

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Alexandra Tomková

Psychoterapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislosti

Psychotherapeutic Use of Altered States of Consciousness in the Addiction
Treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce : Mgr. Aleš Kuda

Praha

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 5. 2011

ALEXANDRA TOMKOVÁ

.....

Identifikační záznam

TOMKOVÁ, Alexandra. *Psychoterapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí. [Psychotherapeutic Use of Altered States of Consciousness in the Addiction Treatment]*. Praha, 2011. 61 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky. Vedoucí práce Kuda, Aleš.

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Aleši Kudovi za jeho trpělivé vedení. MUDr. Stanislavu Kudrlemu velmi děkuji za spolupráci a čas, který mi věnoval. Také mnohokrát děkuji Mgr. Kateřině Šrahůlkové, Ph. D. za její věcné rady.

Tuto práci věnuji svému bratrově Miroslavu Tomkovi za jeho všestrannou péči a podporu během jejího psaní. Děkuji.

Obsah

1. Úvod, cíle práce, metodologie.....	6
2. Úvod do problematiky, základní pojmy.....	9
2. 1. Kolektivní nevědomí.....	9
2. 2. Transcendence.....	9
2. 3. Transpersonální psychologie.....	10
2. 4. Spiritualita.....	11
2. 5. Šamanismus.....	11
2. 6. Rituál přechodu.....	12
2. 7. Změněné stavy vědomí.....	13
2. 7. 1. Holotropní stavy vědomí.....	15
3. Závislost.....	17
3. 1. Syndrom závislosti.....	17
3. 2. Příčiny závislosti.....	18
3. 3. Léčba závislostí.....	19
3. 3. 1. Psychoterapie.....	19
3. 3. 2. 12ti krokové programy.....	19
4. Terapeutického využití změněných stavů vědomí.....	22
4. 1. Psychedelická terapie.....	23
4. 2. Holotropní dýchání.....	24
5. Terapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí ve světě.....	26

5. 1. Bubnování.....	26
5. 2. LSD.....	27
5. 3. Ketamin.....	30
5. 4. Ayahuška.....	32
5. 5. Ibogain.....	37
6. Terapeutické využití změněných stavů vědomí v ČR.....	38
6. 1. Terapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí v ČR.....	38
6. 1. 1. Holotropní dýchání na Lochotíně.....	38
6. 1. 2. Holotropní dýchání v TK Němčice.....	39
6. 1. 3. Přínosy holotropního dýchání v terapii závislých.....	40
7. Diskuze a závěry.....	43
8. Seznam použité literatury.....	45
Příloha 1.....	51

Vysoká škola: Univerzita Karlova v Praze

Fakulta: 1. lékařská

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Školní rok: 2009/2010

Abstrakt bakalářské práce

Jméno: Alexandra Tomková

Obor: Adiktologie

Vedoucí práce: Mgr. Aleš Kuda

Rok imatrikulace: 2007

Oponent: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Počet stran: 61

Název bakalářské práce: Psychoterapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislosti

Abstrakt bakalářské práce:

S přirozenou lidskou touhou po dosažení změněných stavů vědomí se můžeme setkat napříč mnoha kulturami, a také u uživatelů drog. Ty k experimentování s drogami a následně k závislosti často přivádí právě záměr dosáhnout změněných stavů vědomí a touha po spirituálních prožitcích. Spiritualita je neopominutelnou složkou bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti a je důležité na ni v léčbě

(i prevenci) závislostí nezapomínat. Pracují s ní mnohé léčebné programy jakou jsou například Anonymní Alkoholici nebo Anonymní Narkomané.

Práce vznikla na základě studia odborných textů. Vybrala jsem si nejnázornější příklady, které již byly zpracovány v dostupné odborné literatuře. Dalším zdrojem materiálu byl také osobní rozhovor s MUDr. Stanislavem Kudrlem, který organizoval holotropní dýchání v terapeutické komunitě Němčice.

Cílem této práce je popsat různé metody vedoucí ke změněným stavům vědomí, jejich využití ve světě a v České republice. Práce se také snaží poukázat na jejich přínos v léčbě závislostí. Ačkoliv srovnává více různých technik navození změněných stavů vědomí, snaží se prokázat jejich společný léčebný potenciál, který spočívá v nastartování uzdravného procesu každého člověka.

V závěru práce a diskuzi shrnuji přínosy této techniky, která při dodržení zásad bezpečného terapeutického rámce a také setu a settingu nabízí komplexnější terapeutické možnosti a soustředí se na celou osobnost klienta.

Klíčová slova:

**Změněné stavy vědomí – Závislost – Léčba - Spiritualita –
Psychedelika**

**Title of bachelor thesis: Psychotherapeutic Use of Altered States
of Consciousness in the Addiction Treatment**

The desire to reach altered states of consciousness is a natural human feature, which we can find through the history, various cultures and among drug users as well. The intention to get the altered states of consciousness and having a spiritual experience is one of the reasons why they are using drugs and afterwards they

develop addiction. Spirituality is one of the relevant parts of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction and it is important not to forget about it in the addiction treatment and even in the prevention of addictive behaviour.

This essay is based on a study of academic texts. I chose the most relevant examples, which already have been revealed in available academic literature. The other source of information was the personal interview with Dr. Stanislav Kudrle, which organized sessions of holotropic breathing in the therapeutic community NĚMČICE (Czech Republic).

