JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

AKCEPTACE SMRTI A UMÍRÁNÍ U LIDÍ S PROŽITKY MIMOŘÁDNÝCH STAVŮ VĚDOMÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Martin Pešek
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kajanová, Ph.D.

23. května 2011

ABSTRACT

Thesis: **Death and dying acceptance by people with experience of non-ordinary states of consciousness**

Non-ordinary states of consciousness have been presented for a long time and currently, when the spiritual side of the human existence is left out, the states of consciousness turn to its regeneration. This thesis is focused on the resulting changes in human life after passing the non-ordinary state of consciousness and especially regarding the changes in attitude towards death and process of dying.

In the theoretical part, I have described the problem of death and the process of dying from the cultural, medical, psychological and theological view. I have presented the basic and extended model of the human psyche, the knowledge of which is essential in understanding the non-ordinary states of consciousness. Next, I have specified the concrete definition of non-ordinary states of consciousness and I have dealt with the extended description of those matters, when the human being is not directly touched or not during the experience with dead or dying. The last theoretical chapter goes into the therapeutic potential of the described non-ordinary states of consciousness.

The goal of this thesis is to catch the significant similarities of the body and point its transformative effect on the personality of the human being, especially in the matters of basic existence. In order to achieve this goal, I have chosen the qualitative research strategy with the elements of phenomenological research. This semi-structured interview was defined as a method for collecting the data. The research file represents seven respondents with their own experience of a non-ordinary state of consciousness, especially near-death experiences, holotropic breathwork and psychedelic experiences.

The results of this research have shown the significant changes in the lives of people who had this type of experience in question. The changes in their respective lives have also resulted in the reduction of the fear of death or dying of these individuals. The results from these findings have significant implications for the psychotherapy. It is mainly aimed at those therapists who have contact with people suffering from death and who have anxiety about dying.

ABSTRAKT

Téma výzkumu: **Akceptace smrti a umírání u lidí s prožitky mimořádných stavů vědomí**

Mimořádné stavy vědomí doprovázejí lidstvo od nepaměti a v dnešní době, kdy je významně opomíjena duchovní stránka lidské existence, zprostředkovávají tyto stavy vědomí její znovuobjevení. Práce je zaměřena na následné změny v lidském životě po prožití mimořádného stavu vědomí a především pak na ty změny, které je možné rozpoznat v přístupu ke smrti a umírání.

V teoretické části se věnuji problematice smrti a umírání z hlediska kulturního, medicínského, psychologického nebo teologického. Uvádím základní i rozšířený model lidské psychiky, jejichž znalost je důležitá pro pochopení mimořádných stavů vědomí. Dále se zabývám vymezením samotného termínu mimořádné stavy vědomí a uvádím rozšířený popis těch, kdy se člověk přímo či nepřímo setkává v průběhu prožitku se smrtí a umíráním. Poslední teoretická kapitola je věnována transformativnímu a léčebnému potenciálu popsaných mimořádných stavů vědomí.

Cílem práce bylo zachytit významné podobnosti zkoumaných jevů a poukázat na jejich tranformativní účinek na osobnost člověka zejména v základních existenciálních otázkách. Pro dosažení cíle byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu s prvky fenomenologického zkoumání. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo celkem 7 respondentů s prožitky mimořádného stavu vědomí. Konkrétně se jednalo o prožitky blízkosti smrti a o zkušenosti z prožitkového sebezkoumání, které jsou vyvolány buď holotropním dýcháním nebo požitím psychedelické látky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že lidé se zkoumanou zkušeností zaznamenávají významné změny ve svém životě. Životní změny se dotýkají mimo jiné i snížení strachu ze smrti a umírání. Z těchto zjištění lze vyvodit významné důsledky pro psychoterapii a to zejména pro terapeuty, kteří přicházejí do kontaktu s klienty, jež prožívají silnou úzkost při pomyšlení na vlastní smrt a umíraní.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Akceptace smrti a umírání u lidí s prožitky mimořádných stavů vědomí vypracoval samostatně a použil jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne …….

podpis studenta

Rád bych poděkoval vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Kajanové, Ph.D. za čas, který mi věnovala v průběhu psaní a MUDr. Taťjaně Petráňové z psychiatrické kliniky FN Plzeň za odbornou konzultaci. Dále děkuji také všem respondentům, kteří si našli čas a odvahu sdílet se mnou své zkušenosti.

OBSAH

ÚVOD **8**

1 SOUČASNÝ STAV **10**

1.1 SMRT A UMÍRÁNÍ 10
1.1.1 Historické a kulturní aspekty *10*
1.1.2 Smrt a umírání v postmoderní době *11*
1.1.3 Eschatologie, smrt a umírání z pohledu křesťanství *14*
1.1.4 Pojetí smrti u dětí, ontogeneze pojmu smrt *16*
1.1.5 Strach ze smrti a umírání, thanatofobie *18*
1.2 MODELY LIDSKÉ PSYCHIKY 23
1.2.1 Vědomí *23*
1.2.2 Nevědomí *23*
1.2.3 Newtonovsko-karteziánský model *25*
1.2.4 Transpersonální model *26*
1.3 MIMOŘÁDNÉ STAVY VĚDOMÍ 29
1.3.1 Definice mimořádných stavů vědomí *29*
1.3.2 Prožitek blízkosti smrti (NDE) *31*
1.3.3 Prožitkové sebezkoumání *34*
1.3.3.1 Psychedelické látky 35
1.3.3.2 Psychedelická terapie 38
1.3.3.3 Holotropní terapie 40
1.3.4 Transformativní a léčebný potenciál mimořádných stavů vědomí *42*

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **46**

2.1 CÍL PRÁCE 46
2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 46

3 METODIKA **47**

3.1 POUŽITÁ METODIKA 47
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 48

4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE **49**

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE VÝZKUMNÉHO SOUBORU 49
4.1.1 Kasuistiky jednotlivých prožitků respondentů *49*
4.2 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ ŽIVOTA PO PROŽITKU 53
4.2.1 Pochybnosti o prožitku a novém přístupu k životu *56*
4.2.2 Vnímání změny okolím a nesdělitelnost prožitku *57*
4.2.3 Religiozita *58*
4.2.4 Lidská duše *59*
4.3 ZMĚNA POSTOJE KE SMRTI PO PROŽITKU 61
4.3.1 Strach ze smrti *61*
4.3.2 Posmrtný život *63*
4.4 ZMĚNA POSTOJE K UMÍRÁNÍ PO PROŽITKU 64

4.4.1 Sebevražda *66*
4.5 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ 67
5 DISKUZE 69
6 ZÁVĚR 76
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 79
8 KLÍČOVÁ SLOVA 84
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 85
10 PŘÍLOHY 86

ÚVOD

„Pozorně naslouchám neobyčejným mýtům duše a pozoruji dění, jež mě potkává, a to bez ohledu na to, zda se to hodí a zapadá do mých teoretických předpokladů, nebo nikoli.“

(C. G. Jung)

V duchu výše uvedených slov, které pronesl významný švýcarský lékař a psychoterapeut 20. století, přistupuji k ústřednímu tématu své práce. Změněné stavy vědomí jsou valnou částí odborné veřejnosti považovány za patologické projevy, které člověka zásadním způsobem invalidizují a žádají si odpovídající zásah vedoucí k jejich okamžité eliminaci. Právě z tohoto důvodu vznikla nová kategorie – mimořádné stavy vědomí, na které se badatelé snaží demonstrovat její možný terapeutický potenciál.

Ve své práci se zabývám právě tímto tranformativním potenciálem mimořádných stavů vědomí na osobnost člověka, zejména pak v jedné ze základních existenciálních otázek, otázce vlastní smrti. Zaměřuji se na dvě kategorie mimořádných stavů vědomí, které svoji povahou, ať již přímo či v symbolické podobě, souvisejí se smrtí a umíráním. Jsou to prožitky blízkosti smrti (NDE) a prožitky z psychedelické či holotropní terapie, které bývají souhrnně označovány jako prožitkové sebezkoumání.

Negativní postoj ke smrti vychází u člověka ze dvou základních věcí. Je to jednak strach ze smrti, tedy z konce vlastní existence, a pak také strach z umíraní, které může být dlouhé a bolestivé. Téma smrti a umírání je napříč naší společností stále doprovázené popřením, vytěsněním a tabuizací. A to i přes to, že moderní výzkumy dokazují, že konfrontace se smrtí, může být zdrojem zásadních životních změn, které vedou člověka do autentičtějšího způsobu bytí. Právě tyto důvody a vlastní zkušenost potvrzující tuto hypotézu, mě vedly k napsání této práce.

V teoretické části práce popisuji současný stav zvolené problematiky na základě dostupné odborné literatury. V empirické části pak uvádím použité výzkumné metody a techniky a zabývám se interpretací výsledků. Výzkumným záměrem práce je identifikovat podobnost v následcích prožitků vybraných mimořádných stavů vědomí. Poukázat na jejich pozitivní transformativní efekt na člověka zejména v otázkách smrti

a umírání. Nedílnou součástí celé práce je také záměr přispět k detabuizaci smrti v naší společnosti, upozornit na naléhavost potřeby spirituality v lidském životě a poukázat na účinnost terapeutických přístupů z oblasti transpersonální psychologie.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Smrt a umírání

1.1.1 Historické a kulturní aspekty

U evropského člověka je to především antická a křesťanská tradice, která vytváří náš postoj ke smrti. Staří Řekové se smrti neobávali, protože žili ve společnosti s bohy a po smrti se dostávali do říše stínů, kde pokračovali v existenci ve změněné podobě. Podle jednoho starého řeckého mýtu byl dokonce člověk stvořen proto, aby mu bozi předali vlastní smrtelnost a mohli se stát sami nesmrtelnými. Obavy ze smrti a umírání si tehdejší člověk různým způsobem racionalizoval stejně jako ten dnešní (Vymětal, 2003). Na druhou stranu mezi velkými mysliteli té doby se na téma smrti a umírání hojně diskutovalo. Například Sokrates (469 – 399 př. n. l.) prohlašoval, že opravdoví filosofové se zabývají právě otázkami smrti a umírání. Dokonce na své smrtelné posteli vyzýval své následovníky, aby cvičili umírání jako nejvyšší formu moudrosti. S příchodem Epikura (341 – 270 př. n. l.), který kritizoval platónské učení o nesmrtelnosti duše, se přístup k umírání obrátil jiným směrem, který bývá autory označován sofismatem o neexistenci smrti (Landsberg, 1990). Známá je jeho myšlenka, že smrt se nás vlastně netýká, neboť jsme-li zde my, není tu smrt a je-li zde smrt, pak už nejsme my (Yalom, 2008).

Křesťanská tradice, na rozdíl od té antické, je pro dnešního evropského člověka živější díky stálému a bezprostřednímu působení náboženství a také proto, že je předávána rodinnou výchovou. Duše člověka je pro křesťana nesmrtelná, smrtí končí pouze pozemský život. Po smrti pokračuje existence ve změněné podobě. Jakým způsobem? To podstatně záleží na člověku samém, protože jeho posmrtný život přímo souvisí s tím, jak žil ten pozemský. Pro věřícího křesťana je smrt branou do dalšího a hodnotného života, jenž má charakter věčnosti. Myšlenka o pokračování života po smrti, o proměně a dalším existování, třeba i v neindividuální podobě, je vlastní všem náboženským a i mnohým filosofickým systémům (Vymětal, 2003). Například pro Eskymáky nebo domorodce z ostrovů Fidži je úmrtí příležitostí k radovánkám. Členové

těchto společností jsou přesvědčení, že existuje posmrtný život, který je šťastnější než ten současný pozemský (Sillamy, 2001).

Důležité z hlediska evropské kulturní tradice jsou také spisy spojené se smrtí a umíráním. Mnoho obyvatel západu slyšelo o Tibetské knize mrtvých *(Bardo Thödol)*, Egyptské knize mrtvých *(Pert Em Hru)* a možná i o aztéckém *Codex Borgis*. Tyto knihy učí lidi, co mají očekávat od smrti a jaké si mají vypěstovat návyky, aby nebyli zaskočeni, až nadejde jejich čas (Blackmore, 1993). Málokomu je ale známo, že bohatou literaturou a výtvarným uměním na téma smrti a umírání oplývá i evropský kontinent. Tyto materiály bývají označovány jako *Ars moriendi* (Umění umírat). Zájem o smrt a umírání ke konci středověku, kdy tato díla vznikala, vyvstával především z velké úmrtnosti a všeobecné nejistoty lidské existence (Grof, 2006). Jako ostatní knihy mrtvých, řeší i *Ars moriendi* nejen problém smrti, ale i otázku lidské existence vůbec. Tento rozsáhlý soubor literatury lze rozdělit do dvou velkých skupin. První z nich pojednává především o významu smrti v životě a měla by se spíše nazývat literaturou *Ars vivendi* (Umění správně žít). Mnoha způsoby sděluje, že honba za materiálními hodnotami je zbytečná a zakládá se na nevědomosti, že všechno v materiálním světě jednou pomine. Druhá kategorie se pak specificky zaměřuje na zážitek smrti a umírání, jakož i na doprovázení umírajících a také na to, jak jim v posledních dnech a hodinách jejich života poskytnout emoční a duchovní podporu (Grof, 2009). Původně byla *Ars moriendi* psána jako návod pro mladé kněze, který je měl připravit na práci s umírajícími. Čím vyšší však byl přebytek umírajících a nedostatek knězů, tím více se překládaly do lidového jazyka srozumitelného pro obyčejného světského člověka (Grof, 2006).

1.1.2 Smrt a umírání v postmoderní době

Většina autorů, kteří se v současné západní kultuře zabývají smrtí, se shoduje v tom, že smrt je vytěsňována z veřejného prostoru společnosti. Moderní společnost smrt vytěsnila a tabuizovala. Smrt je spatřována jako zmar, neštěstí, konec všeho (Špatenková, 2008) a to i přesto, že masivní popření smrti vede podle mnohých autorů

k sociálním patologiím se závažnými důsledky pro celou naší společnost (Skopalová, 2010). V soudobé společnosti se odehrává smrt většinou v anonymních nemocnicích a je vnímána jako tragické vytržení ze světa živých. Nelze se proto divit, že kolem ní vzniká množství tabuizovaných témat, o nichž se nehovoří a kterým je přisuzována i jistá morbidnost (Sígl, 2006). To vedlo postupně k tomu, že se dnešní člověk smrti bojí více než dříve, kdy byla každodenní součástí života. Lidé umírali mladí a často, takže člověku skutečnost smrti a umírání přišla normální. Člověk byl srozuměn se smrtí a v průběhu svého krátkého a nejistého života se učil umírat, když pozoroval smrt v okolí nebo pomáhal těm, jejichž poslední hodina právě udeřila (Skopalová, 2010). Přestože v 60. letech převážně v USA bylo téma smrti, umírání a zacházení s umírajícími hojně diskutováno, zůstávají obecné rysy současné institucionalizace smrti stejné (Hytych, 2008). Naší společnosti tedy momentálně dominuje medicínský model vnímání smrti a umírání, a jen výjimečně se prosazuje pohled na smrt jako na skutečnost otevírající možnost k psychickému a spirituálnímu růstu člověka.

Smrt je podle klasické medicínské definice ireverzibilní zástava dechu a srdeční činnosti (Štefan, 2005), tedy definitivní zastavení vitálních funkcí organismu (Sillamy, 2001). V praxi je považována za okamžik smrti doba, kdy se ireverzibilně zastaví srdeční činnost, která obvykle přetrvává déle než dýchací pohyby (klinická smrt). Při nástupu smrti po vyřazení centrálních regulačních mechanismů různě rychle odumírají buňky a buněčné systémy. Toto časově ohraničené přežívání až do odumření poslední buňky je označováno jako intermediární život. Pak lze konstatovat tzv. totální smrt (Štefan, 2005). Umírání, jakožto proces končící smrtí (Hartl, 2000), může tedy trvat různě dlouho – od velmi rychle nastupující smrti, např. při se životem neslučitelných devastujících poraněních – až po řadu hodin a dní pomalu nastupující smrti. Umírání se jeví určitými příznaky, v jejichž popředí je ochabování srdeční, dýchací a nervové činnosti. Někdy mohou být projevy života tak malé, že bez použití přístrojů je velmi těžké určit, zda umírající ještě žije nebo již nastala smrt. Se zdánlivou smrtí se můžeme setkat např. u otrav hypnotiky, u úrazů elektrickým proudem, bleskem, při silném podchlazení, u utopených nebo u lidí v komatu (Štefan, 2005).

V posledních desetiletích 20. století se díky rozvoji výzkumu lidského vědomí a diskuzi o přípustnosti či nepřípustnosti eutanazie opět vzbudil zájem širší veřejnosti zaměřit se na otázky smrti a umírání, což následně vedlo k velikému skoku v jejich porozumění. Nová diskuze byla nutností, protože pokrok lékařské vědy a techniky nám umožnil prodlužovat život těžce nemocných za podmínek, které vyvolávají otázku po smyslu takových opatření. Užitím moderních lékařských metod se často proces umírání uměle prodlužuje (distanazie), a tím se patrně zcela zbytečně rozšiřuje lidské utrpení (Scherer, 2005). Paradoxem je, že právě tento pokrok, který přispěl na jedné straně k degradaci pacientů a ke snížení jejich připravenosti umírat, umožňuje úspěšně oživovat lidi, kteří pak mohou vyprávět o prožitcích blízkosti smrti (Moody, 2010). Nejen z těchto důvodů vznikl nový vědecký obor nazvaný thanatologie, jež sjednotil badatele z různých oblastí zajímajících se o téma smrti. Definovat thanatologii můžeme jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny (Sígl, 2006). Vlna profesionálního zájmu o smrt vyvrcholila prací původně švýcarské psychiatričky Elisabeth Kübler-Ross, jež pracovala s umírajícími pacienty a popsala základních pět stádií při vyrovnávání se s ní (Kübler-Ross, 1993).

Není možné ponechat smrt a umíraní jen medicínským oborům. Biologická hranice mezi životem a smrtí je sice poměrně přesná, avšak psychologicky se život a smrt slévají dohromady. Mnozí psychologové se dnes domnívají, že nepřítomnost skutečnosti smrti, stejně jako myšlenek na ni, bude mít za následek také otupení lidské citlivosti k životu. Život a smrt jsou spolu vzájemně propojeny a existují současně, nikoli následně. Z hlediska existenciální psychoterapie je smrt prapůvodním zdrojem úzkosti a jako taková je považována za prvotní pramen psychopatologie. Popření smrti na jakékoli úrovni je popřením vlastní základní podstaty. Přijetí myšlenky smrti nás zachraňuje, působí jako katalyzátor, který nás nutí do autentičtějšího způsobu žití a zvyšuje tak naši radost ze života (Yalom, 2006). Jako důkaz nám můžou sloužit svědectví lidí, kteří prožili osobní setkání se smrtí (viz. kapitola *1.3.2 Prožitek blízkosti smrti (NDE)*). C. G. Jung, který byl silně ovlivněn svým vlastním prožitkem blízkosti smrti, se domníval, že smrt má na náš život skutečně zásadní vliv a je třeba ji pojímat se stejnou vážností, jako naše narození – jako neoddělitelnou součást našeho života.

Jedinec podle něj nemůže být celistvý, dokud nepřestane vidět smrt a život jako pouhé dva protiklady (Jung, 1994).

Stejně tak smrt v kontextu víry nabývá poněkud jiného významu. Je bránou do nebeského království a není považována za zánik všeho, ale naopak za začátek. Věřící mohou ve smrti spatřovat naději, světlo na konci tunelu (Špatenková, 2008).

1.1.3 Eschatologie, smrt a umírání z pohledu křesťanství

Pod pojmem eschatologie rozumíme učení o posledních věcech člověka, což z křesťanského hlediska jsou otázky smrti, nesmrtelnosti lidské duše, očistce, pekla apod., či výpovědi víry o konečném údělu lidského společenství a také o Bohem způsobené obnově lidstva a celého vesmíru (Ratzinger, 2008). Základním zdrojem pro zkoumání smrti a umírání z pohledu křesťanské nauky nám bude samozřejmě Bible. Starý zákon používá pro smrt slovo *Mávet* a Nový zákon slovo *Thanatos*. Oba tyto výrazy označují obvykle konec pozemského života, fyzickou smrt (Křivohlavý, 1995). Avšak v Bibli dostává slovo smrt také zvláštní teologický význam.

