, kdybyste onen zážitek neprožil. Co by bylo jinak, co byste ztratili a co naopak získali?
- 4) Vzpomeňte si na dobu, kdy jste zažíval ony prožitky. S jakými lidmi jste o zážitcích mluvil? S jakou reakcí jste se u nich setkal? Jak na to reagovali vaši nejbližší? Co vám pomohlo, co naopak uškodilo?
- 5) S kým jste o zážitcích chtěl nebo potřeboval mluvit, ale nevyšlo to? S jakou osobou by Vám pomohlo mluvit o svém zážitku?
- 6) Jaké odborníky nebo odborné instituce jste v souvislosti s těmito zážitky vyhledal? Co vám to dalo, a co jste naopak postrádal?
- 7) Co vám v tomto období pomáhalo, co naopak škodilo? Jaký by byl ideální druh pomoci ve Vašem případě?
- 8) Zkuste vyjmenovat nejdůležitější okamžiky ve vašem v životě, od narození, dosud... Které z nich považujete za nejdůležitější?
- 9) Představte si, že můžete změnit minulost – vymazal byste onu zkušenost?
- 10) Jak hodnotíte svůj zážitek? Kde je příčina, odkud se vzal? V čem vidíte jeho smysl pro Váš život?
- 11) Stalo se někdy, že Vás někdo v souvislosti s tímto zážitkem hodnotil jako psychicky nemocného? Jak hodnotíte sám sebe z hlediska duševního zdraví?