The target of this paper is to describe different ways leading to altered states of consciousness, which are used both internationally and in the Czech Republic and also highlight the benefits of these findings on the field of addiction treatment. Although this essay is comparing different methods inducing altered states of consciousness, trying to prove their common therapeutic potential, which is to start the recovery process included in every human.

In the Summary and part Discussion of this paper, I summarize the benefits of this technique, in which the principles of a safe therapeutic framework and setting also offers comprehensive therapeutic options and focus on a client's personality.

Key words:

**Altered States of Consciousness – Addiction – Treatment -Spirituality -
Psychedelics**

1. Úvod, cíl práce, metodologie

V práci se pokouším popsat možnosti psychoterapeutického využití změněných (též rozšířených či mimořádných) stavů vědomí a jejich aplikaci v léčbě závislostí ve světě i v České Republice.

Zaměření práce vychází z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti, jehož důležitou složkou je spiritualita a z potřeby lidí hledat svou vnitřní podstatu a přesahovat své já. S touto přirozenou lidskou touhou po dosažení změněných stavů vědomí se můžeme setkat napříč mnoha kulturami, a také u uživatelů drog. Ty k experimentování s drogami často přivádí právě záměr dosáhnout změněných stavů vědomí.

Spiritualita, stejně jako potřeba transcendence, je velmi důležitou oblastí našich životů. Její špatná integrace do každodenního života, popřípadě její nepřijetí, může být jednou z mnoha příčin závislostí. Proto by neměla být v léčbě závislostí opomíjena. Skutečnost, že existuje množství nových i starších přístupů, kombinujících právě terapii změněných stavů vědomí s klasickými psychoterapeutickými přístupy, aplikovanými v různých léčebných programech, tuto teorii potvrzuje (Kudrle, 2010).

Na význam spirituality v léčbě závislosti a potřebě jejího přijetí, poukazuje mimo jiné také známá organizace Anonymní Alkoholici, která přijala tuto tezi za jeden ze svých 12ti kroků: *Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho chápeme.* „ (AA podle Kalina et al., s. 86)

a tzv. „duchovní probuzení“ považuje za velmi důležitý krok k nezávislosti. Závislost můžeme chápat jako výzvu k hledání této naší dosud neobjevené stránky, jak uvádí například Stanislav Kudrle ve svém článku „Závislost jako spirituální učitel“ (Kudrle, 2006). Ten pojednává o závislosti jako o druhu psychospirituální krize, která je součástí hledání naší duchovní podstaty. Podobně Christina Grofová zmiňuje ve své knize *Žízeň po celistvosti* (1998), že neukojitelná touha po celistvosti a nalezení duchovní podstaty může vést k závislosti. Terapie změněnými stavy vědomí, ať již jde o psychedelickou terapii či o holotropní

dýchání, pracuje mimo jiné i se spirituálními prožitky na cestě jedince k celistvosti, jež je důležitým prvkem cesty k nezávislosti (Grofová, 1998).

Integrace těchto prožitků a rozšíření vnímání sebe sama o dimenzi duchovní podstaty je velmi důležitou motivací ke změně chování závislých osob, jak vidíme v přístupu AA a dalších léčebných programů.

Ve své práci se budu soustředit především na popsání používaných terapií změněných stavů vědomí a jejich aplikaci v léčbě závislostí. V úvodní části neopomenu vysvětlit základní pojmy, které se této problematice dotýkají, popřípadě se s ní prolínají. Práce se skládá ze tří částí:

- a) V úvodní části se věnuji popsání základních pojmů týkající se problematiky změněných stavů vědomí a s nimi souvisejících témat
- b) Ve druhé části se věnuji použití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí ve světě
- c) Třetí část se soustředí na využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí v České republice

Jak popisují v kapitole o využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí ve světě, jedná se o různorodé přístupy. Z nefarmakologických postupů jsem si vybrala nejnázornější příklady bubnování, z farmakologických postupů ketamin, LSD a Ayahuasku. Na krátkých kazuistikách ukazuji, jak změněné stavy vědomí v daném případě fungují a co klientům nabízejí. V části, věnované využití změněných stavů vědomí v ČR se pak zaměřuji především na terapeutickou komunitu Němčice a zkušenosti, které aplikace holotropního dýchání v komunitě přinesla.

Práce se snaží zodpovědět především tyto otázky: Jaké přínosy může mít terapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí? Dále jaký konkrétní prospěch mohou závislí v léčbě z těchto změněných stavů vědomí získat? Jaké jsou zkušenosti s terapeutickým využitím změněných stavů vědomí ve světě a jaké v ČR a proč terapeutické využití změněných stavů vědomí nepatří mezi běžně užívané metody v léčbě závislostí?

Práci jsem psala na základě studia odborných textů. Vybrala jsem si nejnázornější příklady, které již byly zpracovány v dostupné odborné literatuře. Nutnost výběru je mimo jiné dána také stanoveným rozsahem práce. Dále jsem uskutečnila rozhovor se Stanislavem Kudrlem, který je jedním z těch, kteří u nás aktivně využívají metodu holotropního dýchání – tedy techniku navozující změněný stav vědomí. Zároveň působí na poli léčby závislostí.