V první řadě je důležité zmínit, že v Bibli je smrt vždy ve spojení s hříchem. Podle Bible se tedy celý soud Boží nad hříchem soustřeďuje ve smrti. Tento Boží soud zahrnuje vnitřní i vnější stránku života, tedy život duchovní i fyzický. Dále Bible klasifikuje smrt jako něco nepřirozeného. Smrt je zlo spojené s utrpením, bolestí, úzkostí a strachem. A konečně Bible smrt nechápe jako konec, ale jako pouhé oddělení. Skrze hřích došlo k duchovnímu oddělení člověka od Boha. Člověk oddělený od Boha se dostal do stavu tzv. duchovní smrti – je tedy duchovně mrtvý. Tělesnou smrt pak Bible chápe jako oddělení vnitřního člověka od jeho tělesné schránky, např. apoštol Pavel nazývá tělo člověka „stanem pozemského života“, který bude stržen (Křivohlavý, 1995). Hovoříme-li o smrti těla z pohledu Bible, je třeba ještě připomenout, že člověk má jen jednu příležitost žít na této zemi a také jen jednou umírá.

Umírání není v Bibli definováno. Je chápáno jako proces, při kterém se člověk vědomě přibližuje ke konci svého pozemského života. Umírající lidi můžeme podle Bible rozdělit na dvě skupiny:

1. lidé, kteří umírají v hříchu, tedy ve stavu duchovního oddělení od Boha
2. lidé, kteří umírají s vnitřním pokojem, jistotou a beze strachu

V první skupině jsou jednak lidé, kteří jsou přesvědčeni, že všechno končí smrtí těla, že lidskému bytí je definitivní konec, ale také lidé, kteří počítají s další existencí po smrti těla, avšak pod vlivem falešného učení nečinili pokání a nevstoupili do společenství s Bohem. Ve druhé skupině jsou lidé věřící v Ježíše Krista, jejichž umírání je klasifikováno jako „umírání v Pánu“. V této souvislosti Křivohlavý (1995, s. 83) píše: *„Podle toho, jaký má člověk názor na smrt, jak se na svoji smrt dívá, prožívá také své umírání. Celý život člověka je poznamenán pohledem na vlastní konec zemského života“*. Celý Nový zákon jednomyslně dosvědčuje, že Ježíš Kristus je ten jediný, kdo má moc vysvobodit člověka ze hříchu a darovat mu duchovní život ve společenství s Bohem. Tento nový duchovní život nemůže už nic, ani tělesná smrt, zničit (Křivohlavý, 1995).

Tradiční křesťané všech denominací tedy sdílejí zásadní víru v konečný nebeský život po smrti, ať už skrze tělesné vzkříšení, nesmrtelnou duši nebo skrze jinou představu o tom, že se mrtví budou udržovat v boží paměti. V dnešní době stále více lidí v západních společnostech této tradiční křesťanské verzi posmrtného života nevěří. Sekulární hnutí zdůrazňují absurditu a nepravděpodobnost víry v posmrtný život a někteří lidé, naklonění přírodě, dávají přednost třeba představě reinkarnace. Tato skutečnost se stala jedním z charakteristických rysů společnosti 21. století. V tomto ohledu je důležité zmínit, že existuje významný rozdíl mezi USA a mnoha západoevropskými zeměmi. Procento praktikujících věřících je v USA vyšší než ve většině evropských zemí a to se odráží i v představách o posmrtném životě (Davies, 2005). Podle výzkumu, provedeného Gallupovým ústavem (*The Gallup Organization*) v roce 1991, 70 % lidí v USA věří v život po smrti (Blackmore, 1991).

Vznik a existenci náboženství a náboženských systémů, včetně křesťanství, vidí psychologové jako snahu pochopit a vyrovnat se s fenoménem smrti, protože jen obtížně lze přijmout myšlenku, že smrt je omyl. Máme proto potřebu vymezit její smysl jako součást vyššího řádu (Vymětal, 2003). Irvin D. Yalom, existenciální

psychoterapeut, vnímá náboženskou víru doslova jako „uhýbavý manévr“ před smrtí (Yalom, 2008). Stejně tak postřehy transpersonálních psychologů na téma náboženství jsou velmi zajímavé. Stanislav Grof, významný představitel tohoto směru, zdůrazňuje naléhavou potřebu ekumenického přístupu, tzn. všeobecného a sjednocujícího přístupu. Došel k závěru, že dnešní člověk potřebuje spíše spiritualitu a nikoliv náboženství (Grof, 1998). V tomto kontextu je nutno uvědomit si rozdíl mezi spiritualitou a organizovaným náboženstvím. Spiritualita bývá vyjadřována jako intenzivní prožívání přítomnosti vyšší síly, energie nebo toho, co může být pojmenováno i jako Bůh, bez nároků na nějakou formální, organizovanou strukturu. Za spirituální můžeme tedy považovat naše vnitřní hledání a prožívání posvátného a na tom založený způsob života (Soudková, 1999). Náboženství podle Grofa (1998) ještě nemusí znamenat spiritualitu a může být naopak překážkou k jejímu rozvoji. Jestliže mimořádné stavy vědomí vedou k objevení „vlastního božství“, u náboženství jde o „božství mimo nás“ (Grof, 1998).

Navzdory těmto argumentům musíme deklarovat, že lidé žijící křesťanskou vírou mají v umírání tři veliké hodnoty, kterými se liší od těch, kdo umírají bez Boha. Především mají stálé společenství se svým Pánem, který je skutečně s nimi i v hodinách umírání a odchodu z těla. Pak mají před sebou jasnou vizi, že tělesná smrt je přechodem do nebeského domova. Třetí hodnotou je Písmo svaté – zdroj Božích zaslíbení a útěchy v každém soužení i v hodinách umírání (Křivohlavý, 1995).

1.1.4 Pojetí smrti u dětí, ontogeneze pojmu smrt

Způsob, jakým dítě chápe smrt, závisí nejenom na věku, ale i na úrovni a vývoji jeho intelektuálních schopností. Během prvních dvou let života chybí porozumění smrti, ale je přítomen vývojově daný strach ze separace (tzv. separační úzkost). Většina 3-5letých dětí chápe smrt jako něco, co se může stát jen druhým. V této době je pojem smrti neurčitý, je spojován se spánkem a nepřítomností světla nebo pohybu. Smrt není pokládána za něco stálého a je odmítána jako konečná realita. Děti věří, že smrt je náhodná, že ony samy nikdy nezemřou. Přibližně od šesti let věku se zdá, že si děti přizpůsobují tvrzení, že smrt je konečná, nevyhnutelná, všeobecná a osobní záležitost.

V ranném školním věku mnoho dětí interpretuje smrt jako osobu, což je podporováno i řadou pohádek s touto tématikou (Vyhnálek, 2006). Personifikace smrti, například v podobě pronásledujícího kostlivce, je sice děsivá, ale na rozdíl od pravdy uklidňující. Dokud dítě věří, že smrt je způsobena nějakou vnější silou či postavou, je v bezpečí před reálnou pravdou, že zárodek své vlastní smrti si každý člověk od narození nosí v sobě (Yalom, 2006). Teprve ve věku deseti až jedenácti let se univerzalita a permanence smrti stává pochopitelnou. Souvisí to s vývojem pojmu času a prostoru, pochopení rozdílu mezi vzpomínkou a fantazií, mezi smrtí a nepřítomností, mezi umíráním a odchodem. Tím je položen základ vnímání nevyhnutelnosti smrti jako přirozeného konce lidského života. Uvedený vývoj pojetí smrti vrcholí v pubertálním období, kdy se začíná obohacovat o dimenzi existenciálních úvah o smyslu života (Vyhnálek, 2006).

V naší západní kultuře existují jasné výchovné směrnice pro takové oblasti, jako je tělesný a duševní vývoj, získávání informací, sociální dovednosti apod. Když ale dojde na výchovu o smrti, musí si rodiče poradit svépomocí. Jiné kultury nabízejí kulturně přijímané mýty o smrti, které bez ambivalence či úzkosti předávají dětem. Naše kultura nedává rodičům žádné určité pokyny, kterými by se mohli řídit. Navzdory univerzálnosti této otázky a její naprosté důležitosti ve vývoji dítěte se každá rodina musí rozhodnout, ať chce nebo ne, co své dítě bude o smrti učit. Dítě ale zpravidla obdrží informace, které jsou zamlžené, smíchané s úzkostí rodičů a pravděpodobně v rozporu s dalšími zdroji informací z blízkého okolí dítěte (Yalom, 2006). Mnozí rodiče se snaží svoje děti před smrtí chránit, a tak se už v ranném dětství zasévá její popření, zejména prostřednictvím „pohádek“ o nebi, o návratu mrtvých nebo ujišťováním, že děti neumírají. Elisabeth Kübler-Ross, která strávila více jak deset let prací s umírajícími dětmi, silně nesouhlasí s praktikami tradiční křesťansky ovlivněné společnosti o indoktrinaci dětí „pohádkami“ o nebi, Bohu a andělích (Kübler-Ross, 2003). Přesto, když popisuje svoji práci s dětmi, které se bojí smrti, je zřejmé, že i ona poskytuje útěchu založenou na popření. Používá přirovnání, že tělesná smrt člověka je obdobou zrození motýla z kukly. Kukla představuje pomíjivé lidské tělo a jakmile je kukla porušena, uvolní motýla – naši duši (Kübler-Ross, 1993).

Existuje zde tedy znatelný nesoulad mezi důležitostí smrti pro dítě a mírou pozornosti, která se smrti v dětském věku věnuje. V kontextu výchovy o smrti Haškovcová (2007) uvádí, že by děti v rodinách, kde někdo zemřel, neměly být vyloučeny z účasti na akceptaci ztráty a ani z procesu truchlení. Jejich zármutku by měl někdo z rodiny věnovat pozornost a měl by umět nabídnout pomoc, jak se vyrovnat se ztrátou i s projevy zármutku ostatních členů rodiny. Děti by tedy měly být přítomny i na pohřbu např. své babičky apod. Kromě aktuálního problému akceptace ztráty, který je třeba zvládnout, se každé dítě při takových příležitostech učí, že život člověka je konečný (Haškovcová, 2007).

1.1.5 Strach ze smrti a umírání, thanatofobie

Život je vymezen narozením a smrtí. Zatímco zrození člověka bývá obvykle oslavováno, smrt je okamžikem, kterého se většina z nás bojí (Skopalová, 2010). Strach a obavy tedy patří nevyhnutelně k našemu životu a ve stále nových obměnách nás provází po celou dobu jeho trvání. V dějinách lidstva se setkáváme se stále novými pokusy, jak zvládnout strach, jak jej zmenšit a překonat. Usilovaly o to magie, náboženství i věda. Pocit bezpečí u Boha, oddaná láska, zkoumání přírodních zákonů nebo askeze zříkající se světa a filosofické poznatky sice strach neodstraňují, mohou však pomáhat jej snášet a snad jej také plodně využít pro náš vývoj. Jednou z iluzí dnešního člověka však je, že věříme, že je možné žít život beze strachu. Strach patří k naší existenci a je odrazem našich závislostí a našeho vědomí vlastní smrtelnosti. Všechno nové, neznámé, co musíme dělat nebo prožívat poprvé, obsahuje vedle kouzla nového, potěšení z dobrodružství a radosti z rizika také strach a úzkost (Reimann, 1999). Charakterizuje-li něco situaci umírání a následnou smrt, pak je to právě soubor negativních emocí, označovaný termíny úzkost a strach. Úzkostí se rozumí dosti neurčitý a difúzní pocit obav, bázně a tísně. Jde o obavy z vlastní existence. Křivohlavý (1995) hovoří o tzv. ontologickém ohrožení, o obavách o vlastní existenci. Strachem se rozumí obavy až hrozivý pocit, který zažíváme, stojíme-li před určitým, zcela konkrétním nebezpečím (Křivohlavý, 1995). S primární úzkostí ze smrti v její původní

formě se setkáváme jen zřídka. Za účelem odvrácení úzkosti ze smrti se u malého dítěte vyvíjejí obranné mechanismy, jež jsou založeny na popření, procházejí několika stadii a nakonec se skládají z velmi složité sady duševních operací. Ty vytěsňují holou úzkost ze smrti a pohřbívají ji pod vrstvy takových obranných mechanismů, jako jsou přemístění, sublimace a konverze. Primární úzkost je tedy vždy přeměněna na něco pro člověka méně nebezpečného (Yalom, 2006).

Strach ze smrti se obvykle stáhne do podzemí na období od nějakých šesti let do puberty, tedy na roky, které Sigmund Freud označil jako období latentní sexuality. V průběhu adolescence potom strach ze smrti propuká v plné síle. Dospívající bývají smrtí velmi zaujatí, někteří uvažují o sebevraždě, jiní reagují na strach ze smrti tak, že se stanou pány a rozsévači smrti ve virtuálním světě. Jak léta plynou, jsou adolescenční obavy ze smrti odsouvány stranou dvěma hlavními životními úkoly mladých dospělých: věnovat se kariéře a založit rodinu. Potom, o tři desítky let později, když naše vlastní děti opustí domov a na obzoru se objevují koncové body profesní kariéry, u nás propuká krize středního věku a s plnou silou znovu vybuchuje i strach ze smrti. Od tohoto okamžiku se obavy ze smrti už nikdy z naší mysli nevzdálí příliš daleko (Yalom, 2008). Strach ze smrti je fenomén, který považujeme za něco biologicky daného, nutného a zcela přirozeného. Výraznější strach ze smrti pozorujeme u lidí s převládající hédonistickou a konzumní orientací, kteří de facto neprožívají žádnou spiritualitu (Vymětal, 2003). Mnozí filosofové a především pak existencialističtí autoři spatřovali těsnou souvislost mezi různými postoji ke smrti a naším pojetím identity, způsobem, jak žijeme, a smyslem, který ve svém životě spatřujeme. V tomto kontextu pak tvrdí, že strach ze smrti souvisí se strachem ze života (Davies, 2005). Rozhodující argument, který má člověka zbavit strachu před smrtí, vychází u již dříve citovaného Epikura z předpokladu, že dobro a zlo pro nás existuje jen na základě vnímání. Kdo nic nevnímá, kdo o ničem neví, pro toho nemůže žádné dobro existovat, ale ten už také není s to něčím trpět. Když tento názor přijmeme, dospějeme k rozhodujícímu závěru, že smrt se nás vůbec netýká. Neboť smrt znamená ztratit schopnost vnímání. Dokud žijeme, nemáme se smrtí co činit, neboť ještě žijeme. Přijde-li smrt, přestává veškeré vnímání (Scherer, 2005). Proč se tedy obávat smrti?

Vědomí smrti získáváme nikoliv z vlastní zkušenosti, nýbrž pouze z umírání ostatních lidí, tedy vlastně teoreticky a s možností si ji představovat. Smrt je člověku obecně něčím cizím, představovaným jako ohrožení doprovázené úzkostí (Vymětal, 2003). Ukazuje se, že tento strach ze smrti je složitým jevem a že je možno diagnostikovat v něm řadu složek. Bazálním členěním strachu ze smrti může být rozdělení na 4 subtypy, které jsou i základem mnoha diagnostických testů (např. *The Collet-Lester Fear of Death Scale, 2003*): strach z vlastní smrti, strach z vlastního umírání, strach ze smrti druhých, strach z umírání druhých (Neimeyer, 1994). Křivohlavý (1995) definuje na rovině strachu z vlastní smrti a vlastního umírání následující složky:

- strach z bolesti
- strach z opuštěnosti
- strach ze změny vzezření
- strach ze selhání
- strach utrpení
- strach z regresu
- strach ze ztráty samostatnosti
- strach o rodinu
- strach nedokončení práce či životního díla.

Pro mnohé lidi tedy splývá strach ze smrti se strachem z umírání. V roce 2004 byla vydána publikace s názvem *Umírání a paliativní péče v ČR* s podtitulem *situace, reflexe a vyhlídky*, která obsahuje především výsledky výzkumu veřejného mínění z let 2000 a 2001, který byl proveden na vzorku 1283 respondentů dospělé české populace. Obavy spojené s procesem umírání jsou značné a jejich pořadí podle naléhavosti je následující: bolest, ztráta soběstačnosti, odloučení od blízkých osob, psychické utrpení, osamocenost, ztráta důstojnosti, obavy toho, co bude po smrti. Jen málo respondentů uvedlo, že si představuje něco jiného (7,8 %) nebo o tématu nepřemýšlelo (1,9 %). Pouze 3,8 % občanů se nebojí ničeho (Sláma, Špinka, 2004).

V posledních letech probíhá několik podobných iniciativ empirického společenskovědního výzkumu o strachu ze smrti po celém světě. Některé další studie například uvádí, že studenti, kteří ztratili některého rodiče, mají větší strach ze smrti. Několik projektů prokázalo, ale bez pokusu o vysvětlení, že ženy mají větší vědomý strach ze smrti než muži. Výzkum nejběžnějších druhů strachu mezi tisíci středoškolskými studenty naznačuje, že obavy související se smrtí jsou v této populační skupině nesmírně závažné (Yalom, 2006). Irvin D. Yalom shrnuje ve své knize *Existenciální psychoterapie* řadu dalších výzkumů, které demonstrují určitou kladnou korelaci mezi velkým strachem ze smrti a depresí, brzkou životní ztrátou a absencí náboženského přesvědčení. Další zmíněné studie zkoumají hlubší vrstvy lidské psychiky a ukazují, že značná část obav ze smrti leží mimo vědomí tzn. že strach ze smrti narůstá, když se člověk přesunuje z vědomé k nevědomé zkušenosti, že nás úzkost ze smrti pronásleduje ve snech. Důležitým závěrem je, že strach ze smrti, jak vědomý, tak nevědomý, souvisí s neuroticismem, tedy s geneticky podmíněnou náchylností k emocionální a celkové duševní labilitě (Yalom, 2006). Podle Grofa (1993a) se strach ze smrti pojí s nezpracovaným traumatem porodu a má své hluboké kořeny, stejně jako úzkostné, depresivní a agresivní symptomy, v perinatální sféře nevědomí. Tato sféra nevědomí se významně podílí na celkovém přístupu člověka k existenci ve světě (Grof, 1993a).

Jak je uvedeno výše, u některých osob se strach ze smrti projevuje jen nepřímo, buď jako všeobecný neklid, nebo zamaskovaný do jiného psychického symptomu. Takové symptomy potom můžou být součástí různých fobických poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy nebo poruch z okruhu schizofrenií (Petráňová, 2010). Jiné osoby zažívají zjevný a uvědomovaný příval úzkosti ze smrti, a u některých z nás propuká strach ze smrti v hrůzu, která vylučuje jakékoli pocity štěstí a naplnění (Yalom, 2008). Takový chorobný strach ze smrti potom můžeme označit termínem thanatofobie (Sígl, 2006). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadá thanatofobie do velké skupiny tzv. úzkostných poruch. V rámci úzkostných poruch můžeme rozlišovat na fobické úzkostné poruchy a jiné úzkostné poruchy, přičemž thanatofobie může být

klasifikována v první skupině mezi specifické (izolované) fobie s označením F 40.2 (Praško, 2005).

Strach ze smrti je tedy neoddělitelnou součástí života každého z nás. Tomuto neznámému, doprovázenému úzkostí, se nejčastěji bráníme různými racionalizacemi a především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost. Existuje ale další možnost vztahování se ke smrti a to, že tuto jistotu přijmeme a vystavíme se jí myšlenkově nebo prožitkem, tedy celou naší bytostí (Vymětal, 2003). Vědomá akceptace smrti bývá přítomna u lidí, kteří se dostali či dostávají do její blízkosti a neuhýbají před ní. Patří mezi ně osoby, které přežili klinickou smrt, frekventanti prožitkového sebezkoumání, osoby praktikující meditaci nebo psychoterapii řízenou tímto směrem nebo i osoby onkologicky nemocné. Uznání smrti dodává životu pocit hloubky, přináší zásadní posun životní perspektivy a může člověka přenést do autentičtějšího způsobu žití (Yalom, 2006).

1.2 Modely lidské psychiky

1.2.1 Vědomí

Existence vědomí je jednou z nejobtížnějších vědeckých kategorií. Plháková (2007, s. 55) uvádí, že *„nic neznáme tak důvěrně jako vědomou zkušenost, ale nic není obtížnější vysvětlit“*. Vědomí má v psychologii, filosofii a dalších vědách řadu různých významů. Zakladatel vědecké psychologie Wilhelm Wundt vědomí definuje jako všeobecné spojení duševních zážitků (Hartl, 2000). William James tuto definici rozšiřuje a pod pojmem vědomí si představuje spojitý proud psychických zážitků, v němž nedochází k žádným ostrým přerušením vyjma spánku (Plháková, 2007).

Pro účely této práce budeme brát v úvahu definici, která vědomí popisuje jako skutečnost, kdy je subjekt při vědomí, tzn. v bdělém stavu (Říčan, 2005). V souvislosti s bdělostí je zapotřebí počítat s určitou stupnicí. Na nejnižším bodě této stupnice je hluboké bezvědomí – kóma, naopak na nejvyšším bodě maximální bdělost, kdy jsou všechny smysly napjaté. Podle Říčana (2005) se tato maximální bdělost vyskytuje právě u osob při mimořádném stavu vědomí. Mezi výše uvedené krajnosti pak můžeme zařadit spánek o různé hloubce, stav ospalosti popř. únavy a běžný stupeň bdělosti, v němž se člověk převážnou většinu dne nachází (Říčan, 2005). Jde o nejrespektovanější stav v naší kultuře, což se projevuje tím, že bývá označován také jako stav normální (Plháková, 2007).