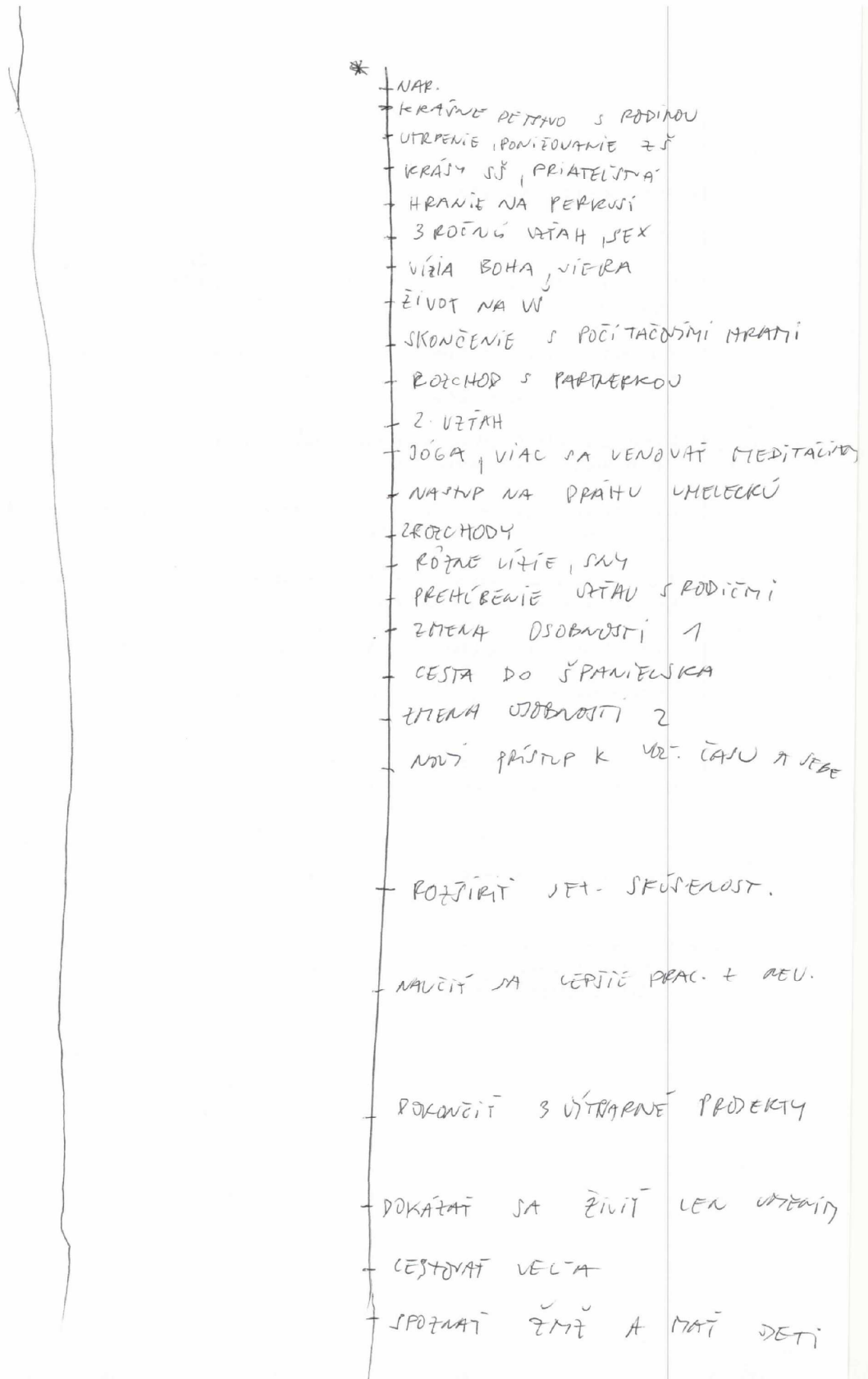


### Příloha č. 3: Osa života – Adam (obrázek)