2. Úvod do problematiky, základní pojmy

V této kapitole vysvětlím základní pojmy, které se k problematice změněných stavů vědomí váží. Jde o tyto pojmy:

2. 1. Kolektivní nevědomí

Jung (1998) rozdělil nevědomí na osobní (personální) a kolektivní. Osobní je nevědomím personálních prožitků, druhé, kolektivní je hlubší vrstvou, jde o zkušenosti celého lidského společenství. Obsahy kolektivního nevědomí se objevují například ve snech v podobě charakteristických symbolů (Nakonečný, 1997). Carl Gustav Jung definoval specifické situace a objekty, které nazval archetypy. Jsou to motivy z kolektivního nevědomí, které se vyskytují po celém světě a jsou hlavními součástmi mýtů (Jung, 2001). Povědomí o nich získal srovnávacím studiem mýtů různých kultur. Mezi nejznámější archetypy řadíme animu, anima a stín. Dále to jsou například starý muž, žena, dítě, matka, otec, voda, les atd. Archetypy jsou podobné instinktům, ale na rozdíl od nich neurčují způsob chování, nýbrž imaginaci a cítění. Archetypy se hojně vyskytují v pohádkách, mýtech i v produkci schizofreniků. S archetypy a dalšími obrazy z kolektivního nevědomí se můžeme setkat i během holotropních stavů vědomí (Grof, 1992).

2. 2. Transcendence

„Z lat. Tráns = nad, za; cédó = vystupovat, přecházet. To, co přesahuje zkušenost a představu, co je zásvětné, nadsvětné.“ (Salajka, 2000, s. 86)

Geist (2002) popisuje termín transcendentní: pochází z latinského slova *transcendere*, které znamená přestoupit, překročit. Jde o vše, překračující hranice dané naším vědomím.

2. 3. Transpersonální psychologie

Vyvinula se z humanistické psychologie, jež vznikla jako reakce na behaviorismus neboť ten vytlačil svým určením (koncentruje se pouze na chování) z psychologie řadu témat. Humanistická psychologie vznikla v USA v 60. letech a jejími hlavními představiteli byli A. H. Maslow, C. R. Rogers, R. May a další. Tento směr se soustředí na seberealizaci člověka a uskutečnění jeho tvořivé podstaty. Maslow kritizoval behaviorismus především pro jeho zaměření na chování a nikoliv na vnitřní prožívání člověka. Dále poukazoval na to, že studiem chování zvířat limituje behaviorismus své poznatky pouze na tu část lidské psychiky, kterou se zvířaty sdílíme, a opomíjí tak typicky lidské vlastnosti jako jsou láska, morálka, umění, zhoubná agrese a jiné. Změny v přístupu k člověku z pohledu humanistické psychologie měly za následek posun psychoterapie od verbálních technik k přímému vyjadřování emocí a prožitku tady a teď. Vznikla tak například gestalt terapie nebo bioenergetika (Grof, 2007). Nicméně Maslow a Sutich, druhý ze zakladatelů humanistické psychologie, si uvědomili, že opoměli velmidůležitou součást lidské psychiky – její duchovní rozměr (Sutich, in Grof, 2007). V roce 1967 v americké Kalifornii se tak sešla skupina vědců, která vytvořila nový psychologický směr: Transpersonální psychologii. Mezi těmito vědci byli: Abraham Maslow, Anthony Sutich, Stanislav Grof, James Fadiman, Miles Vich a Sonya Margulies (Grof, 2007). Transpersonální psychologie se soustředí na rozšířené vědomí. Na její vývoj měla jistě vliv i tehdejší fascinace psychedeliky, stoupající zájem o východní duchovní nauky a dosud chybějící rozměr psychologie zabývající se duchovním životem člověka (Nakonečný, 1997). Transpersonální psychologie nám umožňuje do hloubky pochopit lidskou existenci. Chápe člověka jako celek se všemi jeho emocionálními, intelektuálními, fyzickými schopnostmi a neopomíjí ani mystickou podstatu jeho existence (Grofová, 1993). Transpersonální psychologie vnímá postoj k duchovním stránkám lidské psyché v západní kultuře jako nedostatečný, protože jde o postoj etnocentrický. Etnocentrický ve smyslu, že západní vědci považují svůj názor za nadřazený všem ostatním skupinám. Jako primární vnímají hmotu a vědomí, život a inteligenci vnímají jako její vedlejší produkt. Grof v úvodu své knihy *Nové perspektivy v psychologii a psychiatrii* poukazuje na skutečnost, že zatímco z pohledu západní psychologie a psychiatrie,

je duchovní a rituální život domorodých kultur patologickým jevem, současné drancování neobnovitelných přírodních zdrojů, rozvoj zbraní hromadného ničení, genocidy a další, ale chápeme jako normální (Grof, 2007).

2. 4. Spiritualita

„Z *lat. Spíritus = dech, duch*“ (Salajka, 2000, s. 79). Spiritualita pochází z latinského slova *spiritualis*, které v překladu znamená duchovní. Označuje vnímavost vůči duchovním hodnotám a zároveň i různé způsoby duchovní praxe konkrétních náboženských skupin (Petrosillo, 1998). Spiritualita na rozdíl od náboženství je soukromou záležitostí. Jedná se o vztah jedincem a vesmírem. Spiritualita se zakládá na přímém prožitku mimořádného rozměru reality. Nepotřebuje konkrétní osoby ani místa, jedná o vlastní prožitek božství a posvátna ke kterému slouží pouze vlastní tělo a příroda (Grof, 2007). Kudrle (in Kalina et al., 2003) uvádí, že spiritualita je naším vztahem k tomu, co nás přesahuje. K tomu, co chápeme jako nejvyšší autoritu. Jde o přímý prožitek toho, co dává smysl našemu životu. U závislých osob v procesu léčby je otevření se smyslu života často velmi silnou motivací ke změně. Obdobně vztah k vyšší autoritě a její přijetí jako základního kamene úzdravy. Změněné stavy vědomí také umožňují jiný pohled na realitu, otevírají další možnosti jak pracovat s traumaty. Tuto problematiku budu v textu dále rozebírat za pomoci kazuistik.