1.2.2 Nevědomí

Řada psychologických teorií vychází z předpokladu, že kromě vědomí existuje ještě další oblast lidské psychiky, která bývá označována jako nevědomí. Plhálková (2007, str. 71) definuje nevědomí jako *„souhrn psychických obsahů a procesů, které probíhají mimo vědomí, ale přesto mohou ovlivňovat chování a prožívání“*. Zkoumání nevědomých oblastí lidské psychiky je doménou především hlubinné psychologie (Plháková, 2007).

Podle Freuda obsahuje systém nevědomí kromě sexuálního pudu, který je považován za zdroj veškeré psychické energie, také zraňující, traumatické vzpomínky. Ty do nevědomí byly odsunuty na základě působení obranných mechanismů umístěných v tzv. předvědomí. Pudová přání a vytěsněné vzpomínky pak nemají přímý přístup do vědomí, protože by mohly vyvolat u člověka anxiózní stavy. Někdy do něj však mohou vstoupit ve skryté nebo symbolické podobě (Plháková, 2007). Také zakladatel analytické psychologie C. G. Jung vychází ve svých teoriích z existence nevědomí, nicméně jeho pojetí je odlišné od toho Freudova. Jak je uvedeno výše, podle Freuda je nevědomí něčím, co vzniká teprve skrze individuální bytí a vědomí. Avšak podle Junga je nevědomí vždycky dříve, protože se jedná o děděnou funkční pohotovost. Vědomí je podle něj později narozeným potomkem nevědomí (Jung, 1994). Jung rozdělil nevědomí do dvou oblastí. První z nich je povrchnější osobní nevědomí, které je totožné s Freudovou představou vytěsněných vzpomínek. Druhou, hlubší oblastí je kolektivní nevědomí, které je vrozené a zděděné (Jung, 1993). Obsahem kolektivního nevědomí jsou tzv. archetypy, které Jung považoval za orgány duše. Jejich úlohou je vytvářet analogické představy vázající na sebe energii, díky které přitahují vyhovující obsahy vědomí (Puškárová, 1994). Kdybychom se pokusili nevědomí podle Junga (Jung, 1994, str. 20) personifikovat, *"pak by to byl kolektivní člověk mimo pohlavní zvláštnosti, mimo mládí a stáří, mimo zrození a smrt a disponoval by nesmrtelnou lidskou zkušeností přibližně jednoho až dvou milionů let."* Jung rozlišil i dvě formy lidského myšlení. První je myšlení vědomé a řízené, to druhé myšlení prostřednictvím obrazů ve snech, vizích apod., které nazývá nevědomým a spontánním (Puškárová, 1994).

Z Jungova pojetí nevědomí vychází i tzv. Washburnův model psychiky. Tento model zkoumá vývoj lidské psychiky jako dialektickou dynamiku mezi dvěma póly - prapůvodním zdrojem tzv. univerzálním polem vědomí a pólem Ega. Život člověka začíná v jednotě s univerzálním polem vědomí. Jak se dítě postupně vyvíjí, izoluje z tohoto univerzálního pole uvědomování sebe sama – vzniká Ego. Vývoj tedy dále pokračuje k oddělení obou pólů psychiky. Pól Ega vnímá postupně sebe sama jako jediného pána psychického života zatímco pól univerzálního pole vědomí je postupně

odcizen vědomí. V průběhu života dospělého člověka pak může následovat fáze tzv. přesahu Ega - opětovné propojení s univerzálním polem vědomí - kterou Washburn nazývá seberealizací. Tato regrese zpět, kdy Ego nachází své kořeny v univerzálním poli vědomí, znamená podřízení se duchovní perspektivě, transcendenci (Vančura, 2002).

1.2.3 Newtonovsko-karteziánský model

Tradiční fyzika před příchodem Einsteinových teorií byla založena na neotřesitelném přesvědčení, že svět je pouze materiální povahy a je sestaven ze základních stavebních jednotek neboli atomů, které jsou pevné a nezničitelné. Atomy se podle jistých daných zákonů pohybují v trojrozměrném prostoru a čase, o němž se tvrdilo, že může plynout pouze z minulosti přes současnost do budoucnosti. Newtonovská fyzika byla velmi úspěšnou myšlenkovou silou vědeckotechnických revolucí. Stala se vzorem pro vědecké snahy i v jiných oblastech a její popis materiálního světa se stal povinným základem chápání všech přírodních jevů, včetně vědomí a samotných lidí. Newtonovský světonázor chápe život, vědomí a inteligenci jako náhodný vedlejší produkt hmoty (Grof, Grofová, 1999).

Podle Grofa (2009) jsou lidské bytosti na základě newtonovské vědy chápány jako materiální objekty nebo ještě přesněji jako vysoce vyvinutí živočichové a myslící biologické stroje. Vědomí je považováno za produkt fyziologických procesů v mozku a jako takové je tedy závislé na těle. Tělesná smrt, přesněji řečeno smrt mozku, je pak chápána jako absolutní konec jakékoliv formy vědomí. Duševní aktivita během života jedince je založena na informacích shromažďovaných smyslovými orgány a uchovávaných v centrální nervové soustavě (Grof, Grofová, 1999).

Paralelně k newtonovskému chápání světa a lidské bytosti se objevil myšlenkový proud navazující na starořecký dualismus, který chápal lidskou bytost jako něco více než je biologický stroj. V západní filosofické tradici tomu byla dána určitá forma René Descartem tím, co dnes nazýváme karteziánským dualismem (Blackmore, 1993). Descartes rozlišoval dvě zásadně rozdílné substance, a to ducha, jehož základní

vlastností je myšlení a hmotu, jejímž atributem je rozlehlost. Lidskou duši považoval Descartes za nehmotnou a nesmrtelnou substanci, která se projevuje především ve vědomí subjektu jako tzv. myslící substance. Tělo je naproti tomu součástí hmotné substance, které funguje na základě mechanických principů. Nakonec dospěl k závěru, že se duše a tělo vzájemně ovlivňují. Za orgán, který zprostředkovává vzájemné kontakty duše a těla, považoval epifýzu, a to proto, že je to nepárový orgán uložený hluboko v mozku (Plháková, 2006). Postupem času tedy i Descartes pod sílícím tlakem mechanistického pojetí světa připustil, že i lidské tělo je stroj. Náboženství a věda si tak v tuto chvíli rozdělili práci. Věda získala svobodu a naprostou nezávislost na náboženství. Vědci studovali vesmír, teologové se věnovali nesmrtelnosti duše člověka. Z hlediska vědy se tak říše ducha postupně zmenšovala, až téměř úplně vymizela (Bohm, 1992).

Z tohoto modelu z velké části vychází i současná akademická psychiatrie, psychologie a psychoterapie. Ta zpravidla bere v úvahu pro svoji praxi pouze biografickou oblast vědomí a individuální nevědomí, jak jej popsal Sigmund Freud (Grof, 2007). Materialistická psychologie se pokouší vysvětlovat jako produkty materiálních procesů v mozku i takové jevy jako jsou lidská inteligence, umění, náboženství a spiritualita, etika i věda sama. Podle Grofa (1993b) je velmi nízká pravděpodobnost toho, že by se lidská inteligence z nejjednodušších chemických sloučenin v oceánu vyvinula do dnešní podoby pouhou posloupností náhodných procesů.

1.2.4 Transpersonální model

Abychom porozuměli veškerým jevům vyskytujícím se během mimořádných stavů vědomí, bude zapotřebí rozšířit tradiční model lidské psychiky. Nová rozšířená mapa lidského vědomí, se kterou přichází Grof (1993a), zahrnuje kromě postnatální biografické úrovně také dvě další: *perinatální oblast*, která souvisí s traumatem biologického narození a *transpersonální oblast*. Perinatální a transpersonální jevy byly

zaznamenávány po celou dobu lidstva a je možné se o nich dočíst v náboženské a mystické literatuře z různých koutů světa (Grof, 2007).

Perinatální oblast psychiky obsahuje kombinaci témat vztahující se k narození a smrti. Akademická věda odmítá, že by měl porod významný psychotraumatický dopad na jedince, protože se neukládá do jeho paměti. Hlavní proud soudobé psychologie přijímá názor, že dítě je *tabula rasa* a vývoj dítěte je výhradně určen posloupností jeho zkušeností (Grof, 1993b). Několik škol experimentální psychologie však nashromáždilo důkazy o tom, že porod je nejdůležitější a nejpronikavější trauma a vzpomínky na něj jsou důležitým zdrojem strachu ze smrti. To vysvětluje, proč nás opětovné prožití porodu skrze proces smrti a znovuzrození od něho může osvobodit (Grof, 2006). Celý tento materiál se objevuje ve čtyřech vzorech, které Grof (1993a) nazývá bazální perinatální matrice (BPM) a odpovídají jednotlivým fázím průběhu porodu. Spektrum perinatálních zkušeností však není omezeno jen na prožitky spojené s porodem. Perinatální psychika je zároveň důležitou branou do transpersonální oblasti psychiky. Zdá se, že osobní identifikace s plodem, které má právě projít porodním kanálem, otevírá cestu k zážitkům lidí z jiných dob a z jiných kultur. Tato oblast podle Grofa (1992) pravděpodobně úzce souvisí s koncepcí kolektivního nevědomí, kterou formuloval C. G. Jung.

Termín transpersonální znamená doslova překračující jednotlivce, jeho soukromou, individuální existenci, psychiku a vědomí. K zážitkům vyvěrajícím na této úrovni patří překonání hranic Ega a hranic vymezených třírozměrným prostorem a lineárním časem, které limitují naše vnímání v běžném stavu vědomí (Grof, 1992). V běžném bdělém stavu se prožíváme jako bytosti existující v rámci hranic fyzického těla a naše vnímání prostředí je determinováno dosahem našich smyslů. Za normálního vědomí plně prožíváme přítomnou situaci, na minulé události si vzpomínáme a budoucí si představujeme. V transpersonálních zážitcích je jedno nebo více z těchto omezení překročeno (Grof, 1993b).

Za transpersonální jevy považujeme např. dramatické prožitky smrti a znovuzrození, mytologické a archetypální fenomény, inkarnační vzpomínky, zážitky vnímání sebe sama mimo tělo, dále výskyt synchronicit a mimosmyslového vnímání,

stavy mystického sjednocení nebo identifikace s kosmickým vědomím a další (Vančura, 2002). Podle Grofa (1993b) právě ti, kteří dokončí symbolický proces smrti a znovuzrození, se spojí se spirituálními zdroji a uvědomí si, že materialistický světový názor má své kořeny ve strachu ze smrti.

Zážitky z transpersonální oblasti mají mnoho zvláštních charakteristik, které otřásají základními předpoklady newtonovsko-karteziánského paradigmatu. Tato rozšířená kartografie nevědomí je kriticky důležitá pro každý vážný přístup k takovým jevům, jakými jsou mimořádné stavy vědomí (Grof, 1993b).

1.3 Mimořádné stavy vědomí

1.3.1 Definice mimořádných stavů vědomí

Některé stavy vědomí, které se liší od normálního bdělého stavu, jsou považovány za poruchové. Patří k nim delirantní stavy nebo stavy, kdy se subjekt špatně orientuje v čase a prostoru, je narušena jeho osobní identita nebo se u něj vyskytují halucinace či bludy. Můžeme se ale také setkat se stavy vědomí, které se liší od normálního bdělého stavu, nicméně nemusejí být nutně patologické (Plháková, 2007). V současné době jsou takové stavy předmětem studia zejména transpersonální psychologie, parapsychologie a v souvislosti s prožitky blízkosti smrti pak také thanatologie. Terminologie v této oblasti není prozatím plně jednotná. Původně používaný termín změněné stavy vědomí byl opuštěn a jako předmět svého studia dnes transpersonální psychologové uvádějí stavy rozšířeného nebo zesíleného vědomí, stavy mimořádného vědomí (Plháková, 2006), popř. také holotropní stavy vědomí (Říčan, 2005).

Mimořádné stavy vědomí můžeme považovat za zastřešující pojem, pod který řadíme množství fenoménů od transpersonálních zážitků až po organické psychotické příznaky. Vančura (2002) uvádí pro snadnější porozumění deset faktorů na základě Ludowigovy studie (1969), které jsou typické pro mimořádné stavy vědomí. Jsou to:

- změny v myšlení
- změna časového prožívání
- ztráta pocitu kontroly
- změny ve vyjadřování emocí
- změny v obrazu těla
- změny v percepci
- posun ve vnímání významu a významnosti
- zážitek nesdělitelnosti někomu, kdo neměl podobnou zkušenost
- pocit, jako bychom se znovu narodili
- hypersugestibilita

(Vančura, 2002, s. 333).

Zážitek spojený s mimořádným vnímáním může být doprovázen hlubokým metafyzickým strachem, protože znamená zpochybnění a těžké narušení názoru na svět, který podle západní kultury má mít zdravý jedinec (Grof, 1993a). Jak je uvedeno výše, jednou ze základních charakteristik všech mimořádných stavů vědomí je ztížená interpretace prožitku. Potíže s vyjádřením pramení z toho, že veškerá sdělení takových stavů musíme vyjádřit v termínech, které máme k dispozici v rámci normálního, běžného vědomí. K tomu, abychom toto radikální mystérium dokázali pochopit, ho musíme podle některých autorů nejprve sami prožít (Ball, 2009).

Odkud vlastně pramení mimořádné stavy vědomí a jaká je jejich podstata? Někteří autoři uvádějí, že stavy rozšířeného vědomí vznikají na základě aktivace různě hlubokých vrstev nevědomí, které jsou za normálních okolností zážitkově nedostupné. Jiní autoři předpokládají, že tyto stavy vědomí pramení spíše z vnějšího zdroje a že zachycují jakýsi transempirický aspekt okolního světa, který si za běžných okolností nejsme schopni uvědomit (Plháková, 2006). Uvažuje se o existenci kosmického vědomí či sdíleného mentálního pole, nabytého vibracemi psychických zážitků (Grof, 2007). Dnešní psychiatrie tyto numinózní prožitky spíše podceňuje a zároveň patologizuje. Patologizací mimořádných stavů vědomí se pak podle některých autorů vytvořil zkreslený model lidské psychiky (Grof, 1993a). Politická i vědecká nechuť k výzkumu mimořádných stavů vědomí v současné době odsouvá toto snažení na druhou kolej. Těžkou ránu zasadila transpersonální psychologii *Americká psychologická asociace* (American Psychological Association - APA), která ji přestala uznávat jako tzv. „evidence based“ odvětví psychologie, tudíž nelze na výzkum získat žádné finanční prostředky (Plháková, 2006).

V mnohých kulturách byly vyvinuty a stále ještě jsou praktikovány složité rituály a cvičení, jejichž smyslem bylo a je povzbuzení a dosažení spirituálního růstu. Projevy mimořádných stavů vědomí tedy mohou reprezentovat, v rámci naší kultury, naši vnitřní touhu po přesahování sebe sama. Vančura (2002) se domnívá, že touha po uspokojení duchovního nasycení může být dokonce jednou z našich základních lidských potřeb. I podle Schermera (2007) je zkušenost překračující každodenní realitu vlastní

lidské povaze a dodává (Schermer, 2007, s. 32): *„Potřebujeme spiritualitu stejně jako potravu, sex a další nezbytné biochemické zdroje uspokojení“*.

1.3.2 Prožitek blízkosti smrti (NDE)

Klinická smrt, jak bylo definováno v kapitole *1.1.2 Smrt a umírání v postmoderní době* je z lékařského hlediska charakterizována zástavou dechu a srdeční činnosti. Díky včasnému zahájení oživovacích pokusů mohou být někteří jedinci úspěšně navráceni zpět do života. Výzkumy z této oblasti dokazují, že přibližně 20 % lidí, kteří jsou úspěšně resuscitováni, se vracejí do života s určitým příběhem, zážitkem mimořádného stavu vědomí (Kupka, 2008). Doktor Raymond Moody, který fenomén NDE (z angl. near-death experience) v 70. letech zpopularizoval literárním bestsellerem *Život po životě*, ve své knize uvádí, že NDE je možné definovat jako událost, při níž nějaká osoba málem zemřela a došla k této krajnosti tak blízko, že byla prohlášena za mrtvou v klinickém smyslu, avšak přežila a nadále přetrvává ve své fyzické existenci (Moody, 2010).

Většina autorů poukazuje na jistou univerzalitu těchto prožitků. Předsmrtné prožitky jsou univerzální ze dvou hledisek. Něco podobného, co dnes označujeme pojmem předsmrtný prožitek, již popisovali dospělí i děti před mnoha staletími a v různých kulturách (Blackmore, 1993). Za druhé, i přes rozdílné okolnosti, za kterých se lidé dostávají do blízkosti smrti, a navzdory odlišným osobnostním povahám, zůstává pravdou, že všechny popisy NDE jsou si navzájem velmi podobné (Moody, 2010). Podoba mezi jednotlivými prožitky je opravdu tak velká, že Moody (2010) z nich vybral 15 samostatných znaků, které se opakují ve všech případech, se kterými se během svého výzkumu setkal: *nevyjádřitelnost prožitku, slyšet o své smrti, pocit míru a klidu, zvukové vjemy, tmavý tunel, výstup z těla, setkání s ostatními, světelná bytost, ohlédnutí, hranice nebo mez, návrat, jak to říci ostatním, působení prožitku na další život, jiný pohled na smrt, ověření*. Jinou kategorizaci NDE vytvořil další z badatelů v oblasti předsmrtných prožitků americký psycholog Kenneth Ring. Ten na místo Moodyho 15ti rysů uvádí pouze 5 základních: *pocit klidu a míru, odloučení od vlastní*

fyzické schránky, obklopení tmou, přiblížení se světla, vstoupení do světla (Blackmore, 1993). V současné době není mnoho nástrojů pro systematický popis a kategorizaci prožitků. Další a dnes pravděpodobně nejčastěji používaná je Greysonova škála NDE (Greyson NDE scale), díky které se dá při výzkumu NDE uvažovat i o hloubce zážitků a také je odlišit od jiných podobných stavů vědomí (Krajča, 2011). Krajča (2011) upozorňuje na skutečnost, že je velký rozdíl mezi tím, když někdo označí svůj zážitek za NDE a tím, jak je tento jev definován odborníky. Popis jednotlivých znaků NDE je velmi obsáhlý a přesáhl by svým rozsahem možnosti této práce, proto pro ilustraci přikládám zkrácený teoretický vzorec úplného prožitku (viz. *příloha č. 1*) tak, jak jej popsal Moody (2010).

Přesto je důležité pozastavit se alespoň u jednoho prvku NDE, který se vyskytuje u lidí i spontánně, bez přímé vazby na NDE. Jedná se o tzv. mimotělesnou zkušenost (angl. out of body experience; OBE). Mimo NDE se s tímto jevem můžeme setkat u fenoménů jakými jsou např. mimosmyslové vnímání, prožitková psychoterapie, psychospirituální krize, astrální projekce nebo meditace. V praxi se může jednat o izolovanou epizodu nebo o plejádu událostí, které lze dát do souvislosti s výše popsanými situacemi (Kupka, 2008). Zážitek mimotělní existence může být stručně definován jako krátký neobvyklý stav, v jehož průběhu vnímá subjekt své tělo a okolí ze vzdálené vnější pozice – většinou z výšky. Takovéto zážitky bývají subjektivně velmi přesvědčivé a následná reflexe může vést až ke změně pohledu na svět. Pro většinu osob s přímou zkušeností OBE je velmi obtížné nestát se dualistou (Cagaš, Čavnická, 2005; Davies, 2005). Podle Blackmore (1993) existuje spousta důkazů potvrzujících, že asi 15 – 20 % lidské populace během života prožilo jev pobytu mimo své tělo. Petr Cagaš a Martina Čavnická (2005) uvádí řadu studií, jež tuto teorii potvrzují a dokazují tak, že OBE je překvapivě vcelku frekventovaný jev. Uvádějí antropologické studie, které naznačují, že OBE je všelidským fenoménem, který je znám většině nezápadních kultur. Podle výzkumu Kübler-Ross (2003) mají podobné prožitky také děti. Autorka uvádí, že čím je dítě mladší, tím snazší je pro něj prostě „vyklouznout ze své kukly“.