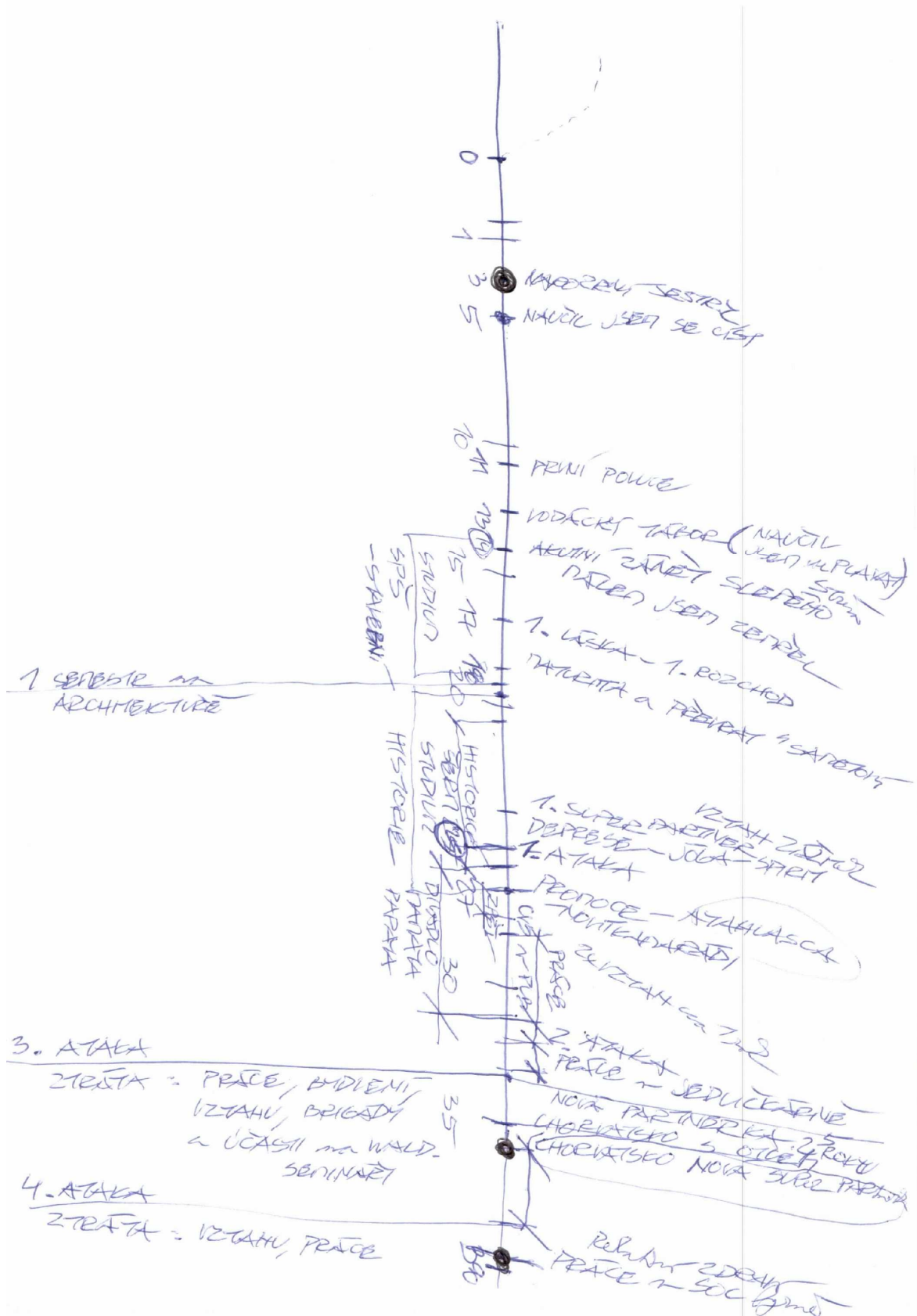
(Pozn: Jména a osobní údaje jsou začerněné)