2. 5. Šamanismus

Šamanismus je jeden z nejstarších duchovních systémů lidstva. Šaman mimo jiné ovládá změněné stavy vědomí, je schopen si sám navodit stav transu a korigovat jeho průběh. Kromě sebe uvádí do stavu transu také ostatní, kterým je zároveň duchovním průvodcem a oporou při jejich prožitcích z těchto stavů (Grof, 2007). Mircea Eliade (1997) tvrdí, že šamanismus je technikou extáze. Šaman je také kouzelníkem, medicinmanem a ústřední postavou magicko-náboženského života společnosti. Šaman své poslání zahajuje duchovní krizí, tzv. „šamanskou nemocí“. Získávání šamanských schopností pak probíhá buď jejich zděděním, nebo

spontánní volbou. Nezávisle na tom, jakým způsobem je nový šaman vybrán, je mu vždy předáno učení dvojího charakteru. Jednak jde o extatické vědění, které má povahu transu, snů aj. Dále jde o tradiční vědění, šamanské techniky, mytologie, genealogie klanu, tajný jazyk a další. To znamená, že šaman se nestane tím, kým je, pouhým samovolným transem či jiným druhem psychospirituální krize (Grof, 2007), nýbrž musí přijmout i učení a teoretické znalosti svého společenství. Pouze tato dvojí zkušenost dělá z posedlého adepta šamanství šamana, uznávaného společností (Eliade, 1997).

Šamani při svých rituálech užívali také látky měnící vědomí, což vedlo k zakotvení jedince ve společnosti i ve svém osobním životě. Významnou roli, kromě účinku psychotropní látky, zde hrál „setting“, tedy ritualizované užití (Kalina et al., 2008). Jeho absence je riziková především při užívání psychedelických drog (Horáček in Furst, 1996). Chybí zde jakákoliv psychologická a duchovní integrace (Kalina et al., 2008).

Z toho vyplývá jasný rozdíl mezi rekreačním užíváním drog a jeho riziky a rituálním užitím halucinogenů, které mělo v původních kulturách svůj jasný rámeček. Z těchto zkušeností vycházejí i veškerá pravidla o psychedelické terapii a holotropním dýchání a důležitosti ukotvení prožitků z nich vyplývajících.

2. 6. Přechodové rituály

Přechodové rituály jsou obřady provázející změnu sociální role, zasvěcení jedince, vnitřní proměnu a další. Objevují se tak při událostech jako je narození, smrt, menopauza, dospělost, obřizka, sňatek, a také při změně ročních období. I tyto rituály zahrnují techniky, měnící stav vědomí. Jde o prožitek smrti a znovuzrození v přeneseném smyslu. Jedinec či skupina opouští něco starého a začíná nové. Jedná se o zážitek psychospirituální transformace, který jako takový má za následek vyšší integritu jedince, přijetí jiné stupnice hodnot a hlubší pochopení sebe sama (Grof, 2007).

Rituály jsou tak jednou z mnoha cest k transcendenci. Jejich tmelící povaha sjednocovala společenství a jejich pravidelnost navozovala pocit bezpečí. Svou posvátnou povahou dávají i běžným událostem hlubší smysl. Právě jejich absence je jedním z mnoha aspektů dnešní materialistické společnosti, který prohlubuje vnitřní i vnější nejistotu člověka. Ta pak může vést ke vzniku závislosti (Nevšímal et al., 2007). Jejich absenci jako jeden ze spirituálních předpokladů vzniku závislosti uvádí také Kudrle (Kalina et al., 2008).

V souvislosti s léčbou závislostí se s rituály setkáváme především v terapeutických komunitách. Příklady takových rituálů může být přijetí nového člena, přechod z jedné fáze léčby do druhé a závěrečný rituál (Nevšímal et al., 2007).

2. 7. Změněné stavy vědomí

Vědomí lze podle Natsoulase (in Wortman, 1988) definovat jako aktivní uvědomování si obrazů, vjemů a emocí, které neustále zaneprázdnňují naši mysl. William James (in Wortman, 1988) jej pak označil jako pramen, který nepřetržitě teče a podle Kihlstorma a Mandlera (in Wortman, 1988) nám vědomí umožňuje přejmout kontrolu nad tím, co prožíváme a děláme, a máme tak možnost vybírat mezi alternativními činy nebo způsoby myšlení.

Termín změněné stavy vědomí je odvozen z anglického výrazu altered states of consciousness popřípadě awarness, u jehož zrodu stál Arnold M. Ludwig. (Altered states of consciousness [online]. In Wikipedia, květen, 2011)

Ludwig (in Vodáčková, 2002) v roce 1969 popsal tyto znaky změněných stavů vědomí:

- změny myšlení
- změna časového prožívání
- ztráta pocitu kontroly
- posun ve vnímání významu a významnost

- zážitek nesdělitelnosti
- pocit znovunarození
- hypersuggestibilita
- změny ve vyjadřování emocí
- změny v obrazu těla
- změny v percepci

Také psycholog Colin Martindale (in Wortman, 1988) vytvořil seznam společných jevů u různých změněných stavů vědomí:

1. Myšlenky jsou spíše mělké. Méně než obvykle strukturujeme a analyzujeme informace.
2. Já je vnímáno odlišně na rozdíl od normálních stavů vědomí. Ostrá hranice mezi já a okolním světem může být rozmazaná. V extrémních případech se já a okolí zdají být jednotné.
3. Během změněného stavu vědomí mohou být ztraceny běžné zábrany. Lidé mohou být více otevřeni návrhům.
4. Vnímání je odtrženo od venkovních podnětů. Lidí často slyší, vidí a cítí věcí, které nejsou založeny na realitě.
5. Během změněných stavů může být náplň vědomí živější než je obvyklé. Barvy mohou být jasnější, zvuky ostřejší a emoce procítěnější. Těmito efekty jsou známy především drogy, ale ukazuje se, že i ostatní nedrogové změněné stavy vědomí zintenzivňují vjemy.