Pokud se budeme snažit o interpretaci vzniku NDE, je důležité zachovat si určitý nadhled. Zkušenosti blízké smrti se dají vykládat na základě fyziologických či

biochemických změn během hlubokého kómatu. Během předsmrtného prožitku jsou část limbického systému a spánkový lalok zaplaveny endorfiny, které pravděpodobně vyvolají nestabilní aktivitu – stejně jako v případě epileptických záchvatů (Blackmore, 1993). Jiné hypotézy z oblasti organického vysvětlovaní NDE považují prožitky blízkosti smrti za následek vzniku cerebrální anoxie (Soudková, 1999). Podle Grofa (2006) byly pokusy o vysvětlení NDE z hlediska biologie prozatím neúspěšné stejně tak jako snaha vyložit fenomén jako odraz náboženské víry nebo kulturních podmínek. Naopak byla pozorována velká podobnost mezi NDE a psychedelickými zkušenostmi, zvláště těmi z perinatální oblasti. Klienti, kteří zakusili obojí zkušenost, potvrdili, že se navzájem velice podobají a psychedelickou zkušenost označili za neocenitelnou přípravu k umírání (Grof, 2006). Na druhou stranu tato podobnost může podporovat chemický výklad vzniku NDE. Někteří vědci argumentují, že celá oblast předsmrtných prožitků je pouze série halucinací, vyvolaná psychoaktivními látkami (Blackmore, 1993). Například intoxikace ketaminem za jistých podmínek dokáže reprodukovat všechny zmíněné projevy NDE (Jansen, 2004). Pokud by tomu bylo skutečně tak, mohli bychom očekávat, že nejhlubší a nejživější prožitky mají lidé, kteří jsou v daném okamžiku pod vlivem psychoaktivních látek. Ve skutečnosti tomu tak ale není. Greyson a Stevenson (1980) dokazují, že předsmrtné prožitky u osob, které nebyli pod vlivem drog, se mnohem více odchylují od normálního stavu vědomí než prožitky u lidí, kteří podléhali intoxikaci. Další studie toto potvrzují a jdou ještě dál, když uvádějí, že intoxikace v okamžiku, kdy se blíží smrt, reálně snižuje šance na vnímání předsmrtných prožitků. Badatelé v této oblasti se domnívají, že drogy mění předsmrtné prožitky tak, že mají spíše depersonalizační rysy (Blackmore, 1993). Depersonalizační syndrom je součástí většiny psychologických hypotéz, jež se snaží o vysvětlení NDE. Tento syndrom dovoluje člověku chránit se proti přibližující se smrti vyloučením reality. Charakteristické elementy depersonalizace v průběhu extrémního nebezpečí zahrnují jevy jako je pocit nezúčastněnosti, klidu a rozvahy, změny vnímání času, jakož i vynoření vzpomínek, které mohou nabýt formy panoramatické paměti (Soudková, 1999). Další psychologické teorie uvažují o NDE jako o pudově funkčním přizpůsobení organismu na blížící se moment zániku, což v dané chvíli umožňují např. příjemné

pocity blaha. Někteří autoři využívají koncepci popírání faktů jako vysvětlení pro veškeré jevy typu NDE a OBE. Staví na skutečnosti, že naše společnost se smrti všemožně vyhýbá, a dokládají tak, že odloučení od fyzického těla je pouze jiným mechanismem popírání vlastní smrti. Uvádějí (Blackmore, 1993, s. 70), že *„jevy opuštění vlastní tělesné schránky jsou pouhými obrannými mechanismy proti strachu ze smrti"*. Další psychologickou teorií je ta, která v NDE spatřuje zrcadlení našich nejhlouběji uložených vzpomínek na vlastní zrození (Krajča, 2011). Možná je také interpretace prožitků blízkosti smrti na základě archetypu, univerzální zkušenosti uložené v nevědomí každého z nás (Soudková, 1999).

Vyrovnávání se s takovými prožitky může klást velké nároky na psychiku jedince. Není proto snadné sdílet svůj zážitek se zdravotnickým personálem nebo se svým nejbližším okolím. V tomto směru se jako vhodná pomoc ukazuje možnost sdílení s někým, komu se může osoba svěřit bez obav z toho, že bude kritizována a že bude zpochybňováno její duševní zdraví. NDE v životě člověka představuje velmi osobní a intimní zkušenost (Krajča, 2011).

1.3.3 Prožitkové sebezkoumání

Prožitkové sebezkoumání jak psychedelické, tak formou holotropního dýchání, vzniklo z klinické práce s psychiatrickými klienty a z úsilí nalézt účinnější způsoby, jak jim pomoci. Prvním a samozřejmým důvodem pro prožitkové sebezkoumání je nabídnout účinnější alternativu ke konvenční terapii, která je časově i finančně náročná. Transpersonální psychologové se domnívají, že prožitkové formy psychoterapie mají schopnost odstraňovat psychologické odpory a uvolňovat obranné mechanismy mnohem účinněji než přístupy, které se omezují pouze na verbální kontakt s klientem. Praxe ukázala, že kořeny mnoha emočních a psychosomatických potíží nejsou jen v biografické rovině, ale také v rovině perinatální a transpersonální. Cílem prožitkové psychoterapie není jen vrátit člověka zbaveného symptomů do života s původním světovým názorem, životním stylem a systémem hodnot. Léčebný proces zde přináší i hlubokou transformaci osobnosti, která významně mění většinu oblastí života včetně

přístupu ke smrti a umírání. Hloubková prožitková terapie se v určité fázi spontánně přemění na vážné přemítání o nejzákladnějších otázkách existence. Pokud tento proces nastane, je časově neomezený a duchovní hledání se stane novou a důležitou součástí života (Grof, 1993a).

1.3.3.1 Psychedelické látky

Termín „psychedelický“ poprvé navrhl v roce 1957 ve své výzkumné práci britský psychiatr zabývající se LSD Humphrey Osmond (Dyck, 2008). V překladu tento termín doslova znamená „odhalující psyché“ (Grof, 1993a). Dějiny užívání rostlin, hub a živočišných látek lidmi kvůli jejich psychedelickému působení jsou delší než písemně zaznamenaná historie. Neustále narůstá počet důkazů o tom, že mnoho starých kultur používalo psychedelické látky kvůli jejich účinkům na lidské vědomí (Strassman, 2005). Zlatá éra v historii psychedelik začala v dubnu 1942, kdy švýcarský chemik Albert Hofmann šťastnou náhodou objevil výjimečné psychoaktivní vlastnosti nepatrných dávek dietylamidu kyseliny lysergové (LSD). Tento nový polysyntetický námelový derivát, účinný v neuvěřitelně malých množstvích miliontin gramu, se přes noc stal ve vědeckém světě senzací. Výzkum inspirovaný Hofmannovým objevem se neomezil jen na LSD, ale vedl také k oživení zájmu o dříve známé psychedelické rostliny a látky a přinesl záplavu nových informací o nich (Grof, 1993a).

Komplikace ve výzkumu se začaly objevovat následně v průběhu 60. let, kdy uniklo LSD z výzkumných laboratoří (Strassman, 2005). Hovořilo se o profesoru Timothym Learym, který opustil principy vědeckého výzkumu na Harvardské univerzitě. Ten věřil, že budou-li lidé užívat LSD, stanou se na základě prožitků z intoxikace lepšími a považoval LSD za univerzální „všelék“ společnosti. Bohužel ve své zaujatosti a pod vlivem tehdejšího až bezmezného obdivu k této látce zcela přehlédl nebezpečí, které s sebou nese svévolné a nadměrné užívání LSD (Miovský, 1996). Zprávy z pohotovostních stanic o sebevraždách, vraždách, novorozencích s vadami a poškozenými chromozomy plnily média. Média přeháněla a začala připisovat psychedelickým látkám negativní fyzické a psychické účinky. Jako odpověď na

všeobecný strach z nekontrolovaného užívání psychedelik, zejména pak LSD, americký Kongres v roce 1970 schválil zákon, který postavil LSD a další psychedelika mimo zákon. Vláda nařídila vědcům, aby tyto ilegální látky vrátili a pozastavila finanční prostředky na podporu výzkumu. S novým protidrogovým zákonem, který postupně přejaly i další země včetně těch evropských, zájem o výzkum účinků psychedelik opadl stejně rychle, jako začal. Právě proto zůstaly látky měnící vědomí ve své podstatě neprobádány (Strassman, 2005). Možnosti, jak užívat psychedelika v nevýzkumných podmínkách, u moderních lidí Západu ale nepřestávají narůstat. Mnoho lidí je bere v soukromí, s nejbližšími přáteli, nebo se užívají na velkých shromážděních pod širým nebem. Z terapeutů používá psychedelika jen malý počet osob, ať už jde o individuální nebo skupinovou terapii. Ve všech těchto případech je však ilegalita užívání velkou překážkou (Strassman, 2005). Na tomto místě je také třeba zmínit fakt, že nekontrolované užívání psychedelických látek, které nerespektuje dobrý set a setting, tedy soubor faktorů, zahrnujících přiměřenou přípravu a očekávání na straně jedince a přípravu bezpečného prostředí, může nabýt formu spouštěče psychotického onemocnění nebo vyústit do psychospirituální krize. Osoby experimentující s těmito látkami by měly mít na paměti, že set a setting jsou podstatnou součástí každé situace vstupu do mimořádného stavu vědomí a že jakýmikoli odchylkami mohou být vyvolány konsekvence, které nelze předem odhadnout (Vančura, 2002).

Existují dvě hlavní chemické skupiny psychedelických látek: fenetylaminy a tryptaminy. Nejznámějším zástupcem fenetylaminů je meskalin, který pochází z kaktusu peyotl rostoucího na jihozápadě Ameriky. Dalším slavným fenetylaminem je např. MDMA neboli „extáze“. Tryptamin je odvozen od tryptofanu, aminokyseliny přítomné v naší potravě. Do této skupiny psychedelik řadíme DMT, LSD, psilocybin a ibogain. Látky jiných chemických skupin mohou být také psychedelické, ale jen v úzkém spektru dávek. Například sloučeniny obsažené v rulíkovitých rostlinách (durman), vyvolávají halucinace a mění myšlení. Často se upozorňuje na jedovatost, která může v důsledku způsobit i smrt. Psychedelické látky ale fatální nebývají. Látky jako ketamin a fencyklidin (PCP neboli „andělský prach“) také vyvolávají psychedelické stavy. Nejdříve se ovšem používali jako anestetikum a při vysoké dávce

tak vedou až k bezvědomí. Psychedelické látky jako LSD nebo meskalin obecně anestézii nevyvolávají (Strassman, 2005).

Kromě chemické struktury mají psychedelika také specifické účinky. A zde se dostáváme od chemie k farmakologii, tedy vědě o působení látek na lidský organismus. První farmakologické experimenty na lidech a zvířatech naznačily, že psychedelika mají primární vliv na fungování serotoninu v mozku (Strassman, 2005). Serotonin (5-HT) je neurotransmiter se zásadním vlivem na emotivitu člověka (Hynie, 2001). Strassman (2005) předpokládá, že některá psychedelika mají v některých případech stejný účinek jako serotonin, a v jiných případech ho blokují.

Pokud budeme tuto skupinu látek analyzovat v souladu s odbornou adiktologickou literaturou a platnou mezinárodní klasifikací nemocí, pak jsme nuceni používat termín halucinogeny (Kalina, 2008). Halucinogeny jsou definovány jako látky, které u člověka mohou vyvolat výrazné změny či poruchy vnímání, emocí, prožívání a následně chování. Velice často bývají postiženy oblasti myšlení, fantazie a pozornosti (Miovský, 1996). Zmíněné změny nálady mohou být od euforie, pro kterou jsou tyto látky také zneužívány, až po pocity deprese a strachu. Často jsou halucinogeny také definovány jako látky, které vyvolávají přechodné psychotické stavy podobné těm, které se vyskytují u různých psychotických poruch (Hyne, 2001). Avšak podle Balla (2009) je interpretace většiny těchto látek jakožto halucinogenů nesprávná a zavádějící: *„Je pravda, že pod vlivem psychedelik můžeme spatřit fantastické obrazy a zažít podivné smyslové vjemy, ale označit je za halucinace není užitečné, uvážíme-li spirituální vlastnosti této zkušenosti“* (Ball, 2009, s. 48). S tímto tvrzením souhlasí i další výzkumníci, podle kterých nevytvářejí LSD a další podobné látky žádné psychologické obsahy pomocí svých farmakologických účinků. Je lépe chápat je jako nespecifické katalyzátory aktivující nevědomí a usnadňující projev dříve neuvědomělých obsahů (Grof, Grofová, 1999). Psychologická změna, ke které v souvislosti s užitím psychedelické látky dojde, bývá spojována s obrácením pozornosti z vnějšího do vlastního vnitřního světa. S intenzivním prožitkem dochází k tomu, že se lidé stávají méně zranitelnými nepříznivými faktory všedního života a dochází ke snížení existenciální úzkosti (Furst, 1996).

1.3.3.2 Psychedelická terapie

Množství badatelů po celém světě podalo velké množství dávek psychedelických látek zdravým dobrovolníkům i psychiatrickým klientům. Po více než dvě desetiletí bylo toto úsilí podporováno vládami i privátními sektory. Mnoho vědeckých publikací prohlašovalo, že normální psychoterapie vedená formou rozhovoru by mohla být mnohem účinnější, kdyby se konala pod vlivem psychedelických látek. Mnoho vědeckých článků popisovalo pozoruhodné úspěchy v léčbě dosud neléčitelných klientů, kteří trpěli obsedantně-kompulzivní poruchou, posttraumatickým stresem, poruchami příjmu potravy, úzkostí, depresemi nebo závislostmi (Strassman, 2005). Na počátku 60. let se také objevila nová, velmi zajímavá oblast pro využití psychedelické péče o pacienty v posledních stadiích rakoviny a pacienty trpící jinými nevyléčitelnými nemocemi. Studie těchto umírajících naznačily, že nový přístup umožňuje nejen zmírnit emocionální utrpení a přinést úlevu od silné fyzické bolesti při rakovině, ale také dramaticky změnit chápáni smrti a postoj k umírání (Grof, 1993a).

Od psycholytické terapie, kde se využívá opakovaných intoxikací menšími dávkami psychedelických látek, se psychedelická terapie liší tím, že je postavena na jednorázové intoxikaci zpravidla velmi vysokou dávkou (Miovský, 1996). C. G. Jung (1993) vidí hlavní rozdíl v tom, že zatímco psycholytická terapie je užívána v duchu psychoanalytických metod do hlubin osobnosti, aby vytáhla na povrch světlo a „odžila“ stará traumata, je psychedelická terapie spíše psychoterapií „výšin“ a „vrcholných zážitků“.

Jak taková psychedelická terapie vlastně vypadá a jaké má zásady? Hlavním cílem psychedelické terapie je vytvořit pro klienty vhodné podmínky pro hluboké transformativní zážitky. U většiny klientů mají formu zážitků smrti ega a znovuzrození, které je obvykle následováno pocitem jednoty s vesmírem a dalšími transpersonálními jevy (Grof, 1993a). Proces psychedelického léčení tvoří tři samostatné, ale vzájemně související fáze. První z nich je přípravné období, které se skládá z několika rozhovorů bez použití psychedelické látky, při kterých je klient připravován na psychedelický

zážitek. Neméně důležitým úkolem je v této fázi vytvořit důvěrný vztah mezi terapeutem a klientem, který významnou měrou rozhoduje o průběhu i výsledku sezení. Druhou fází je samotné psychedelické sezení. Mělo by se konat v chráněném prostředí, kde klient není rušen vnějšími vlivy a kde má neomezenou svobodu projevu. Někteří autoři doporučují, aby se sezení odehrávalo v krásném přírodním prostředí, protože návrat k přírodě je jedním z důležitých aspektů psychedelického zážitku. Třetí fáze, práce po skončení sezení, obvykle obsahuje několik rozhovorů, ve kterých klient rozebírá svůj zážitek s terapeutem a snaží se najít způsob jeho integrace do běžného života. Dobrou alternativou je sdílení zážitků ve skupině tzv. sharing nebo umělecké vyjádření prožitku klientem (kreslení mandaly) (Grof, 1993a).

Grof (2001) poukazuje na nutnost hlubšího pochopení okolností psychedelické terapie a definuje základní 4 proměnné, které se odrážejí v průběhu každého psychedelického sezení a určují tak i jeho konečnou povahu: *samotný farmakologický účinek látky, set a setting, osobnost subjektu a osobnost terapeuta nebo průvodce*. Podle Miovského (1996) velké nebezpečí psychedelické terapie spočívá právě v tom, že při intoxikaci dochází k odstranění většiny obranných mechanismů osobnosti a dotyčná osoba se vidí ve své „psychologické nahotě“. Záleží tedy více méně na osobnosti terapeuta, zda výsledný pozitivní efekt psychedelického zážitku bude novým integračním prvkem osobnosti klienta a jakýmsi bodem nula, od něhož začne klient budovat znovu svoji existenci, či zda se tento zážitek stane pouze jednou z mnoha hezkých, ale zastřených vzpomínek bez dalšího významu pro budoucnost (Miovský, 1996).

Základní zásady psychedelické terapie se velmi podobají zásadám holotropní terapie, které se věnuji v níže uvedené kapitole. Tento fakt by neměl nikoho překvapit, protože holotropní dýchání je koncepčně a filosoficky přímo odvozeno od klinické práce s psychedelickými látkami (Grof, 1993a).

1.3.3.3 Holotropní terapie

Holotropní terapie představuje stejně jako terapie psychedelická důležitou a účinnou alternativu tradičních přístupů hlubinné psychologie. Slovo „holotropní“ doslova znamená zaměřený na celek nebo směřující k celistvosti. Základním filosofickým předpokladem této strategie je skutečnost, že průměrný člověk z našeho kulturního prostředí funguje způsobem, který je hluboko pod úrovní jeho skutečných schopností a možností. Hlavním cílem technik holotropní terapie je aktivace nevědomí, odblokování energetických vazeb emočních a psychosomatických symptomů. Tato aktivace je tak efektivní, že vede ke vzniku mimořádných stavů vědomí. Na rozdíl od psychedelické terapie, hlavním katalyzátorem není žádná záhadná psychoaktivní látka, ale ten nejpřirozenější fyziologický proces, jaký si lze vůbec představit – dýchání (Grof, Grofová, 1999).

Princip holotropní terapie je v západních zemích relativně nový, ale už po staletí či tisíciletí byl součástí šamanských praktik, domorodých léčivých obřadů nebo starověkých mystérií smrti a znovuzrození. Jaký je tedy princip holotropní terapie? Stanislav Grof spolu se svou ženou Christinou vypracovali na konci 80. let 20. století účinný nefarmakologický přístup, který nazvali holotropní dýchání. Jedná se o kombinaci řízeného dýchání, hudby a různých jiných forem zvukové techniky a cíleného uvolnění blokované tělesné energie (Grof, 1993a). Klient při holotropní terapii zaujímá pozici vleže se zavřenýma očima, soustředí se na dýchání a snaží se udržovat rychlejší a efektivnější formu dýchání než je zvyklý. Po uplynutí intervalu, jehož délka je individuální, se napětí v těle slučuje ve specifický vzorec svalového sevření. Při pokračování v dýchání mají tyto pocity tělesného sevření tendenci relaxovat a nikoli se nadále zesilovat. Klient nakonec dosáhne neobyčejně klidného a jasného stavu mysli, spojeného s vizemi světla a pocity lásky a sounáležitosti. Často je konečným výsledkem hluboký mystický stav, který může mít trvalý blahodárný vliv a osobní význam pro subjekt. Během hyperventilace klient může zažít znovuprožívání významných biografických událostí z dětství nebo pozdějšího života, mohou se dostavit konfrontace

s různými aspekty biologického porodu a celkem běžně se dostavují také různé fenomény ze spektra transpersonálních zážitků (Grof, 1993b).

Použití hyperventilace k vyvolání mimořádných stavů vědomí se v holotropní terapii spojuje s účinkem evokativní hudby. Stejně jako dýchání, tak i hudba nebo jiné zvukové prostředky se už po tisíciletí používají jako účinné nástroje měnící vědomí. Od nepaměti je monotónní bubnování, chřestění a zpěv základní pomůckou šamanů v mnoha různých částech světa. Zvuk má v šamanově zkušenosti klíčovou roli, protože slouží k řízení duchovní zkušenosti. Hudba má ve změněném stavu vědomí hlubokou odezvu a šamani své vědomí prostřednictvím práce se zvukem udržují ve změněné podobě (Ball, 2009). Obdobnou roli má i v prožitkovém sebezkoumání a plní několik dalších funkcí. Pomáhá mobilizovat staré emoce, umožňuje jejich vynoření a zevní vyjádření, posiluje a prohlubuje terapeutický proces a poskytuje smysluplný kontext pro zážitek. Hudba vytváří nosnou vlnu, která pomáhá proplouvat obtížnými fázemi sezení a překonávat psychické zábrany (Grof, 1993a). Poslední složkou holotropní terapie je cílená práce s tělem (bodywork). Ta se využívá jen v případech, kdy se ukáže, že je to zapotřebí. Bodywork se aplikuje zpravidla v závěrečných fázích sezení u těch účastníků, kteří pomocí dýchání a hudby nedosáhli úplného vymizení tenzí (Grof, 1993a).