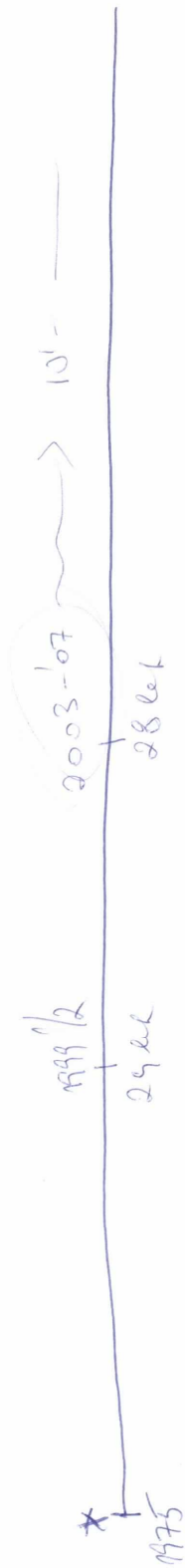
#### Příloha č. 4: Osa života – Daniel (obrázek)



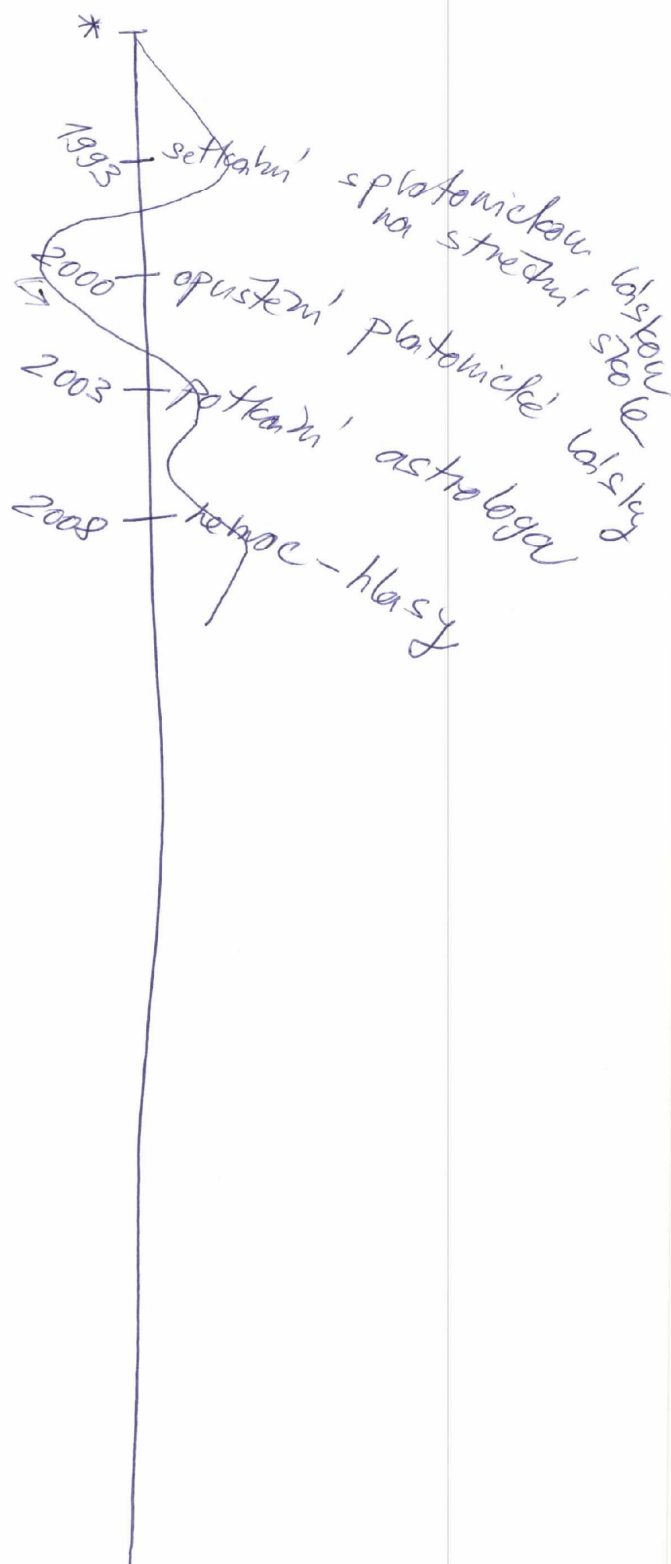
**Příloha č. 4: Osa života – Milan (obrázek)**



**Příloha č. 5: Osa života – Petra (obrázek)**



**Příloha č. 6: Osa života – Zdena (obrázek)**



## Summary

Mimořádné náboženské prožitky a otázka psychopatologie

Peak religious experiences and question of psychopathology

Anna Vaněčková

The diploma work compares different attitudes to understanding and evaluation the extraordinary religious experiences. The theoretical outline of several different approaches is supplemented by a qualitative study.

The theoretical part defines and describes the phenomenon of religious experiences. On the bases of a comparison of the psychological, psychiatric and religious attitude to three types of religious experiences (visions, glossolalia, states of obsession) the author draws the attention to the possible difficulties of an interdisciplinary dialog that may arise from the diverse use of the same terminology which do have specific meaning in a context of a given branch. Further two approaches to the evaluation of extraordinary religious experiences were determined. The first attitude primarily considers these experiences as normal experiences and admits possible pathology only secondarily. The second attitude on the other hand primarily understands the experiences as a demonstration of pathology. The conclusion of the theoretical part draws the attention, from the general point of the relationship between the faith and science, to the need for change of the paradigm in sciences on man.

The practical part based on the qualitative research supplements the theoretical contemplation on the personal experience of five persons that went through a kind of extraordinary experience that was considered by them as religious or spiritual. Three of them had some psychiatric diagnosis; two had not had any experience with psychiatric care at all. By means of the semistructured interview and loosely adjusted graphical projective technique called „Axis of Life” three casuistics were put together with the aim of providing a large scale of different experiences. By analyzing performed interviews the answers to the question how the significance of the experience in the context of life, what kind of help or support would be needed by the persons under examination, with what kind of help they have encountered and how they evaluate their experience from the point of normality or pathology, are searched for. For all persons under examination their experience was one of the most important highlights in their lives that had influenced their further lives significantly. The needs for help are individual and probably depend not only on the experience itself but on the personal

characteristics as well. Personal experiences offer factual suggestions for consideration of extraordinary religious experiences. The results are inspiration for further practice, namely the need for education, the prevention in the area of mental health and a sufficiency of accessible information on religious experiences is stressed.