Charles Tart (in Wittig, 1984) napsal, že většinu probdělého dne strávíme v normálním stavu vědomí. Oproti tomu změněné stavy vědomí jsou pro jedince ty, kdy dotyčná osoba prožívá kvalitativní změnu mentálních funkcí.

Mezi změněné stavy vědomí řadíme jednak stavy přirozené, jako je spánek, zážitky blízké smrti, dále stavy uměle vyvolané, jako intoxikace, stavy patologické

jako jsou různá degenerativní onemocnění mozku, duševní onemocnění a jiné. Jen některé z nich nabízejí léčivý a transformační potenciál (Grof, 2007).

Změněné stavy vědomí mohou také nastat spontánně, jako je tomu v případě psychospirituální krize, nebo mohou být vyvolány záměrně (Grof, 1992).

Podle Andrew T. Weila (in Furst, 1996) je chuť lidí pravidelně měnit vědomí vrozená, jde o pud podobný pudu sexuálnímu. Shrnuje, že touha po dosažení změněného stavu vědomí se objevuje již v dětských hrách jako je točení se kolem vlastní osy až k nevolnosti nebo zadržování dechu (Weil in Grofová, 1998; Weil in McPeake, 1991). Weil si také všiml, že bez příležitosti prožitku změněných stavů vědomí v konstruktivní, ritualizované a společensky přijatelné podobě hledají lidé jiné, méně žádoucí cesty k dosažení tohoto cíle. Jak také poznamenal, naše kultura i navzdory této zjevné lidské potřebě zajišťuje velmi málo jiných příležitostí k dosažení tohoto cíle nežli požívání alkoholu (Weil in McPeake et al., 1991). Stejně jako lidé podléhají této touze i zvířata. Například sobi rádi pojídají muchomůrku červenou (Furst, 1996).

2. 7. 1. Holotropní stavy vědomí

Změněným stavům vědomí s transformačním potenciálem se již přes 50 let věnuje Stanislav Grof, který je označuje jako holotropní stavy (Grof, 1992). Termín holotropní stavy vědomí Stanislav Grof zavedl, aby definoval užší podskupinu změněných stavů vědomí. Název je složen ze dvou řeckých slov: *holos*, označující celek a *trepein*, pohybovat se k něčemu. Holotropní tedy znamená směřující k celistvosti (Grof, 1992). Tato celistvost se nachází v našem vlastním duchovním nitru (Grofová, 1998). Holotropní stavy vědomí se na rozdíl od jiných změněných stavů vědomí liší především svým terapeutickým potenciálem a možností prožívat jiné rozměry naší existence (Grof, 2007). Opakem stavů holotropních jsou stavy hylotropní. Hylotropní stavy vědomí používá Grof (1998) pro označení vědomí prožívající stavy každodenní reality.

Při holotropních stavech vědomí dochází k hlubší změně vědomí, kdy ale člověk neztrácí kontakt s realitou a pohybuje se tedy ve dvou světech. Pokud člověk zavře oči v holotropním stavu vědomí, otevírá se mu cesta nejen do hlubin vlastního nitra, ale i do kolektivního nevědomí (Grof, 1992).

Grof ve své knize *Dobrodružství sebeobjevování* (1992) na základě svých poznatků ze své klinické praxe vytvořil mapu psychiky, kterou rozdělil na:

1. vzpomínkově biografickou rovinu
2. perinatální rovinu
3. transpersonální rovinu

Vzpomínkově biografická rovina obsahuje zážitky a okolnosti od narození jedince do současnosti. S touto rovinou pracuje tradiční model psychoterapie. Oproti tomu druhé dvě roviny – perinatální a transpersonální – jsou oblastmi transbiografickými. Jsou spojeny se zážitky psychické smrti a znovuzrození, transpersonálními pocity splynutí se zbytkem kosmu atd. (Grof, 1992). Výraz perinatální je odvozeninou složeniny řeckého *peri*, tedy kolem a latinského *natalis*, týkající se narození. Perinatální zážitky se pohybují na hranici mezi smrtí a zrozením, v praxi se projevují nejčastěji jako znovuprožití vlastního narození (Grof, 1998). Transpersonální rovina zahrnuje zážitky přesahující osobní hranice, hranice ega. Patří sem zážitky ztotožnění se s celým vesmírem, s jinými objekty, se zvířaty a lidmi. Velká skupina těchto zážitků pochází také z kolektivního nevědomí, které definoval Carl Gustav Jung (Grof, 1998; Jung 1998).

Tím, že holotropní stavy vědomí umožňují setkání s archetypálními a mytologickými bytostmi, stávají se základním kamenem duchovního rozměru lidstva. Nejsou jen základem šamanismu, nýbrž stojí i u zrodu velkých světových náboženství jako je křesťanství, judaismus i islám (Grof, 2007).