Motivací lidí, kteří absolvovali semináře holotropní terapie na území České republiky, se zabývá ve své práci Svobodová (2010). Zatímco terapeuti udávali jako hlavní motivaci svých klientů touhu něco změnit ve své osobnosti nebo tendenci vyřešit prostřednictvím holotropního dýchání nějaký osobní problém či psychické obtíže, pro samotné klienty to byla spíše zvědavost, touha po sebepoznání a transpersonálním zážitku (Svobodová, 2010). Prožitky navozené holotropním dýcháním mají vysoce ozdravný účinek. Mnoho holotropních sezení vynáší na povrch obtížné emoce nebo nepříjemné tělesné pocity. Jenom jejich úplné vynoření pomůže jedinci, aby se osvobodil od jejich rušivých vlivů. Obecným pravidlem v holotropní praxi je, že k odstranění problému dojde tehdy, když se mu člověk postaví čelem a propracuje se jím. Jde o proces očištění a projasnění starých traumat, často otevírající cestu k velice radostným nebo dokonce extatickým a transcendentálním prožitkům a pocitům (Grof, Grofová, 1999).

1.3.4 Transformativní a léčebný potenciál mimořádných stavů vědomí

Autoři zabývající se zkušenostmi z mimořádných stavů vědomí uvádí nezanedbatelné změny, osobnostní proměny, které následují zpravidla ihned po takovém prožitku. Kde můžeme spatřovat původ těchto změn a jaké mechanismy tyto změny způsobují? Grof (1993a) vidí zdroj v symbolické rovině zážitku smrti vlastního já a následném znovuzrození nového já. Vypořádání se s otázkou smrti je podle něj nejdůležitější etapou transformačního procesu a integrální složkou většiny mimořádných stavů vědomí. To, co ve skutečnosti umírá, jsou staré způsoby života, které člověku brání v duchovním růstu (Grof, Grofová, 1999). Yalom (2008) také popisuje, že samotné uvědomění si smrti může posloužit jako okamžik probuzení, jako nesmírně užitečný zdroj zásadních životních změn. Ke stejnému závěru dochází i Blackmore (1993, str. 267): *„Možná se to zdá zvrácené, ale smrt našeho já může znamenat začátek hodnotného bytí, nikoliv jeho konec“*. Takže právě zde, v symbolické rovině smrti a následného znovuzrození, je možné spatřovat zdroj transformativního potenciálu mimořádných stavů vědomí? Podle Grofa (1993a) tyto zážitky přechází automaticky ve snahu najít odpovědi na základní duchovní a filosofické otázky vlastní existence. Člověk objeví nové důležité aspekty reality, které jsou transfenomenální, to znamená, že za normálních okolností nejsou dostupné našemu smyslovému vnímání. Změní-li se vědomí člověka určitým způsobem, a podle Grofa (1992) nezáleží na tom, zda k tomu dochází symbolicky při užití psychedelických látek, při holotropním dýchání, ve spontánních psychospirituálních krizích nebo v reálných situacích, např. při stavu klinické smrti, při porodu apod., některé z těchto skrytých stránek reality, které se projeví, jsou naprosto odlišné od světa, ve kterém žijeme a který vnímáme. To následně vede k hledání odpovědí na nové otázky.

Existují různá označení pro takový transformační proces, který je iniciován prožitkem mimořádného stavu vědomí. Miovský (1996) v souvislosti s LSD terapií srovnává princip této náhlé a hluboké restrukturalizace osobnosti s principem náboženských konverzí. Při těchto konverzích dochází ke změnám intelektového

náhledu, motivace, částečnému nebo úplnému opuštění starých hodnot a k přijetí hodnot nových. Blackmore (1993) a další badatelé tento proces změny, který může trvat ve své podstatě pouze několik sekund, označují také termínem *konverze*. Yalom (2008) konverzi označuje termínem *probouzející zážitek* nebo ji dokonce považuje za jistou formu terapie existenciálním šokem.

Hlavními osobnostními změnami, které se zpravidla připisují prožití mimořádných stavů vědomí, jsou vzrůstající zájem o spiritualitu, starosti o druhé, cenění si života a snížení strachu ze smrti, včetně nárůstu přesvědčení o životě po smrti, odmítání materialismu a kariérismu. Jde tedy vesměs o velmi pozitivně vnímané a oceňované hodnoty v naší společnosti. Důležitým faktorem u změny postojů, hodnot a přesvědčení je přitom jejich trvanlivost v čase (Krajča, 2007). Výše zmíněné změny v osobnosti člověka jsou také pozoruhodně podobné těm, které popsal americký psycholog Abraham Maslow v souvislosti s tzv. *vrcholnými prožitky*. Termín vrcholný prožitek používá Maslow k popsání zřídka se vyskytujících vzrušujících zážitků, které vedou k uvolňování lidského potenciálu, k uplatňování vlastních tendencí, a tím k procesu seberealizace (Soudková, 1999). Maslow (2000) stanovil na základě všeobecné shody ve výpovědích jeho klientů následující účinky vrcholných prožitků:

- vrcholné prožitky mohou mít terapeutické účinky, ve smyslu odstranění symptomu
- mohou v pozitivním směru změnit pohled člověka na sebe
- různými způsoby mohou změnit pohled na ostatní lidi a na vztahy k nim
- mohou změnit pohled na svět nebo na jeho aspekty či části
- mohou uvolnit tvořivost, spontánnost, expresivitu
- člověk si pamatuje takový zážitek jako velmi důležitou událost svého života a snaží se ho zopakovat
- člověk má tendenci cítit, že život je hodný žití a sebevražda či přání zemřít se stávají méně pravděpodobnými

(Maslow, 2000, s. 116).

Podstatné pro tuto výzkumnou práci jsou především osobnostní změny v oblasti snížení strachu ze smrti a umírání. Z klinického výzkumu psychedelické látky DMT,

který realizoval Rick Strassman v roce 1990 ve Spojených státech, předkládám některé výpovědi dobrovolníků, které se přímo týkaly oblasti smrti a umírání: *„DMT je o smrti a umírání a já jsem tento stav zakusila. Líbilo se mi to, opravdu. Už se smrti nebojím. Ne, že bych se na ní těšila, ale vím, jaké umírání je. Tím spíše přijímám život a těším se z něj.“* (Strassman, 2005, s. 288) nebo *„Díky DMT jsem dokázal čelit některým stránkám mého nevědomí, o kterých jsem neměl tušení, jako třeba strachu z umírání.“* (Strassman, 2005, s. 290). Moody (2010) shromáždil velké množství výpovědí, ve kterých jeho respondenti uvádí jiný pohled na smrt po zážitku NDE. Jeden z nich uvedl (Moody, 2010, s.81): *„Ne, nebojím se smrti. Ne že bych si ji přál nebo chtěl umřít hned. Nechci žít tam, na druhé straně, protože ještě musím žít tady. Ale nebojím se smrti, protože vím, kam odtud půjdu, protože jsem tam už byl.“* David Rosen, psychiatr ze San Francisca, pro změnu studoval sedm osob, které přežily sebevražedný skok z mostu Golden Gate. Zrekonstruoval jejich život a psychosomatický stav před pokusem, prozkoumal jejich motiv k sebevraždě a detailně prostudoval následné změny jejich osobnosti a životního stylu. U všech těchto osob zjistil hluboké změny, mezi které zařadil zlepšení emočního a psychosomatického stavu, aktivní radost ze života, objevení se spirituální dimenze bytí nebo posílení předchozího náboženského přesvědčení. Žádná osoba z těchto sedmi v době, kdy Rosen svoji práci sestavoval, nehodlala svůj pokus o sebevraždu zopakovat (Rosen, 1975). Jeden z nich vypověděl (Yalom, 2006, s. 44): *„Byl jsem naplněn novou nadějí a smyslem života. Je to mimo rámec chápání většiny lidí. Vážím si zázraku života – třeba se dívám, jak létají ptáci – všechno má větší smysl, když přijde na to, že byste to měli ztratit. Prožil jsem pocit jednoty se všemi věcmi a sjednocení se všemi lidmi. Po svém duševním znovuzrození rovněž soucítím s bolestí každého člověka. Všechno bylo jasné a zářivé.“* Samotná fyzická blízkost smrti však není pro takovou zásadní přeměnu nezbytná. Zásadní životní změnu může vyvolat celá řada jiných zážitků včetně samotného přemítání o smrti (Blackmore, 1993). Profesor Kenneth Ring, který vedl semináře na univerzitě v Connecticutu věnovaných prožitkům blízkosti smrti, uvádí, že po absolvování kurzu 80 – 90 % studentů uvedlo pozitivnější pohled na smrt. 60 – 70 % těchto studentů po jednom semestru dokonce potvrzuje menší strach ze smrti (Ring, 2006).

V mnoha tradicích je tato představa „umírání před umíráním“ základním kamenem duchovního postupu. Pokud se smíříme s tím, že smrt je součástí kontinuity života, cítíme se svobodní a zbaveni strachu ze smrti, otevíráme se k prožitku nesmrtelnosti (Grof, Grofová, 1999). V příkladech lidí, kteří po prožití mimořádných stavů vědomí procházejí významnými osobními změnami, jsou obsaženy zřejmé a důležité důsledky pro psychoterapii. Je zapotřebí technik, které by psychoterapeutům umožnily u všech pacientů využít tento terapeutický potenciál, aby nebyli závislí jen na šťastné náhodě nebo na nástupu nevyléčitelné nemoci (Yalom, 2006).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je identifikovat signifikantní podobnost v následcích prožitků vybraných mimořádných stavů vědomí a vyzdvihnout zejména jejich transformativní účinek na osobnost člověka v otázkách smrti a umírání.

2.1 Výzkumné otázky

S ohledem na cíl práce jsem stanovil následující výzkumné otázky:

1) Jak subjektivně vnímají respondenti svůj život po prožitku mimořádného stavu vědomí?

2) Došlo u respondentů po prožitku mimořádného stavu vědomí k subjektivní změně postoje ke smrti?

3) Došlo u respondentů po prožitku mimořádného stavu vědomí k subjektivní změně postoje k umírání?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

S přihlédnutím ke zkoumanému tématu a cíli práce byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu – fenomenologické zkoumání. Hlavním cílem takového přístupu je popsat a následně zanalyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců. Výsledkem je popis prožité zkušenosti s daným fenoménem, který poskytuje vhled pro ty, kteří takovou zkušenost neměli (Hendl, 2005). Jako metoda výběru výzkumného souboru byla použita kombinace samovýběru a stratifikovaného účelového výběru a to především z důvodu velmi ojedinělého výskytu zkoumaných jevů ve společnosti. Metoda samovýběru je založena na principu dobrovolnosti a souvisí s aktivním projevením zájmu zapojit se do výzkumu (Miovský, 2006). Stratifikovaný účelový výběr je typem vzorkování, které ilustruje charakteristiky určitých podskupin a připravuje tak prostor pro jejich srovnání (Hendl, 2005). Miovský (2006) uvádí, že tuto metodu využíváme v případech, kdy potřebujeme základní soubor podle určitého klíče rozdělit do jasně odlišitelných vrstev. Touto metodou došlo k filtraci těch prožitků změněných stavů vědomí, které nevyhovovaly popisu uvedeném v teoretické části.

Metodou získávání dat bylo dotazování, konkrétně polostrukturované interwiev, v jehož rámci se objevily i prvky fenomenologického rozhovoru tak, jak jej popisuje Hendl (2005). Polostrukturované interview je charakterizováno vytvořením určitého schématu, které specifikuje okruhy otázek, které se respondentů dotazujeme (Miovský, 2006). Rozhovory probíhaly individuálně s každým respondentem na přelomu roku 2010/2011. Všichni dotazovaní byli ujištěni, že získaným výpovědím bude zaručena anonymita a budou použity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Jména uvedená v interpretaci výsledků jsou tedy fiktivním označením respondentů. Data byla fixována audiozáznamem a následně zpracována transkripcí tohoto záznamu do textové podoby. Jak vychází z teorie, mimořádné stavy vědomí patří k velmi těžko interpretovatelným zkušenostem, proto byl audiozáznam u některých respondentů doplněn o možnost formulovat některé odpovědi také písemně s individuálně voleným časovým odstupem.

Konečná analýza dat probíhala formou zakotvené teorie. Zakotvená teorie induktivně vychází z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To podle Miovského (2006) znamená, že je vytvářena a ověřována prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném fenoménu a analýzy těchto údajů. Fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samotná teorie se tak vzájemně doplňují. Tento přístup je plně v souladu se základními principy kvalitativního přístupu (Miovský, 2006).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 7 respondentů a respondentek ve věku 22 až 32 let s odlišnými typy zkušeností mimořádných stavů vědomí, které jsou popsány v teoretické části. 3 respondenti reprezentují zkušenost prožitku blízkosti smrti (NDE), 1 respondent zkušenost holotropní terapie, 2 respondenti zastupují psychedelickou zkušenost a 1 respondent kombinaci psychedelické zkušenosti a zkušenosti holotropní terapie.

Do výzkumu byli zahrnuti ti, jejichž prožitek se svoji povahou, buď přímo nebo v symbolické podobě, dotkl smrti a procesu umírání. Vzhledem ke zvolené metodě výběru výzkumného souboru, kterou byla kombinace samovýběru a stratifikovaného účelového výběru, bylo nekontaktováno celkem 13 potencionálních respondentů. Z tohoto celkového počtu daná kritéria výzkumu splnilo pouze 7 z nich (2 ženy a 5 mužů). Z výzkumu byly eliminovány 2 osoby se zkušeností klinické smrti bez prožitků NDE a 4 osoby se zkušeností s psychedelickými látkami, jejichž prožitky nebyly subjektivně vnímány jako symbolické projevy smrti a umírání.

4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

4.1 Identifikační údaje výzkumného souboru

Pro větší přehlednost uvádím základní údaje o výzkumném souboru níže v Tabulce 1.

Tabulka 1: Identifikační údaje výzkumného souboru

jméno	věk	pohlaví	vzdělání	prožitek mimořádného stavu vědomí	
				typ	datum
Alena	32	žena	vysokoškolské	holotropní	2010
Patrik	23	muž	vysokoškolské	holotropní	2008
				psychedelické	2005-2008
Ondřej	28	muž	středoškolské	psychedelické	2002-2006
Pavel	31	muž	vysokoškolské	psychedelické	2005-2009
Lukáš	29	muž	středoškolské	NDE	2002
Hana	22	žena	středoškolské	NDE	2008
Jan	22	muž	středoškolské	NDE	2009

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1 Kasuistiky jednotlivých prožitků respondentů

Alena

Rozhodnutí pro holotropní terapii předcházel dlouhodobý pocit blíže těžko definovatelné nespokojenosti na úrovni vnímání sebe sama, hledání odpovědi, z jakého místa začít „spravovat“, několikaměsíční bolesti hlavy bez zjevné příčiny a zásadní nedostatek energie. Prožívání stavů v průběhu holotropního dýchání bylo velmi intenzivní, dlouhé a vyčerpávající. Prožité pocity a vize vnímala jako jasnou zprávu, potvrzení naprostého nedostatku energie na úrovni přežití. Zpráva z dýchání se týkala smrti, pokud zásadně něco nezmění ve svém životě. Po semináři následovala silná potřeba změnit dosavadní život. S tématem začala pracovat v rámci individuální i skupinové psychoterapie a také začala docházet k léčiteli. Díky tomu získala mimořádný pocit pochopení, podporu a nastínila se možná východiska ze subjektivně vnímané nepohody.

Patrik

Pro holotropní terapii se rozhodl z důvodu psychosomatických obtíží, které ho trápily již delší dobu. Dále z důvodu hlubšího poznání sebe sama a v neposlední řadě ho také zajímalo, jaké to vlastně je. Psychosomatické obtíže se objevily po intoxikaci velkým množstvím THC (tetrahydrocannabinol) na střední škole (dále uvedl zkušenost s MDMA, psilocybinem, oxidem dusným). Intoxikaci THC popisuje jako badtrip, kdy si myslel, že zemře. Panický stav odezněl, ale zůstaly mu často se vracející pocity brnění v rukou a pocit, že ho táhne něco pryč mimo tuhle realitu. Po úvodním semináři holotropního dýchání, kde se dozvěděl, že tyto obtíže jsou významnou indikací pro dýchání a že mu může pomoci, již více neváhal o tom, zda holotropní dýchání absolvuje. Co se týče samotného dýchání, uvádí, že to byl pro něj jeden velký očisťující rituál díky všem fázím semináře. Zprvu se dostavily silné křeče a to zejména do horních končetin. Díky bodyworku ze strany terapeutů došlo k uvolnění napětí a následoval stav, který přirovnává ke spojení se s celou planetou. Popisuje to jako velmi příjemný pocit, který ho nabil energií a přinesl nový pohled na život.

Ondřej

Uvedl zkušenost z roku 2006, kdy si nasbíral psilocybinové houby v lese. Několik dní před jejich požitím se postil, což ho podle jeho slov už samo o sobě tak pročistilo, že byl jednou nohou na druhé straně, měl velice živé sny. V den, kdy požil připravené množství, vyrazil společně se svými kamarády na tuning party. Na akci se necítil dobře, dal přátelům sbohem a raději vyrazil sám do přírody. Šel trávou a myslel na to, jak je všechno znečištěné, jak lidé znečišťují zemi, přírodu a sami sebe. Také myslel na to, jak jsou lidé nezodpovědní a necítil se psychicky dobře. V té chvíli se přihnal déšť spláchnout všechno to znečištění. Zahalil se do pláštěnky, ale jelikož pršelo vydatně, začínal být promočený. Obrátil se na mraky a poprosil je, aby na něj nepršelo, že nastydne. Přímo nad ním se vytvořil v mracích kruh, na jehož okraji sedělo slunce, které svítilo dolů přímo na něj. V té chvíli uvádí, že přešel mezi světy, všechno kolem něj byl pravý opak vnímaného znečištění. Ocitl se v rajské zahradě. Došel k prvnímu stromu a zastavil se u něj. Strom nazval strážcem jiného světa a cítil u něj, že se něco děje s jeho

energií. Řekl stromu, že není hrozbou a šel dál k místu, kde byl kruh z mechu, na který se posadil, zapálil fajfku a měl další zajímavé vize. Tento trip se podle něj nejvíce dotknul smrti a umírání. Experimentování s dalšími psychedelickými látkami (psilocybin, LSD, LSA, atropin) ho dovedlo až k šamanismu, v rámci kterého měl další vize o tom, co se může dít s člověkem a jeho vědomím po smrti.

Pavel

O psychedelických zkušenostech (psilocybin, LSD, MDMA, DMT) mluví jako o něčem, co výrazně změnilo jeho život a vneslo do něj určité kvality. Jedna ze zkušeností, která způsobila tuto změnu přišla na podzim roku 2005, kdy společně se svými přáteli požil LSD. Spouštěcím motorem zážitku byla věta kamaráda, který LSD přivezl, že principem psychedelického sezení je vše pustit a nebojovat s navozeným stavem. V náhle vzniklé důvěře došlo podle jeho slov k rozpuštění Ega a všichni se naráz ocitli v úplně jiném světě, kde prožívali zajímavé vize. Ke konci tripu všichni společně debatovali o životě, o tom, co jim trip ukázal a o Bohu. Se smrtí v symbolické rovině se setkal při intoxikaci DMT v roce 2008. Po vdechnutí kouře s dýmky se vytratil někam pryč z těla. Vletěl do nějaké díry a padal bezhlavě dolů. V této fázi dostal strach a objevily se výčitky. Prožitek uvádí jako velmi krátký s náhlým nástupem a zmiňuje svoji nepřipravenost pro takovou transcendenci. Dnes se snaží o hlubší poznání sebe sama zejména prostřednictvím meditace.

Lukáš

Vracel se autem domů z místa setkání se svojí přítelkyní, kam ale ona nedorazila. Prioritou v té chvíli pro něj byla myšlenka a ne volant. Došlo k autonehodě, při které utrpěl vážná zranění a „zemřel“. Prožil klinickou smrt, kdy jeho srdce opakovaně přestalo tlouct, ale vždy naskočilo. Byl v kómatu, ze kterého se definitivně probral doma až rok po nehodě. Do domácí péče šel již po čtrnácti dnech, díky jeho mamince, která s lidmi v kómatu pracuje přes 20 let a která mu zajistila tu nejlepší péči. Následkem kómatu došlo k dočasné ztrátě krátkodobé i dlouhodobé paměti. Nicméně s přibývajícím časem si postupně začal vzpomínat na okolnosti autonehody. Vzpomíná

si, že zemřel a stál na silnici, odkud koukal na své tělo. To leželo v lese zaklíněné pod autem. Přišel blíž k autu, snažil se si pomoci a odsunout auto dál ze sebe. Prožil pocit bezmoci, když zjistil, že se auta nemůže dotknout, pouze ho prohmátl. Kousek dál od auta spatřil dvě srny. Dále si vzpomíná na dav lidí, které všechny identifikuje jako své kamarády, které nezná. Pocítil příval štěstí a spatřil mezi nimi osobu v nádherném modrém. Snažil se s ním komunikovat, přesně si nevzpomíná jak, ale zeptal se ho jestli je Bůh? Odpověděl, že ano, ani ne slovy, spíše pocitem. Všechno tam uvádí jen jako pocity, žádná slova. Více si zatím nevybavuje snad jen, že se ještě zeptal na cestu. To, co prožil a zapomněl, si vybavuje novými zážitky běžného života a komunikací o nich s lidmi, kteří jsou ochotni naslouchat.