Tyto změněné stavy vědomí lze navodit mnoha způsoby. Nefarmakologickými postupy, jako je například práce s dechem, rytmické bubnování, extatické tance, spánková deprivace, nebo také pomocí psychedelik či halucinogenů (Grof, 2007). „*Neexistují žádné zásadní rozdíly mezi psychedelickými prožitky a mimořádnými*

stavy vědomí, navozenými jinými postupy, jako například dýcháním, zpěvem, a bubnováním, extatickým tancem, meditací a jinak“ (Grof, 1992, s. 227).

3. Závislost

3. 1. Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je vysvětlován podle MKN 10, neboli mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, mezi nimiž má užívání nějaké látky či skupiny látek u dané osoby větší přednost než jiná činnost, které si kdysi cenila více.

Symptomy závislosti jsou:

- 1) craving - často silná a přemáhající touha užít psychoaktivní látku
- 2) narušená kontrola užívání látky, osoba užívá více látky, než zamýšlela, popřípadě častěji
- 3) abstinenční syndrom
- 4) růst tolerance, dotyčný/á musí užívat více látky k dosažení kýženého stavu
- 5) zaujetí užíváním, dotyčný/á věnuje užívání více času než jiným aktivitám, které oproti tomu zanedbává
- 6) užívání navzdory a přes zřetelné škodlivé účinky užívání látky

Aby mohl být syndrom závislosti diagnostikován, musí se vykytovat minimálně 3 z výše uvedených jevů souvisle 1 měsíce nebo kratší dobu, ale opakovaně v posledních 12 měsících (Kalina et al., 2008).

3. 2. Příčiny závislosti

Příčiny závislosti jsou mnohočetné a měly by být zohledněny jak v primární prevenci závislostí, tak i při jejich komplexní léčbě. Kudrle (Kalina et al., 2003) rozlišuje 4 skupiny předpokladů, které se mohou podílet na vzniku závislosti:

1) Biologické

Mezi biologické předpoklady vzniku závislosti patří problém sebemedikace, když jsou návykové látky užívána jako analgetika, sedativa, anorektika apod. Jde o reakci na bolest, úzkost, a nebo poruchu příjmu potravy.

2) Psychologické

Mezi psychologické předpoklady řadíme užívání návykových látek pramenící z narušených hranic, nízkého sebehodnocení, nedostatku vlastního programu a pocitu nudy.

3) Sociální

Sociálními předpoklady jsou pak situace prožívané jako sociální vyloučení. Například rasová odlišnost, touha po identifikaci se silnější skupinou.

4) Spirituální

Spirituální předpoklady vycházejí z chybějícího smyslu života, nedostatku duchovních hodnot, zaměření se na materiální hodnoty, nenaslouchání vnitřnímu já a absence přechodových rituálů.

V závislosti na tom, co dotyčný v užívání drog hledá, lze najít adekvátní druh drogy, reagující právě na jeho problém či nedostatek. Opiody jako látky tlumící bolest užívají osoby hledající zklidnění, ulevující si od bolesti fyzické i psychické. Stimulancia reagují na potřebu být nabitý energií, výkonný a bezstarostný, slouží k dosažení euforie. Nakonec tu jsou psychedelika, která slouží osobám toužícím po transcendenci (Kalina et al., 2008).

3. 3. Léčba závislostí

Léčba závislostí by měla především vycházet z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu (viz výše). Je důležité přistupovat k léčbě komplexně, nikoliv zaměřovat se pouze na jeden z jejích aspektů. To je možné realizovat pouze prostřednictvím dobře fungujících mezioborových týmů. Reagovat musíme především na klientovy skutečném nikoliv domnělé potřeby. Nesmíme také zapomínat na správné členění celé léčebné sítě, jejíž špatná provázanost velmi oslabuje účinnost léčebného procesu (Kalina et al., 2003). V dnešní době u nás existuje propracovaná léčebná síť, která má za úkol pokrýt potřeby závislých ve všech etapách závislosti. Po celé republice existuje mnoho organizací poskytujících nízkoprahové služby aktivním uživatelům. Ty vycházejí z principů harm reduction, jejich hlavním cílem je minimalizace rizik spojená s užíváním návykových látek. Zároveň mají také motivovat klienta ke změně životního stylu. Pro klienty, kteří se již rozhodnou abstinovat jsou určeny detoxifikační jednotky. Slouží pro bezpečné zvládnutí odvykacího stavu a intoxikaci. Po absolvování detoxifikace se klient může rozhodnout pro ambulantní léčbu, denní stacionář, střednědobou ústavní léčbu či terapeutickou komunitu. Dlouhodobí uživatelé opiátů, kteří již prošli několika neúspěšnými léčebnými pokusy mají také možnost zařadit se do substitučního programu. Vhodný výběr léčebného neboli matching programu je důležitým aspektem účinnosti léčby (Kalina et al., 2008).

3. 3. 1. Psychoterapie

Psychoterapie tvoří jeden ze hlavních pilířů léčby závislostí, je její stěžejní částí. Přesto by neměla být opomíjena role farmakoterapie, která slouží k léčbě duálních diagnóz (antidepresiva, antipsychotika, atd.), k samotné substituci klienta (metadon, buprenorfin), ke zmírnění následků vzniklých užíváním drog (hepatoprotektiva) a jako senzitivující přípravek užívaný v léčbě alkoholismu disulfiram (Antabus) (Kalina et al., 2003).

Miovský, Bartošiková (Kalina et al., 2003, s. 25) říkají, že: *„Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví.“*

Hlavní cíle psychoterapie mohou být:

1. odstranění příznaků choroby – jde především o kognitivně behaviorální přístup.
2. reedukace, restrukturalizace, reorganizace, sociální rehabilitace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti – do této skupiny patří psychoanalýza, psychodynamická terapie nebo například humanistická psychoterapie (Kalina et al., 2003, 2008).

Uznávané psychoterapeutické přístupy u nás jsou: hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická, kognitivně behaviorální, rodinná a systémová psychoterapie, hypnotické a relaxační postupy, integrativní přístupy (Kalina et al., 2003).

Prochaska a Norcross (in Kalina et al., 2008) poukazují na využití transteoretického přístupu, tedy zaměření se na účinné faktory, které jsou všem nebo alespoň většině psychoterapeutických přístupů společné. Jmenují tyto faktory (Prochaska&Norcross; Kratochvíl; Yalom in Kalina et al., 2008): terapeutický vztah, Hawthornský efekt, emoční uvolnění, pozitivní očekávání, konfrontace, nácvik dovedností, volba alternativ a tvarování chování.

Pozitivní očekávání: je očekáváním změny, víra v lepší budoucnost a v možnou, dosažitelnou změnu podporuje chuť klienta zapojit se do léčebného procesu (Kalina et al., 2008).

Terapeutický vztah: podle Deitcha (in Kalina et al., 2008) je vztah nositelem změny. Kvalitní a bezpečný vztah mezi klientem a terapeutem je základem úspěchu psychoterapie. Tento vztah je prostředím změny, je prostorem, kde dochází ke změně klientova interpersonálního chování (Kalina et al., 2008).

Hawthornský efekt: jeho podstatou je věnování pozornosti. Lidé jsou schopni změnit své chování k lepšímu, pokud jim je věnována zvláštní pozornost. Pozornost rozumějící, neodsuzující a akceptující (Prochaska&Norcross; Kooyman in Kalina et al., 2008).

Zvyšování vědomí: technika pochází již z Freudovy psychoanalýzy, zvědomování něvědomého. Tím, že dotyčný zvýší úroveň svého sebepoznání, získává nadhled nad svými psychologickými obranami, životními návyky a scénáři. Zvědoměním je mu umožněno své postoje a jednání rozpoznávat a měnit (Kalina et al., 2008).

Emoční uvolnění, katarze: jde o uvolnění emocí, které z mnoha důvodů nemohly být projeveny. Zabránil tomu stud, sebeovládání nebo obava z negativních následků. V bezpečném prostředí psychoterapie je možné vytěsněné emoce znovu prožít. To vede k uvolnění a katarzi. Důležitým prvkem tohoto účinného faktoru je přijetí terapeutem či skupinou. Klient je přijímán i se svými slabými vlastnostmi (Kalina et al., 2008).

Konfrontace: jde o střet sebe sama se svými problémy, kterým se klient vyhýbal. Učí se problémům reálně čelit, získává náhled na vlastní hranice a pocity (Kalina et al., 2008).

Volba alternativ: přijetím odpovědnosti za vlastní jednání si klient uvědomuje možnost alternativních kroků a jednání do budoucna. Cesta ke svobodnému rozhodování klienta je v léčbě závislostí klíčová (Kalina et al., 2008).

Tvarování chování: cílem je naučit klienta čelit rizikovým situacím, stresovým spouštěčům, naučit jej asertivnímu jednání, vyjadřování emocí a sebeovládání (Kalina et al., 2008).

Koncem 20. století se zvyšuje vliv ne-behaviorálních psychoterapií. Závislost začíná být vnímána jako projev a nikoliv příčina problému. Léčba se začíná orientovat na léčení celé osoby. K psychoterapiím zaměřeným na změnu chování se přidávají psychodynamické a existencionální přístupy. Oživení zájmu o spirituální a existencionální aspekty léčby a rozvoj psychoanalýzy vedou ke vzniku metod integrujících více postupů (Kalina et al., 2008).

3. 3. 2. 12ti krokové programy, svépomocné systémy

Ačkoliv tento typ programu není v ČR stále příliš rozšířen, důvodem akcentace tohoto programu je, že spiritualita je základní kamenem koncepce AA a její rozvoj organizace chápe jako cestu k uzdravě.

Svépomocné systémy jsou jednou z částí systému léčebné péče. Jde o sdružení lidí se stejnými problémy, ať už jde o osoby, které zažily sexuální zneužívání, těžké onemocnění, ztrátu někoho blízkého, nebo trpí některou ze závislostí (Kalina et al., 2003). V oblasti závislostí je nejznámější z těchto uskupení Anonymní alkoholici (dále jen AA). Tato skupina vznikla již ve 30. letech minulého století v USA. 12ti krokové programy vycházejí právě z literatury AA. Jde o multidimenzionální přístup k léčbě závislostí. Podle něj není závislost záležitostí pouze biologických či sociálních předpokladů, ale jde o vzájemné působení biologických, sociálních, psychologických a spirituálních příčin tohoto onemocnění. Hlavním krokem v léčbě je podle AA přiznání si bezmocnosti vůči droze, ztráty kontroly nad jejím užíváním. Kvůli tomu je nejprve nutné, aby klient svůj problém nahlédl. Tzn., aby odstranil psychologické obrany, které mu brání uvědomit si celou šíři a závažnost jeho závislosti. V tomto okamžiku je velmi důležitá skupina stejně nemocných osob, která tento proces usnadňuje zmírněním pocitů studu, viny a zlosti a přináší tak velkou úlevu. Tyto programy si kladou za cíl abstinenci. Nejenže je pro závislého člověka těžké se někdy vrátit ke kontrolovanému užívání drogy, ale jde především o řešení problému pomocí chemikálií namísto toho, aby dotyčný hledal cestu k osobnostnímu, duchovnímu a emocionálnímu vývoji a růstu. AA podporují závislé ve víře v něco silnějšího než jsou oni sami a v tom, aby k této síle zaměřili své životy (Rotgers et al., 1999).