Hana

Trpěla mentální anorexií, která vyústila v hospitalizaci na jednotce intenzivní péče v roce 2008. Lékaři jí nedávali více než hodinu života. Uvědomuje si, že když ji přivezli měla velké bolesti a nemohla dýchat. Při zavádění přístrojů „zemřela“. V tu chvíli se dostavil pocit, že se něco děje. Z ničeho nic jí přestalo všechno bolet, spatřila něco jako světlo, uvádí „takové zvláštní bílo“. Pod sebou uviděla své tělo a celou skupinu doktorů, jak se snaží o resuscitaci. Prožívala krásný pocit doprovázený tichem, které se dalo slyšet. Z tohoto prožívání ji najednou probrala maminka stojící, civilně oblečená, u postele mezi zasahujícími lékaři. Křičela na ní, že nesmí umřít. Její hysterický projev vedl k navrácení zpátky do fyzického těla a všechna ta bolest, která odezněla, se zase vrátila. Několik dní na to se dozvěděla, že tam maminka vůbec nebyla. V nemocnici byla, ale nepustili jí na operační sál. Později maminka Hance řekla, že seděla v šoku v čekárně a smiřovala se s tím, že umírá.

Jan

Na začátku léta 2009 se rozešel se svojí přítelkyní a začal mít problémy v práci. To vyústilo v nadměrnou konzumaci alkoholu a několikatýdenní vysedávání po hospodách. Doma ho po návratu čekaly nezaplacené složenky a výčitky od rodiny i přátel. To ho dorazilo, nasedl do auta, koupil si flašku a odjel pryč. Strávil 2 dny v autě někde na poli

a přemítal o svém životě. Poslední kapkou byla zpráva, že dostal v práci výpověď. Pokusil se o sebevraždu oběšením na tažném laně. Ještě před tím odeslal SMS své nejlepší kamarádce, aby někdo věděl, kde ho najít. Ta reagovala velmi pohotově a zavčas Jana společně se svými rodiči našla. Začala záchranná akce. V této chvíli vystoupil ze svého těla, spatřil pod sebou své tělo a otce kamarádky, který mu dával umělé dýchání. Kamarádka i její maminka plakali. Se svojí kamarádkou se zná dlouho, ale prý z ní nikdy necítil to, co tam. Stála nehnutě a po tváři jí stékaly slzy. Nevěděla, co má dělat. Cítil v okolí bolest a bezmoc a mrzelo ho, že je toho původcem. Tento obrázek ho donutil navrátit se do těla. Po oživení byl převezen do nemocnice a poté hospitalizován na psychiatrické klinice.

4.2 Subjektivní vnímání života po prožitku

Všichni respondenti **uvádějí změny ve svém životě** po prožitém stavu mimořádného vědomí. Tyto změny vnímají jako **pozitivní ve vztahu ke společenským hodnotám**. Ve výpovědích lze nalézt tři hlavní kategorie změn. Jednak změny ve vztahu k okolí, zadruhé změny ve vztahu k sobě a zatřetí můžeme rozpoznat souběh obou uvedených změn.

U osob, které mají přímou zkušenost s psychedelickými látkami, kdy se dotkli na symbolické úrovni smrti a umírání, je důležité zmínit, že následnou změnu vnímají jako **výslednici několika experimentů** v průběhu několika let. Tedy nepřičítají ji jednorázovému požití psychedelické látky:
„Pokud tě zajímá především smrt a umírání z pohledu člověka na tripu, tak to budu mít složitější v případě, že mám vyprávět o jednom konkrétním tripu. Smrt a umírání nepřichází na přání, tohle téma může člověk na tripu nakousnout, ale jednou přijde tak a podruhé jinak. Postupně to přináší a odkrývá pohled na toto téma a výsledek je pak komplex všech těchto zážitků“ (Ondřej).

Také respondent Patrik, který kromě psychedelické zkušenosti absolvoval i holotropní terapii uvádí, že jednorázová zkušenost ke změně nevedla:
„Ta zkušenost z dýchání sama o sobě nějakou významnou změnu nepřinesla. Spíše to přičítám množině všech těch podivných zážitků, které jsem zažil díky experimentování s psychedelickými látkami. Všechno mělo nějaký účel a smysl a až na konci stála ona zkušenost z holotropního dýchání, která to svým způsobem uzavřela“.

Pavel uvádí uvědomování si změn až od chvíle, kdy mu byly představeny zásady užívání psychedelických látek. Do té chvíle bral jejich užívání spíše jako formu zábavy.

A) <u>změny ve vztahu k okolí</u>

Lukáš, respondent s prožitkem blízkosti smrti, uvedl změny ve svém životě zejména ve vztahu k jeho blízkým:
„Před prožitkem byl můj život veselý a plný legrace, což v určité míře přesahovalo i jistou mez. Mé chování bylo roztržité. Nyní se věnuji hlavně svým blízkým lidem a věcem, co člověka obohacují u srdce“.

Respondentka Alena u sebe nevnímá výraznou změnu životních hodnot, ale spíše posun ve vnímání svého místa ve světě. *„Můj život byl rychlý, plný nových zážitků a zkušeností. Dnes mi záleží více na lidech kolem sebe“.*

B) <u>změny ve vztahu k sobě</u>

Hana, která trpěla mentální anorexií uvedla: *„Dříve jsem všechno omlouvala svojí nemocí. Okolí mě muselo tolerovat, protože jsem nemocná. Byla to výmluva. To, že jsem na něco neměla, nevěřila jsem si, jsem přičítala vždycky svojí nemoci“.*
Po hospitalizaci v nemocnici, kdy prošla prožitkem blízkosti smrti, se výrazně změnil její přístup k životu: *„Neřeším už prkotiny, jsem taková klidnější a nechci už si ničit život blbostmi. Zjistila jsem, že na tomhle světě má cenu být a prožít ho. Po tom, co jsem*

prožila, chci žít“. Získala také nový pocit sebedůvěry, který jí podle toho, co vypověděla velmi scházel. *„Konečně teď dělám to, co chci opravdu já a ne moje okolí“*. Hana se nyní cítí být více kompetentní ve vztahu ke svému životu.

U Pavla se změny ve vztahu k sobě dotýkaly dokonce osobnostních struktur: *„Celá zkušenost mi umožnila přeskládat svoji osobnost, uvědomit si své chyby a omyly a především si je odpustit. S vědomím, že vše má svůj význam a svět se točí jako dokonalé soustrojí. Samozřejmě jsem se několikrát dostal na dno, ale žár v srdci a vědomí něčeho vyššího mě vždycky drželo nad propastmi“*. Respondent tak získal zkušenost, ve které nalézá zdroj energie pro překonávání krizových situací.

Odpovědnost za svůj život a za to, jaký bude uvedl respondent Ondřej. *„Myslím na to, co dělám a jakou stopu za sebou zanechávám“*.

C) <u>změny ve vztahu k okolí i k sobě</u>

Jan, který se pokusil o sebevraždu, uvedl, že následně se toho v jeho životě změnilo velmi mnoho: *„Naučil jsem se rozeznávat hodnoty a zjistil jsem, že všechno jde vždycky nějak vyřešit. Také teď vím, že mám rodinu, o které jsem dříve pochyboval“*. Život jako takový považuje teď za dar, kterého by si měl každý vážit: *„Vím, že tady teď mám být, že ještě není můj čas umřít. Před tím jsem necítil, že bych měl před sebou nějakou budoucnost, ale teď? Teď se cítím být Někým. Mám plány, mám sny a mám svůj život“* (Jan).

U Patrika jsou změny také patrné jak ve vztahu k vlastnímu životu, tak i ke svému okolí. *„Chápu nyní svět a můj život v něm jako součást něčeho vyššího. Prožívám svůj život plněji a s menšími obavami“*. U respondenta došlo k oslabení strachu před životem jako takovým: *„Více jsem se zaměřil na své životní cíle a plánuji jejich dosažení. Stal jsem se více ohleduplný a dokážu se lépe vcítit do problémů ostatních lidí kolem mě“* (Patrik).

4.2.1 Pochybnosti o prožitku a novém přístupu k životu

Mimořádné stavy vědomí představují kategorii zkušeností, kdy se člověk dočasně nachází mimo objektivně přijímanou realitu. Proto byla do baterie otázek zařazena i ta, která měla za úkol prozkoumat sílu přesvědčení, kterou respondenti získali svým prožitkem. Můžeme u nich rozeznat **dva typy pochybností**. Jednak, jestli to, co viděli považují za skutečné a pak, jestli pochybují o novém přesvědčení, které inicioval prožitek.

A) pochybnosti o skutečnosti prožitku

Pochybnosti o reálnosti samotného prožitku se objevili u 2 ze 3 respondentů se zkušeností prožitku blízkosti smrti a u 1 ze 3 respondentů s psychedelickou zkušeností.

Lukáš, který po autonehodě upadl do kómatu a následně u něj došlo k dočasné ztrátě krátkodobé i dlouhodobé paměti, uvádí, že pochybnosti má: *„Ještě moc nerozumím tomu, co všechno jsem viděl“*. Uvedl, že potřebuje čas, aby si na vše vzpomněl, a pak se to pokusí celé pochopit.

Stejně tak Hana ze začátku pochybovala o skutečnosti toho, co zažila. Svůj prožitek považovala jeden čas za sen:
„Pochybovala jsem, jestli se mi to nezdálo. Půl roku jsem se tím ani nezabývala, ale pak se mi to vybavovalo. Mamka mi dala nějaký knížky o klinický smrti a já tam četla, jak ty lidi prožívali něco podobného jako já“.

Jan pochybnosti nemá. Jediné, čemu stále nerozumí je, jak to celé mohl přežít:
„Neviděl jsem žádný bílý tunel se světlem na konci ani žádného anděla, ale musel nade mnou stát a musel si hodně ušpinit křídla. Když si vezmu, že jsem zvolil způsob sebevraždy. Je zázrak, že tu stále jsem“.

Pochybnosti má i Ondřej, který si je vědom, že věci nemusejí být tak, jak se zdají a dodává: *„Stejně není nikdo, kdo mi může moje zážitky potvrdit nebo vyvrátit. Čas od času si říkám, jestli mi třeba na těch tripech nepřeskočilo. Člověk se musí naučit žít jednou nohou tady a druhou tam“*.

B) pochybnosti o novém přesvědčení

Všichni respondenti **negují pochybnosti o novém přesvědčení**, které získali díky prožitku mimořádného stavu vědomí. Uvědomují si význam a důležitost nově zastávaných hodnot. Respondenti s holotropním typem prožitku negaci pochybností konkrétně popisují následovně:
„Pro mě osobně, jak jsem si to vyložil a integroval, mi to dává báječný smysl.“ (Patrik)

„Byla to jasná zpráva naprosto korespondující s mým stavem.“ (Alena)

4.2.2 Vnímání změny okolím a nesdělitelnost prožitku

Reakce ze strany okolí zaznamenali 2 respondenti. Jednalo se o **negativní reakci ze strany širšího okolí** a o **pozitivní ze strany nejbližšího okolí** - rodiny. Ostatní (3 respondenti) vnímají svoji zkušenost jako vysoce individuální záležitost, kterou není snadné sdílet s okolím.

Negativní reakce ze strany okolí se objevila ve výpovědi Hanky:
„Kromě mamky reagovalo okolí s nepochopením. Nevěděli, jak se ke mně chovat“.

Jan uvedl, že jediný, kdo mu vyjádřil pochopení a podporu byla jeho maminka. *„Po takovéhle věci rodiče ztrácejí důvěru k dětem, dívají se na nás jinak. Ale moje mamka ne. Řekla mi, že mi věří, když uviděla tu sílu a motivaci pro život, kterou teď mám“*.

Alena uvedla, že její nejbližší změnu sice zaznamenali, ale nerozuměli důvodům. Tedy tomu, jak k ní vlastně došlo. Navíc dodává: *„Za sebe jsem ani nechtěla předávat to dál“*.

Podobné **pochybnosti o smyslu sdílet svoji zkušenost** mají i další 2 respondenti a shodují se na tom, že samotná zkušenost mimořádného stavu vědomí je nepředatelná někomu, kdo takovou zkušenost sám nemá:
„Pravdu zjistí jedině v tom případě, když to sami prožijí, jinak to nejde. Lidé, kteří to popisují, to sice popisují celkem dobře a srozumitelně, ale pro čtenáře je to celkem bezvýznamné. Bez pocitu z druhé strany ta slova říkají něco jiného, než jak to ve skutečnosti je“ (Lukáš).

„To, co mi tato zkušenost dala, asi ani nemohli pochopit“ (Patrik).

Respondenti se zkušeností s psychedelickými látkami na tuto otázku neodpověděli.

4.2.3 Religiozita

Žádný respondent neuvedl, že by na základě svého prožitku vstoupil do některého z organizovaných náboženství. Nicméně mezi věřící se řadí všichni respondenti, přičemž svoji původní víru a přesvědčení si zachovali a prožitkem posílili 3 respondenti. Mezi výpověďmi respondentů se objevovala **víra v osud**, **synkretismus**, **víra v nesmrtelnost a vyšší sílu** nebo také **víra v sebe sama**.

Alena byla věřící již před zkušeností holotropní terapie. *„Jsem katolička, pokřtěna na své první narozeniny v roce 1979 a věřím v Boha“*.

I Lukáš byl věřícím již před svým prožitkem. *„Žádné náboženství dosud nevyznávám. Věřím v nesmrtelnost a v to, že je někde nějaká jiná síla, než ta co známe na zemi“*.

Pavel uvedl, že je také věřícím člověkem, ale nějakou konkrétní formu jeho víra zatím nemá.

Patrik uvádí, že věří v něco, co ho přesahuje: *„Náboženstvím v pravém slova smyslu se to ale nazývat rozhodně nedá“*. Dobře patrné je u něj splývání rozdílných náboženských a kulturních prvků v jeden celek: *„Z různých symbolů a tradic vycházejících z různých existujících náboženství jsem si vytvořil své vlastní náboženství“*.
Prvky synkretismu se objevili i u respondenta Ondřeje. *„Jsem věřící. Mám svoji vlastní teorii, která vychází částečně z buddhismu, částečně z kořenů šamanismu“*.

U Hany se objevuje víra v osud, ale zároveň připouští existenci Boha:
„Věřím v to, že věci budou tak, jak mají být. Těším se, až poznám svůj úkol, důvod, proč jsem se vrátila. Věřím v osud a náboženství v tom nehraje žádnou roli. Tohle téma nechávám otevřené, člověk prosí Boha i když není věřící“.

Jan vypověděl, že věří v sám sebe a že svoji knihu osudu si píše každý sám. Na otázku, jak vnímá víru v Boha odpověděl: *„V Boha samotného nevěřím, ale věřím, že Bůh je v každém z nás“*.

4.2.4 Lidská duše

Lidská duše je složitý pojem, těžko uchopitelný pro každého z nás. Jak ji ale vidí osoby po zkušenosti mimořádného stavu vědomí? Víru v to, že **duši člověk má** a že je možná její existence mimo fyzické tělo, uvedli shodně všichni respondenti. Jistotu v této otázce vyjádřili ti, jež zažili v rámci svého prožitku mimotělesnou zkušenost (OBE). V souvislosti s lidskou duší 4 respondenti uvedli možnost její reinkarnace.

Jan věří v existenci duše mimo jiné díky zkušenostem s astrální projekcí: *„Jako astrální tělo jsem se pohyboval v astrálním světě a poté navracel do své tělesné schránky“*.

U Hanky byl pobyt mimo vlastní fyzické tělo průvodním jevem zkušenosti blízkosti smrti. Získala tak pro sebe přesvědčení o existenci duše nezávisle na těle. Na otázku zda je možná existence lidské duše mimo fyzické tělo odpověděla: *„Určitě je to možné, to je přesně to, co jsem prožila – vystoupení někam z těla ven. Já byla pořád já. Myslím, že po smrti duše někam přecestuje“*. Zde respondentka naznačila **možnost reinkarnace**, jejíž náznaky se objevily i v dalších výpovědích.

A) reinkarnace

Respondent Patrik věří, že za určitých okolností může lidská duše opustit fyzické tělo a dodává k tomu: *„Ale nemyslím si, že by po smrti měla sama někde bloudit. Věřím, že se po smrti stane součástí něčeho většího a významnějšího“*.

Podobnou představu sdílí i Ondřej. *„Myslím, že duše je něco jako vesmírný cestovatel. Sběrač zkušeností a zážitků. Sonda od entity nezývané třeba stvořitel. Po naší smrti se tahle sonda vrací ke zdroji a předává naše zkušenosti a připravuje se na další expedici“*.

„Co bychom byli kdybychom neměli duši? Stroj fungující na jídlo a spánek? Duše je a bude. Bude přecházet z těla do těla, předávat si informace, zkušenosti“ (Jan).

B) ostatní přístupy k lidské duši

Pavel přirovnává duši k vědomí a je přesvědčen, že znamená něco víc, než jen fyziologickou součást našeho těla. *„Domnívám se, že duši a tělo nelze jednoduše oddělit. Rozhodně tělo nevytváří vědomí. Na úrovni jednotlivce funguje spíše jako přijímač, který je schopný vědomí zprostředkovat“*.

Vlastní zkušenost pobytu mimo své tělo ovlivnila i Lukáše a přesvědčila jej o existenci lidské duše: *„Nemyslím si, že duše je v těle uvězněna, ale žijeme s ní“*. Po své zkušenosti NDE charakterizuje duši jako určitý druh nebo pocit lásky.

Respondentka Alena věří v existenci lidské duše, ale přistupuje k ní spíše jako k nepoznatelnému existujícímu fenoménu: *„Sdílím přesvědčení, že největším hříchem je myslet si, že jsme jen tělo a duše“*. O možnosti její oddělitelnosti od fyzické těla nepochybuje, je to součástí její víry.

4.3 Změna postoje ke smrti po prožitku

Všichni respondenti shodně vypověděli, že po prožitku se **změnil jejich pohled na smrt**, který se dá charakterizovat jako **oslabení strachu ze smrti**. Strach ze smrti, který v minulosti respondenti prožívali, byl subjektivně vyjádřen:

„Pamatuji si, že jsem se jí ale hodně obával. Moje myšlenky o smrti se nesly v představách, že prostě všechno zhasne a bude to velké, zničující nic“ (Patrik).

„Studoval jsem biologii a smrt byla podle mě konečná“ (Pavel).

„Dřív jsem se smrti bál, asi jako každý“ (Jan).

4.3.1 Strach ze smrti

Z výpovědí respondentů s prožitkem blízkosti smrti vyplývá, že u nich došlo k **úplnému vymizení strachu ze smrti**. U ostatních mimořádných stavů vědomí, které jsou spojeny s prožitkovým sebezkoumáním, úplnou absenci nenajdeme. Respondenti si zachovávají střízlivější přístup, nicméně všichni shodně uvádějí **výrazné snížení** tohoto strachu, než jak ho vnímali před prožitkem.

U všech 3 respondentů (NDE) můžeme mluvit o úplné absenci strachu ze smrti následkem jejich prožitku a to i přes to, že v ani jednom případě se nejednalo o úplný prožitek NDE:
„Kdybych zemřela, tak by mi to nevadilo. Nemám strach ze smrti“ (Hana). Absenci strachu ze smrti přitom tato respondentka dává do přímé souvislosti s prožitkem. *„Po tom, co jsem prožila se nebojím smrti. Nevím, co bude potom dál, ale začátku se určitě nebojím. Pro mě to bylo příjemný“*.

U druhého respondenta se stejnou zkušeností můžeme najít podobnou paralelu. *„Přestal jsem se bát smrti. Zbavil jsem se každého strachu“* (Lukáš).

Stejně tak Jan uvádí odstranění obav ze smrti. *„Dnes vím, že smrt není špatná věc. Je to jen velké zakončení naší poutě. Po mé zkušenosti jsem usoudil, že strach je jen nemoc, která nás napadá. Nevěřím, že strach existuje, je to jen slovo, které nás ubíjí. Dřív jsem se bál vylézt na žebřík s myšlenkou, co když spadnu? Dnes vylezu na žebřík a když spadnu, tak prostě znovu vstanu“*. Respondent dále přiznal, že ho to dokonce občas na druhou stranu táhne: *„Říkám si, kousek už jsem viděl, tělo jsem už jednou opustil, co se stane když ho opustím na delší dobu?“*.

Patrik připouští významné snížení strachu ze smrti, ale zároveň dodává, že o úplné absenci strachu se hovořit nedá. Svůj postoj zdůvodňuje následovně:
„Mám pochybnosti dost možná díky naší společnosti, ve které musím žít, která chtě nechtě ovlivňuje mé myšlenky související se smrtí. Kdybych měl vedle sebe lidi s podobnou zkušeností, bylo by to jistě jiné. Když je na to člověk sám, začne pochybovat“.

Alena také zmínila, že nelze v jejím případě hovořit o úplné absenci strachu: *„Můj strach ze smrti se zmírnil, ale uvědomuji si, že jiné je čelit smrti tváří v tvář“*.

U výpovědí respondentů s prožitky vyvolanými požitím psychedelické látky můžeme nalézt ještě méně významné snížení strachu ze smrti než u předchozích typů mimořádného stavu vědomí: *„Úplná absence určitě ne, ale věřím, že se na smrt lze připravit a že ta příprava by měla být součástí života každého člověka“* (Pavel). Respondent zjistil, že smrt je integrální součástí jeho života a že když na ni zaměří svoji pozornost, konfrontuje se s ní, může mu to pomoci v její plné akceptaci.

Ondřej uvedl, že má ze smrti pořád respekt i když se jeho obavy, díky zkušenostem mimořádného stavu vědomí, snížily: *„Vím, že je to jízdenka z tohoto světa a je velice jednoduché ji dostat*“.

Patrik na základně svých prožitků ilustruje možné důvody, které vedly ke snížení strachu ze smrti v jeho případě:
„Začal jsem přemýšlet o tom, že vědomí je něco víc a že je pravděpodobná jeho existence nezávisle na těle. Díky tomu, i když stále pochybuji, se opravdu změnil můj pohled na smrt. Tolik se jí nebojím, nemám problém o ní hovořit ve společnosti. Spíše jsem jí zaujat a zajímá mě, co opravdu bude následovat“.

4.3.2 Posmrtný život

Všichni respondenti se také na základě přesvědčení o existenci duše, jakožto substance, která je schopná přežívat nezávisle na těle, domnívají, že **existuje určitá forma posmrtného života**. Zde můžeme spatřit signifikantní premisu ve vztahu ke snížení strachu ze smrti. Pouze 3 respondenti konkrétně naznačili jak takový posmrtný život může vypadat:

„Věřím, často uvažuji o tom, jaké by to mohlo být.“ (Patrik)

„Osobně vděčím psychedelikům alespoň za tušení, že by mohlo něco takového být a vědomí, že smrtí to nekončí. Už to, že vím kam jít, považuji za první krok.“ (Pavel)

Nejasnost v představě posmrtného života, i přes víru v něj, přímo zmínili ve své výpovědi 3 respondenti:
„Ano, věřím. Nemám ale konkrétní představy, ať bude cokoli, bude to v pořádku.“ (Alena)

„V posmrtný život věřím, i když nevím, jak to přesně bude.“ (Ondřej)

„Věřím v to, ale odpověď ti mohu dát až v příštím životě. Duši máme, o tom není pochyb.“ (Jan)

Konkrétní představu toho, co nás čeká po smrti dokázali na výzvu naznačit respondenti Lukáš, Patrik a Ondřej.

Jan využil své zkušenosti prožitku blízkosti smrti pro sestavení představy, jaké to bude.
„Je tam pocit spokojenosti a všichni se tam jen radují.“ (Lukáš)

Respondenti Patrik a Ondřej, kteří oba dva mají zkušenost s psychedelickými látkami věří, že se po smrti v první řadě vrátíme tam, odkud jsme přišli:
„Věřím v něco jako nadřazené vědomí, jehož jsme byli součástí a zase po smrti budeme.“ (Patrik)

„Myslím si, že naše duše po smrti jde s vědomím, které jsme nasbírali v tomto životě přes několik přechodných stanic až se ve finále vrátí se sbírkou zážitků ke zdroji, kde je odevzdá.“ (Ondřej)

4.4 Změna postoje k umírání po prožitku

Přístup k umírání je u respondentů odlišný a nezaznamenal v souvislosti s prožitkem mimořádného stavu vědomí výrazných změn u všech. Obavy z umírání přetrvávají a

dostávají u respondentů **konkrétní podobu**. Nejčastěji se objevily obavy z **umírání v bolestech**, **pocit marnosti** a obavy z **nepochopení umírání** jako procesu zakončení života.

A) umírání v bolestech

3 respondenti své obavy spojují s bolestivým umíráním:
„Umírání jako takového se nebojím, pokud nebude bolestivé“ (Patrik).

„Nechtěl bych umírat v bolestech. Nemám ponětí, jestli se bát nebo ne. Jednou to přijde a nic s tím neudělám, ať bych se snažil sebevíc“ (Ondřej). Přesto respondent poznamenal, že zná určité možnosti, jak se na umírání připravit.

„Obávám se bolesti při umírání, i když hranici bolesti už také moc neznám. Vše bolí stejně jako dřív, ale už se toho nebojím“ (Lukáš). Lukáš si mohl spojit strach z umírání se strachem z bolesti, který byl součástí jeho zotavování po autonehodě.

B) pocit marnosti při umírání

Alena na otázku zda se bojí umíraní a čeho nejvíce odpověděla slovy cynika, že umíráme od narození. Umírání má spojené s konkrétním strachem: *„Nevnímám to jako přítomné téma, ale nejvíce se obávám pocitu marnosti“*.

C) nepochopení procesu umírání

Pavel svoje obavy z umírání spojil s nepochopením samotného umírání: *„Bojím se spíš, že umírání nepochopím jako šanci jít dál a neprožiji ho správně, že budu bojovat o návrat ke starému známému, místo toho, abych do smrti vstoupil jako do dveří, kterými projdu dál“*.

Nepochopení procesu umírání zmiňuje i Patrik, ale spíše ze strany lékařů: *„Také mám strach, že umírání nebudu moci plně prožít díky zásahům současné medicíny“*.

Hanka zmínila obecné obavy z umírání, které jsou všeobecně platné a spojuje je také s vnějšími faktory stejně jako Patrik. Samotného procesu umírání se nebojí a mluví o úplné absenci strachu: *„Toho se asi člověk bojí přirozeně, toho jestli bude umírat doma nebo v nemocnici, mladý nebo starý. Tuto obavu vnímám jako přirozenou. Ale samotného umírání se nebojím“*.

4.4.1 Sebevražda

V otázce postoje k sebevraždě, jakožto dobrovolnému rozhodnutí zemřít, se všichni respondenti ve svých výpovědích shodují v tom, že je pro ně **aktuálně nepřijatelná**.

Nejčastějším důvodem je přesvědčení, že život je jako mise (úkol), či dar, který nám nenáleží z vlastní vůle opustit:
„Sebevraždu bych nespáchal. Zastávám pohled, že život jsem si nedal, takže nemám právo si ho vzít. Život je úkol, který se musí splnit“ (Patrik).

„Život je dar. Každý člověk je zodpovědný za to, aby prožil svůj život naplno a pocítil radost, bolest, strach i štěstí. Myslím si, že zabít se je útěk ze hry, který nás posune o několik levelů zpět.“ (Pavel)

„Je to zbabělost. Před prožitkem jsem asi měla jiný postoj, když jsem se chtěla v podstatě zabít. Vzít si život je sobecký, strašně sobecký hlavně vůči okolí“ (Hana). Hanka reflektuje svoje psychické problémy, které měla a přirovnává je k sebevraždě. Po prožitku, který měla, se její přístup k sebevraždě výrazně změnil, aktuálně je pro ní nepřijatelná.

Zastává podobný postoj k životu jako předchozí 2 respondenti. *„Každý člověk má na světě nějaký úkol, nebo víc a ke splnění má odpovídající prostor. Až všechny splní, může odejít“* (Hana).

Nad sebevraždou z důvodu psychické nepohody se zamýšlel během svého života i Lukáš. *„Dříve, když jsem měl psychické problémy, těsně po prožitku, mě napadalo spáchat sebevraždu. Nyní k ní zaujímám postoj, že je pro mě vyloučená. Žiji rád“* (Lukáš).

Určitá ambivalence k sebevraždě se objevila v reakci respondentky Aleny: *„Mám velký respekt před životem, ale také před důvody, které jsou tak silné, že vedou k sebevraždě“*.

Ondřej zmiňuje, že nemá dostatek odvahy pro takový čin jakým je sebevražda. *„Přemýšlel jsem o ní, jaký to je, když si člověk vezme sám život. Já bych na to neměl*“.

Potvrzující výpověď je bezesporu ta od Jana, respondenta, který měl svůj prožitek blízkosti smrti právě v souvislosti s pokusem o sebevraždu: *„Vím, že umřít vlastní rukou není dobře. Nemáme právo brát život druhým natož sami sobě. Už bych si na život nesáhl, ale těším se až umřu, protože vím, že se znovu narodím a spoustu věcí mohu udělat znovu a lépe“*.
Dále uvádí pochopení pro nejrůznější motivy k sebevraždě a že nemůžeme mít lidem takové jednání za zlé. Respondent zmiňuje důležitost těmto lidem pomoci: *„Dnes vím, že pokaždé se nechá vše vyřešit i jinou cestou“*.

4.5 Shrnutí výsledků

Z rozhovorů vyplývá, že prožitý mimořádný stav vědomí je vnímán jako významná životní událost, která s sebou přináší zásadní změny v životě člověka. Tyto změny se dotýkají jak vlastního sebepojetí, tak vztahování se k druhým lidem.

Pochybnosti o reálnosti prožité zkušenosti se objevují především u osob s prožitkem blízkosti smrti, které potřebují více času pro integraci toho, co zažily. Pochybnosti o tom, že za významnými životními změnami stála právě zkušenost mimořádného stavu vědomí, jsou negovány. Lidé s prožitky mimořádných stavů vědomí upozorňují na nemožnost sdílet svoji zkušenost s širším sociálním okolím, protože se obávají nepochopení. Zároveň si uvědomují, že je tato zkušenost ve své podstatě nepředatelná někomu, kdo takovou zkušenost sám nemá. Osoby se zkoumanými zkušenostmi se řadí mezi věřící, přičemž objektem jejich víry může být osud, vlastní schopnosti nebo nesmrtelnost ve smyslu reinkarnace. U osob s psychedelickou zkušeností se objevuje víra založená na synkretickém principu. Jejich víra byla podnícena mimořádnou zkušeností, díky níž také začaly uvažovat o pojmu lidská duše. Ti, kteří během svého prožitku mimořádného stavu vědomí okusili zkušenost pobytu mimo vlastní tělo, jsou zároveň přesvědčeni o její existenci nezávisle na fyzickém těle.

Po prožitku mimořádného stavu vědomí se mění přístup k vlastní smrtelnosti. Dochází ke snížení strachu z vlastní smrti. U osob s prožitkem blízkosti smrti můžeme mluvit o subjektivně vyjádřené úplné absenci strachu ze smrti. Příčinu snížení strachu ze smrti můžeme spatřovat v přesvědčení o existenci lidské duše a v souvislosti s tím i v přesvědčení o existenci určité formy posmrtného života. V případě strachu z umírání zůstávají především obavy z bolestivého umírání, z pocitu marnosti a obavy z nepochopení umírání jako takového. Pro lidi se zkušeností mimořádného stavu vědomí je také nepřijatelná sebevražda a to zejména z toho důvodu, že život je vnímán jako úkol, který je třeba splnit. Lidé se po svém prožitku cítí být více kompetentní za to, jaký jejich život bude.

5 DISKUZE

Výzkum v rámci mé diplomové práce byl zaměřen na subjektivní přístup k základním existenciálním otázkám u lidí, kteří mají osobní zkušenost s prožitkem mimořádného stavu vědomí.

Pro splnění cíle výzkumu byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: **Jak subjektivně vnímají respondenti svůj život po prožitku mimořádného stavu vědomí?**

Všichni respondenti reflektují změny ve svém životě, které nastaly v souvislosti s prožitím mimořádného stavu vědomí, jako pozitivní ve vztahu ke společensky uznávaným hodnotám.

U respondentů, jejichž mimořádný stav vědomí byl vyvolán užitím psychedelické látky, nedošlo ke změnám po jednorázovém užití, ale konsekvencí několika zkušeností v určitém časovém rozestupu a bez vzájemné vazby. Domnívám se, že kdyby tyto látky byly užity v rámci zásad psychedelické terapie (Grof, 2001), které jsou koncepčně velmi podobné těm v holotropní terapii, změny by mohly být integrovány účinněji a okamžitě. Reflektuji rizika, která s sebou přináší zneužívání těchto látek v populaci, a proto jsem toho názoru, že by se zkoumání jejich účinků mělo vrátit do klinického prostředí. Výzkum poukázal mimo jiné na skutečnost, že psychedelické látky jako takové, významné riziko nepřinášejí. Riziko vychází spíše ze způsobu, jakým jsou v rámci ilegality užívány. Pokud stavy, které mohou psychedelické látky zprostředkovat, mají terapeutickou hodnotu tam, kde si konvenční terapie neví rady, je třeba dát jim znovu šanci.

Na základě výpovědí dotazovaných můžeme stanovit několik oblastí, ve kterých se změny projevily v největší míře. V první řadě se u respondentů projevily pozitivní změny ve vztahu k jejich okolí a k sobě samým. Z výpovědí na jinak zaměřené otázky můžeme odvodit další významnou osobnostní změnu, kterou je projevení zájmu o duchovní stránku života. Zaznamenané změny korespondují s těmi, jež jsou uváděny v odborné literatuře (Moody, 2010; Krajča 2007; Maslow, 2000).

Pochybnosti o reálnosti prožitku uvedli 3 ze 7 respondentů. Důvody zpochybnění jsou však individuální a nelze je generalizovat. Grof (1993a) tyto pochybnosti o skutečnosti prožitku vnímá jako jejich neoddělitelnou součást, neboť svoji povahou zpochybňují stávající pohled na svět. Vnímám zde významnou paralelu s tím, že takové prožitky jsou respondenty vnímány jako těžko předatelné někomu, kdo sám danou zkušenost nemá. Člověk zůstává se svými prožitky a myšlenkami o jejich reálnosti sám. Během rozhovorů s respondenty jsem pocítil téměř u všech nadšení z toho, že proti nim sedí někdo, koho skutečně zajímá to, co prožili a předem nebagatelizuje reálnost jejich prožitku. Na konci rozhovorů tak bylo možné detekovat větší jistotu v nově nabytých životních hodnotách a přesvědčení o tom, že jejich prožitky byly opravdu skutečné. Pro osoby s takovouto zkušeností je nemožnost sdílet své prožitky velkou zátěží, která může časem vyústit v další přidružené psychické či psychosomatické komplikace.

Významnou změnou v životě lidí, kteří prožili stav mimořádného vědomí, je vzrůstající zájem o spiritualitu – tedy vztahování se k něčemu, co nás přesahuje. Všichni respondenti uvedli, že jsou věřícími, přičemž u 3 z nich došlo k posílení původní víry, kterou měli již před samotným prožitkem. Nově nabytá či posílená víra se významně odráží v přístupu k pojmu lidská duše. Zde došlo k intersubjektivní shodě v přesvědčení o její existenci. Přesvědčení o její existenci nezávisle na fyzickém těle sdílejí ti, kteří v průběhu mimořádného stavu vědomí opustili své tělo a zakusili tak pocit mimotělní existence. Tito respondenti potvrzují teorii Daviese (2005), že lidé s mimotělesnou zkušeností jsou svým prožitkem inspirováni k dualistickému pohledu na člověka. V souvislosti s přesvědčením o existenci duše se ve výpovědích 4 respondentů objevila i další forma víry, a to víra v reinkarnaci.

Na základě výše uvedených poznatků můžeme stanovit následující 2 hypotézy:

H1: Po prožitku mimořádného stavu vědomí dochází u osob k pozitivním změnám ve vztahu k sobě i k okolí.

H2: Vzrůstající zájem o spiritualitu je významným následkem prožití mimořádného stavu vědomí.

Výzkumná otázka č. 2: **Došlo u respondentů po prožitku mimořádného stavu vědomí k subjektivní změně postoje ke smrti?**

Téma smrti je v naší společnosti stále vnímáno jako nevhodné širší diskuze. Smrt je vytěsněna a tabuizována, což v důsledku znamená, že sílí naše vnitřní obavy z jejího příchodu. I respondenti se myšlenkami na smrt příliš nezabývali do té doby, než prožili stav mimořádného vědomí. Následkem mimořádného stavu vědomí došlo k výrazné změně jejich pohledu a přístupu k vlastní smrti. U respondentů s prožitkem blízkosti smrti došlo k subjektivně vnímanému úplnému vymizení strachu ze smrti a můžeme tak mluvit o její plné akceptaci. Všichni 3 respondenti s touto zkušeností, která zdaleka nepředstavovala vzorec úplného prožitku NDE (Moody, 2010), dávají tuto změnu do přímé souvislosti s tím, co prožili. U ostatních respondentů došlo také vlivem prožitku mimořádného stavu vědomí k výraznému snížení strachu ze smrti, o úplné absenci se však v jejich případě mluvit nedá. Důvodem může být prožití procesu umírání a smrti pouze v symbolické podobě, zatímco u respondentů s NDE došlo k faktické konfrontaci se smrtí.

Které faktory prožitku se podílely na následném snížení strachu ze smrti? U respondentů s prožitkem blízkosti smrti vychází ze subjektivně vnímaného pocitu, že prožili to, co po smrti skutečně následuje. Prožitek jim dovolil nahlédnout to, co se děje s člověkem ve chvíli, kdy je považován z lékařského hlediska za mrtvého. U ostatních respondentů vychází snížení strachu ze smrti pravděpodobně ze zkušenosti, že lidské vědomí je schopné daleko významnějších věcí, než jsme ochotni si v bdělém stavu připustit. Osobně spatřuji zásadní impuls vedoucí ke změně v tom, že se téma smrti prostřednictvím prožitku stalo na určitý okamžik centrem pozornosti jejich Já. Následné přemítání o prožitku a integrace toho, co během něj zakusili, směřuje postupně k vědomé akceptaci vlastní smrtelnosti. V této své teorii navazuji na teorii (Blackmore, 1993), která říká, že ke snížení strachu ze smrti není zapotřebí samotné fyzické blízkosti smrti, ani prožitku mimořádného stavu vědomí, ale vystačí nám samotné přemítání a zabývání se tématem vlastní smrti. Podobně jako Yalom (2006) v tomto zjištění spatřuji zřejmé a zásadní důsledky pro psychoterapii.

Oslabení nebo úplné vymizení strachu ze smrti u respondentů můžeme dát také do souvislosti s vírou v posmrtný život. Všech 7 respondentů se domnívá, že existuje určitá forma posmrtného života, ale konkrétní představu většina nemá. Konkrétní a vzájemně shodnou představu toho, co nás po smrti čeká, naznačili pouze 2 respondenti. V určitých prvcích se jejich představa shoduje s tím, co definuje Washburn (In Vančura, 2002) jako univerzální pole vědomí.

Z výše uvedeného vyplývají další dvě hypotézy:

H3: U lidí s prožitkem mimořádného stavu vědomí dochází k výraznému snížení strachu z vlastní smrti.

H4: Následkem prožitku mimořádného stavu vědomí dochází k nárůstu přesvědčení o existenci určité formy posmrtného života.

Výzkumná otázka č. 3: **Došlo u respondentů po prožitku mimořádného stavu vědomí k subjektivní změně postoje k umírání?**

Na rozdíl od strachu ze smrti nedošlo u respondentů k intersubjektivní shodě v přístupu k umírání. Avšak strach z umírání ve výpovědích dostává konkrétní podobu. Obavy z umírání můžeme na základě zjištění rozdělit do tři kategorií: umírání v bolestech, pocit marnosti, nepochopení procesu umírání. 3 respondenti spojili svoji obavu z umírání s bolestivým umíráním. V běžné populaci tato obava z bolestivého umírání představuje také tu nejnaléhavější (Sláma, Špinka, 2004). To, že strach z bolestivého umírání přetrvává i po prožitku mimořádného stavu vědomí uvádí i Ring (2006) s odkazem na svůj výzkum prožitků blízkosti smrti. Další 3 respondenti uvedli obavy z nepochopení samotného procesu umírání. Tyto obavy vycházejí buď z nesprávného prožívání umírání na straně subjektu nebo z nepochopení na straně moderní medicíny, která tento proces svými zásahy uměle prodlužuje.

Někteří respondenti uvedli po prožitku mimořádného stavu vědomí dokonce jakési zaujetí vlastní smrtí. To může vést k domněnce, že tito lidé, jejichž přirozené obavy ze smrti se v důsledku prožitku rozplynuly, mohou zvolit dobrovolný odchod ze života. Opak je ale pravdou. Všichni respondenti se shodují v tom, že sebevražda je pro

ně aktuálně nepřijatelná. Život je vnímán jako úkol. 3 respondenti, včetně toho, který měl svůj prožitek mimořádného stavu vědomí v souvislosti s pokusem o sebevraždu, uvedli, že si uvědomují plnou odpovědnost za svůj život a za to, jakým způsobem ho prožijí. V této rovině spatřuji jasné korelace s výzkumem, který provedl Rosen (1975) u osob, které měly prožitek mimořádného stavu vědomí po sebevražedném pokusu. Domnívám se, že i zde vycházejí najevo možné důsledky pro psychoterapii, pokud by se opakovaným výzkumem na stejném vzorku potvrdila trvanlivost této hodnoty v čase.

Na základě těchto skutečností můžeme stanovit poslední hypotézu:

H5: Strach z bolestivého umírání přetrvává u lidí i po prožitku mimořádného stavu vědomí.

Cíl výzkumu, identifikovat podobnost subjektivně vnímaných změn, zejména v přístupu ke smrti a umírání, bez ohledu na typ prožitku mimořádného stavu vědomí, byl splněn.

Výsledky mohou obsahovat určitá zkreslení. Prvním je věková struktura respondentů, která se pohybovala v rozmezí 22 – 32 let. To znamená, že výpovědi jsou od souboru relativně mladých lidí v produktivním věku. Časový odstup od prožitku se u respondentů pohyboval v rozmezí 1 – 9 let, takže se jednalo vesměs o aktuální téma jejich života. Tyto okolnosti by jistě vyžadovaly verifikaci na stejném vzorku s určitým časovým odstupem. Další možné zkreslení vychází z nezahrnutí všech možných prožitků mimořádného stavu vědomí, které se svojí povahou přibližují těm do výzkumu zahrnutých, jako např. šamanská krize nebo jiné obrazy psychospirituální krize, během kterých také dochází k procesu smrti a znovuzrození na symbolické úrovni. Důvodem je nízký výskyt těchto jevů v rámci našeho kulturního prostředí anebo jejich patologizace soudobou psychiatrií, kdy jsou považovány za psychotické projevy. Následkem toho osoby své prožitky považují za projev jejich duševního onemocnění a nikoli za transformativní proces jejich osobnosti. Z tohoto může vycházet další zkreslení, neboť výzkumný soubor je tvořen respondenty, kteří se do výzkumu přihlásili dobrovolně a

tak můžeme předpokládat, že u nich do určité míry již došlo k vyrovnání se s prožitkem mimořádného stavu vědomí a jeho integraci do struktur psychiky.

Psychoterapeutický přesah

V průběhu diskuze nad výzkumnými otázkami jsem několikrát zmínil, že ze zjištění vycházejí hypotetické důsledky pro psychoterapii. Na následujících řádcích se tyto důsledky pokusím více rozvést.

Pozornost v rámci psychoterapie by měla být věnována jednak lidem s prožitky mimořádných stavů vědomí - především formou podpory integrace prožitku a pozitivních osobnostních změn, které s sebou prožití těchto stavů přináší. Jak vychází z výpovědí respondentů i mé osobní zkušenosti z kontaktu s nimi, možnost sdílet prožité stavy bez předchozího odsouzení či devalvace prožitého stavu mimořádného vědomí, bohužel nebývá dostupná. Ve chvíli, kdy nejsou dostupné přirozené zdroje podpory, považuji za vhodné pokračovat ve zpracovávání prožitého stavu, pokud to okolnosti dovolují, formou psychoterapie, jejímž prostřednictvím může být také zabráněno vytěsnění popř. negativní akceptaci prožitku. V České republice se podobná iniciativa již objevuje a lidé s prožitky mimořádných stavů vědomí mají možnost využít těchto podpůrných služeb.

Dále vnímám na základě výsledků výzkumu možné důsledky i pro psychoterapii osob s psychiatrickou diagnózou, např. tou ze spektra úzkostných poruch. Primární úzkost ze smrti nabývá podle Yaloma (2006) různých forem, proto by konfrontace s vlastní smrtí v rámci experienciální psychoterapie (prožitkové sebezkoumání) mohla pomoci při léčbě úzkostných poruch a neuroticismu obecně. Využití terapeutického potenciálu mimořádných stavů vědomí si dokáži představit i u některých případů deprese, které jsou doprovázeny suicidálními myšlenkami a u osob závislých na návykových látkách. Může to sice vyznít paradoxně, ale z mé vlastní zkušenosti terénního sociálního pracovníka vychází, že právě dimenze spirituální je ta, jejíž absence často vede k rozvoji abúzu návykových látek. Účinnost využití spirituální

dimenze při léčbě závislostí můžeme demonstrovat např. na svépomocné skupině Anonymních alkoholiků.

Na základě poznatků z výzkumu se dále domnívám, že využití terapeutického potenciálu mimořádných stavů vědomí by mělo být dostupné také všem lidem „bez diagnózy“. Jaký by náš svět byl, kdybychom si uvědomili stejné věci jako lidé po prožitku mimořádného stavu vědomí?

6 ZÁVĚR

„Fyzická stránka smrti je naší zhoubou, její představa naší záchranou.“

(Irvin D. Yalom)

Diplomovou práci na téma *Akceptace smrti a umírání u lidí s prožitky mimořádných stavů vědomí* jsem se rozhodl napsat z důvodu vnitřního přesvědčení, že konfrontace s vlastní smrtí pomáhá člověku najít sám sebe a smysl svého života. V naší společnosti je smrt stále vnímána jako ohrožení, cosi neznámého směřujícího do těžko uchopitelné nicoty. Nelze se proto divit, že si smrt raději nepřipouštíme a žijeme v iluzorní představě, že se nás netýká. Přesto někde uvnitř každý z nás ví, že jednou se i my dostaneme k okénku, abychom si vyzvedli lístek na odchod z této pozemské existence. To, jakým způsobem se k vlastní smrtelnosti vztahujeme, záleží na nás. Tato práce se pokusila nastínit jedno z možných řešení, jak učinit naši obavu ze smrti a umírání méně frustrující.

Provedený výzkum potvrzuje, že po prožití mimořádného stavu vědomí, dochází u osob k pozitivním změnám ve vztahu k jejich životu. Stávají se více pozorní jak k sobě samotným, tak ke svému okolí. Uvědomují si odpovědnost za svůj život, který prožívají autentičtěji než dříve. Následkem prožitku mimořádného stavu vědomí dochází také k zesílení zájmu o duchovní stránku lidského života. Osoby s prožitkem mimořádného stavu vědomí věří, že existuje nějaká vyšší síla, která působí na naše životy. Nejen díky tomu dochází po prožitku k výraznému snížení strachu z vlastní smrti a k nárůstu přesvědčení, že smrtí náš život nekončí a že existuje určitá forma posmrtného života. Obavy z umírání sice přetrvávají, nicméně díky výše uvedeným osobnostním změnám, nedosahují již takové intenzity jako před prožitkem. Život dostává nový význam a úmyslný předčasný odchod ze života se stává nepřijatelným. Cíl výzkumu byl splněn identifikací těchto změn, které přicházejí po prožití mimořádného stavu vědomí.

Uvědomuji si, že výběrem tohoto tématu jsem se dostal na tenký led, protože zkoumané jevy nejsou dosud plně akceptovány či byly již zamítnuty odbornou

veřejností, respektive její majoritní částí. Zkoumání mimořádných stavů vědomí vidí valná většina vědeckých pracovníků jako bezpředmětné, protože se jedná o fenomény, které svoji povahou nezapadají do současného moderního chápání světa. Domnívám se, že ve výsledku není podstatné, zda jsou mimořádné stavy vědomí odrazem budoucnosti a skrytých možností lidské bytosti nebo se jedná o psychické obranné mechanismy či patologické projevy mozkové činnosti. Změny, které prožití mimořádných stavů vědomí přináší, jsou veskrze pozitivní a dokazují nám svůj terapeutický potenciál, který bychom se měli naučit využívat vhodným způsobem. Jsem přesvědčen o tom, že je třeba zabývat se touto oblastí i nadále.

Na závěr si dovolím nastínit směr, kterým by se mohla výzkumná činnost v této oblasti dále ubírat. V první řadě považuji za důležité u podobných výzkumů jako je tento, prokázat validitu výsledků i s odstupem několika let, aby se tak potvrdila jejich trvanlivost v čase. Zkoumané jevy v této práci představují jen zlomek ze souboru mimořádných stavů vědomí, proto by jistě nebylo od věci, věnovat pozornost i dalším fenoménům jako jsou vzpomínky na minulé životy, probouzení Kundaliní, zážitky setkání s UFO, extrasenzorická percepce a jejich dopadu na osobnost člověka a jeho další život. V rámci jednotlivých mimořádných stavů vědomí vidím jako podstatné zaměřit se více na jednotlivá stádia popř. hloubku prožitku a pokusit se o jejich vzájemné porovnání. Větší pozornost by se také měla věnovat všem složkám strachu ze smrti v běžné populaci, tedy u lidí, kteří nemají přímou zkušenost s mimořádnými stavy vědomí. Jejich zmapovaní by mohlo přinést důležité informace potřebné pro rozhodování, jakým směrem působit psychologickými prostředky. Věřím tomu, že k vědomé akceptaci vlastní smrti může dojít i jiným způsobem než prožitkovým, proto by jistě bylo zajímavé porovnat výsledky prožitkové terapie s výsledky tradičních verbálních přístupů jakými jsou existenciální psychoterapie, logoterapie nebo daseinsanalýza. Nabízí se také porovnání i s jinými transformativními postupy jako biblioterapie nebo přednášková činnost zaměřená na téma smrti, strachu ze smrti a umírání.

Věřím, že tato práce může posloužit jako určitý výchozí bod nebo zdroj informací pro další výzkumníky, jejichž zájem se bude ubírat stejným směrem. Téma

mimořádných stavů vědomí i téma smrti a umírání svoji podstatou dokáže překvapit, zaujmout a dovést k uvažování nad smyslem vlastní existence.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BALL, M. W. *Moudrost hub: Šamanský rozvoj duchovního vědomí*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-77-4.
2. BLACKMORE, S. *Umírání jako cesta k životu: Věda a předsmrtné prožitky*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993. ISBN 80-900802-8-6.
3. BOHM, D. Věda, duchovnost a současná krize světa. In *Na vlnách změn: Přednášky z 12. mezinárodní transpersonální konference*. Praha: Radost, 1992. ISBN 80-85189-13-5.
4. CAGAŠ, P., ČAVNICKÁ, M. Zážitek mimotělní existence. *Psychologie DNES*. 2005, roč. 11, č. 9, s. 35-37. ISSN 1212-9607.
5. DAVIES, D. J. *A Brief History of Death*. Malden: Blackwell Publishing, 2005. ISBN 1-4051-0183-0.
6. DYCK, E. *Psychedelic psychiatry: LSD from cliníc to campus*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2008. ISBN 978-0-8018-8994-3.
7. FURST, P. T. *Halucinogeny a kultura*. Praha: Maťa, 1996. 258 s. ISBN 80-901915-7-6.
8. GREYSON, B., STEVENSON, I. *The phenomenology of near-death experiences* [online]. American Journal of Psychiatry, 1980 [cit. 2010-12-26]. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/137/10/1193>. ISSN 1193-1196.
9. GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. 1. vyd. Praha: GEMMA89, 1993a. ISBN 80-85206-15-3.
10. GROF, S. *Kosmická hra: Zkoumání hranic lidského vědomí*. 1.vyd. Praha: Perla, 1998. 233 s. ISBN 80-902156-1-8.
11. GROF, S. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. 1. vyd. Praha: Argo, 2009. ISBN 978-80-257-0177-5.
12. GROF, S. *LSD Psychotherapy*. Sarasota: MAPS, 2001. ISBN 0-9660019-4-5.
13. GROF, S. *Psychologie budoucnosti: Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. 1. vyd. Praha: Argo, 2007. ISBN 978-80-7203-937-1.

14. GROF, S. *The ultimate journey: Consciousness and the mystery of death*. Sarasota: MAPS, 2006. ISBN 0-9660019-9-0.
15. GROF, S., GROFOVÁ, CH. *Nesnadné hledání vlastního já: Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojkovo nakladatelství, 1999. 270 s. ISBN 80-86183-10-6.
16. GROF, S. Teoretické a empirické základy transpersonální psychologie. In *Na vlnách změn: Přednášky z 12. mezinárodní transpersonální konference*. Praha: Radost, 1992. ISBN 80-85189-13-5.
17. GROF, S. *Za hranice mozku*. Praha: GEMMA89, 1993b. ISBN 80-85206-12-9.
18. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
20. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
21. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
22. HYTYCH, R. *Smrt a nesmrtelnost: Sociální reprezentace smrti*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-092-8.
23. JENSEN, K. *Ketamine: Dreams and Realities*. Sarasota: MAPS, 2004. ISBN 0-9660019-7-4.
24. JUNG, C. G. *Analytická psychologie, její teorie a praxe*. Praha: Academia, 1993. 205 s. ISBN 80-200-0480-7.
25. JUNG, C. G. *Duše moderního člověka*. 1. vyd. Brno: Atlantis, 1994. 380 s. ISBN 80-7108-087-X.
26. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
27. KRAJČA, M. Fakta a mýty o prožitcích blízkosti smrti. *Psychologie DNES*. 2011, roč. 17, č. 2, s. 44-47. ISSN 1212-9607.

28. KRAJČA, M. *Sociální reprezentace zážitků blízko smrti*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce R. Hytych.
29. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
30. KÜBLER-ROSS, E. *O dětech a smrti*. Praha: Ermat, 2003. 311 s. ISBN 80-903086-1-9.
31. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Arita, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
32. KUPKA, M. Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí. *E-psychologie* [online]. 2/2008. s. 30-40. [cit. 2010-12-29]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps1.pdf>. ISSN 1802-8853.
33. LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti*. Praha: Vyšehrad, 1990. 202 s. ISBN 80-7021-054-0.
34. MASLOW, A. H. *Ku psychológii bytia*. Modra: Persona, 2000. ISBN 80-967980-4-9.
35. MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. Brno: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
36. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
37. MOODY, R. *Život po životě*. 4. vyd. Praha: Euromedia Group, k. s. – Knižní klub, 2010. 160 s. ISBN 978-80-242-2713-9.
38. NEIMEYER, R. A. *Death anxiety handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis, 1994. ISBN 1-56032-282-9.
39. PETRÁŇOVÁ, T. Primářka Psychiatrické kliniky FN Plzeň. Ústní informace sdělená autorovi 19.11.2010.
40. PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 978-80-247-0871-3.
41. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1499-3.

42. PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.
43. PUŠKÁROVÁ, M. *Kto má v rukách nevedomie?* 1. vyd. Bratislava: Veda, 1994. 217 s. ISBN 80-224-0420-9.
44. RATZINGER, J. *Eschatologie: smrt a věčný život*. Brno: Barrister & Principal, 2008. 195 s. ISBN 978-80-87029-30-5.
45. RIEMANN, F. *Základní formy strachu – Typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 200s. ISBN 80-7178-313-7.
46. ROSEN, D. H. *Suicide survivors: A follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay bridges*. Western Journal of Medicine, 1975 [cit. 2011-03-29]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1129714/pdf/westjmed00296-0031.pdf>.
47. ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 288 s. ISBN 80-7178-923-2.
48. RING, K. *Posolstvo Svetla*. Bratislava: Ikar, 2006. ISBN 80-551-1116-2.
49. SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-914-X.
50. SCHERMER, V. L. *Duch a duše: Nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-816-3.
51. SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epocha, 2006. ISBN 80-87027-11-6.
52. SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0249-1.
53. SKOPALOVÁ, J. O smrti a umírání. *Sociální práce: Sociální práce s umírajícími*. 2010, č. 2, s. 64-70. ISSN 1213-6204.
54. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š.: *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
55. SOUDKOVÁ, M. *Světlo a naděje: Prožitky blízkosti smrti z americké perspektivy*. Praha, Faun, 1999. ISBN 80-902018-8-0.

56. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
57. ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-0931-7.
58. STRASSMAN, R. *DMT: Molekula duše*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2005. ISBN 80-86862-10-0.
59. SVOBODOVÁ, I. *Holotropní dýchání – cesta ke změněnému stavu vědomí*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce M. Kupka.
60. VAČURA, M. Psychospirituální krize. In *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
61. VYHNÁLEK, M. Psychologické aspekty letálních nemocí v dětském věku. In *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
62. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
63. WHO. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2009. 744 s. ISBN 978-80-904259-1-0.
64. YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 528 s. ISBN 80-7367-147-6.
65. YALOM, I. D. *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-376-5.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

holotropní dýchání
mimořádné stavy vědomí
prožitek blízkosti smrti
psychedelické látky
smrt a umírání
thanatologie

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APA	Americké psychologická asociace
BPM	bazální perinatální matrice
DMT	dimethyltryptamin
LSA	amid kyseliny lysergové
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
MDMA	methylendioxy-methamfetamin („extáze“)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
NDE	near-death experience (prožitek blízkosti smrti)
OBE	out of body experience (mimotělesná zkušenost)
PCP	fencyklidin („andělský prach“)
THC	tetrahydrocannabinol
UFO	unidentified flying object (neidentifikovaný létající předmět)

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Vzorec úplného prožitku NDE

Příloha č. 2: Okruhy a otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1: Vzorec úplného prožitku NDE

Člověk umírá v okamžiku, kdy dosahuje nejvyšší tělesné tísně, a slyší, jak jeho lékař prohlašuje, že zemřel. Slyší nepříjemný zvuk, hlasité zvonění nebo bzučení a současně cítí, že se velmi rychle pohybuje nějakým dlouhým temným tunelem. Pak se ocitá náhle mimo své fyzické tělo, ale stále ještě v jeho bezprostřední blízkosti a vidí své tělo zpovzdálí jako divák. Pozoruje oživovací pokusy z tohoto vzdáleného místa a je ve stavu emocionálního vzrušení. Po chvíli se vzpamatuje a poněkud přizpůsobí svému zvláštnímu stavu. Poznává, že má stále ještě nějaké tělo, i když značně odlišné a nadané jinými schopnostmi, než mělo tělo, které opustil. Pak se začnou dít další věci. Přicházejí jiní, aby jej přivítali a pomohli mu. Vidí duše zemřelých příbuzných a přátel a objevuje se před ním jakýsi milující a laskavý duch – něco, co dosud nepoznal – jakási bytost ze světla. Tato bytost mu beze slov položí otázku, která ho přiměje k ohodnocení vlastního života, a pomůže mu při tom panoramatickou projekcí důležitých událostí jeho života. V určité chvíli má „zemřelý“ pocit, že se přibližuje k nějaké bariéře nebo hranici, dělící zřejmě život pozemský od života budoucího, ale shledává, že se musí vrátit, že jeho čas dosud nenadešel. V tomto okamžiku váhá, protože je už tak zaujatý svými novými zážitky, že se vrátit nechce. Je přemožen intenzivními pocity radosti, lásky a míru. Ale pak se přece jen nějak sjednotí se svým fyzickým tělem a žije dál. Později se snaží mluvit o tom s jinými lidmi, ale naráží na potíže. Jednak nemůže najít slova, která by dokázala vystihnout jeho nepozemské prožitky, nebo se setkává s nepochopením, a tak už se dál nepokouší svou zkušenost někomu sdělit. Přesto vše, co zažil, hluboce ovlivní jeho další život, především jeho názor na smrt a její vztah k životu.

Příloha č. 2: Okruhy a otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. pohlaví: muž žena
2. vzdělání: základní středoškolské vysokoškolské
3. věk: ……...……...
4. typ prožitku: ……..
5. datum prožitku (rok): ……..

Okolnosti a popis prožitku:

Co mu předcházelo? Jaký měl průběh a jak jste ho prožíval/a?
(detailně popsat, co se vlastně stalo)

Po požitku:

Jak se váš život změnil po prožitku? Jaké životní hodnoty nyní zastáváte?

Jak reagovali na váš prožitek popř. následnou změnu hodnot vaši nejbližší (rodina), všimli si nějakých změn?

Je ve vás stále něco, co souvisí s prožitkem, čemu ještě úplně nerozumíte?

Ovlivnil vás nějakým způsobem prožitek v pohledu na smrt a umírání?
Máte strach ze smrti? Lze hovořit o úplné absenci strachu?
Bojíte se umírání? Čeho konkrétně se nejvíce obáváte?

Věříte v posmrtný život? Jak si jej představujete?

Co si myslíte o pojmu lidská duše? Domníváte se, že je možná její existence mimo fyzické tělo?

Máte někdy pochybnosti o svém přesvědčení, které jste získal/a díky prožitku?

Co si myslíte o sebevraždě? Jaký je váš postoj k ní?

Jste věřící člověk? Byl/a jste věřící před prožitkem? Proč jste se stal/a věřícím?
Jaké náboženství vyznáváte?

Před prožitkem:

Jaký byl váš život před prožitkem? Co bylo smyslem vašeho života?

Jaký postoj ke smrti jste zastával/a před prožitkem?