Ačkoliv mnoho lidí kritizuje podobnost AA s organizovaným náboženstvím, je nutné vysvětlit, že tomu tak není. Ačkoliv zde je jistá podobnost, AA se, jak vysvětluje Wallace (Rotgers et al., 1999), snaží především tyto postupy navrhnout a nedávají tak prostor žádným dogmatickým myšlenkám. Dále se AA nesnaží uctívat žádnou ústřední postavu, jako je tomu u náboženství. AA jednoduše podporují cestu ke spiritualitě. Tento duchovní vývoj a růst jsou způsobem, jak se

přeorientovat z egocentrického způsobu myšlení závislých, a napomoci restrukturalizaci jejich „Já“ a změně v jejich životním stylu.

4. Terapeutického využití změněných stavů vědomí

4. 1. Psychedelická terapie

Psychedelický znamená doslova „odhalující psýché“, složené z řeckých slov psyche a delein, učinit zjevným. Tento termín poprvé použil Humphrey Osmond, psychiatr zabývající se výzkumem LSD (Grof, 1992).

Látky měnící vědomí, ať již rostlinného či živočišného původu, byly užívány v různých částech světa po více než stovky let. První zmínky o psychedelických látkách se objevují již před 3 500 lety v čínské medicíně. Velmi bohatou oblastí výskytu psychedelických látek je bezesporu Střední a Jižní Amerika. Ve Střední Americe to je především peyotl – kaktus lophophora williamsi, různé posvátné houby – např. psylocybe mexicana a semena povijnice – ololiqui. V Jižní Americe je nejznámější ayahuasca. Ta se konzumuje v Peru, Kolumbii, Brazílii a Ekvádoru. Dalšími významnými psychedeliky jsou například africká iboga a v neposlední řadě také Amanita muscaria – muchomůrka červená, která byla rozšířená především u sibiřských šamanů. Kromě látek rostlinného původu se ke změně vědomí používaly i látky původu živočišného, jako například bufotenin, vyskytující se v jedu ropuch. Psychedelika figurovala i v čarodějnických obřadech, například při sabatu. Zde hráli hlavní roli rulík zlomocný, durman, mandragora a blín černý (Grof, 1992).

Stěžejním mezníkem v užívání psychedelik k terapeutickým i rekreačním účelům se stalo v dubnu roku 1942 objevení LSD Albertem Hoffmanem. Tento vědec objevil psychoaktivní účinky dietylamidu kyseliny lysergové – LSD. Začalo hojné

experimentování s terapeutickým využitím této látky a mnoho odborníků podpořilo myšlenku, že LSD může prohloubit a zintenzivnit psychoterapeutický léčebný proces. Další možností se stalo jeho využití u pacientů v terminálním stadiu rakoviny (Grof, 1992). Psychedelická terapie si klade za cíl vytvořit prostředí pro intenzivní transformující prožitky transcendentní povahy (Grof, 1992).

4. 2. Holotropní dýchání

Holotropní dýchání neboli holotropní terapie je technika, kterou začali v 70. letech minulého století vyvíjet manželé Grofovi. Jeho vývoj navazoval na Grofovu psychedelickou terapii LSD, jejíž pokračování bylo komplikováno zařazením LSD na seznam nelegálních látek. Nicméně již během sezení s tímto syntetickým halucinogenem Grof zaznamenal samovolné zintenzivnění dechu klientů na konci sezení. Později tedy byla metodika psychedelické terapie upravena, intenzivní dýchání se stalo její součástí s cílem prohloubit psychedelické prožitky klienta (Kudrle, 2005).

Holotropní dýchání nabízí svým účastníkům možnost nahlédnout do hlubokých vrstev nevědomí bez jakýchkoliv omezení (Grofová, 1998). Jde o kombinaci zrychleného dýchání, stimulační hudby a práce s tělem. Dále se také používá kreslení mandal (Grof, 1992), které je důležitou součástí ukotvení prožitku ze sezení (Kudrle in Nevšimal, 2007). Práce s dechem se vyskytovala v různých kulturách napříč historií. Grof například zmiňuje původní formu křtu u esejské křesťanské sekty, při níž byl člověk ponořen pod vodu až do chvíle, kdy se téměř utopil. Tento zážitek měl navodit zkušenost se smrtí a znovuzrozením (Grof, 1992).

„Dýchání odedávna hrálo důležitou roli v kosmologii, mytologii, filosofii, bylo také důležitým nástrojem duchovní a rituální praxe, významným pojítkem mezi duší a tělem. Dech a duch mají k sobě etymologicky blízko, a to svědčí také o jakémsi posvátném rozměru dýchání, vedle jeho biologických funkcí. Bůh vdechl život člověku, kterého stvořil z prachu. Pojmy jako prana, pneuma, Chi, Ki, nebo hebrejský ruach, mají všechny společné to, že vedle dechu, nebo dýchání

postihují také vitální energii života, kosmickou esenci, či tvořivého Ducha.“ (Kudrle, 2005, s. 182).

S dechem pracuje i jógínská technika pránajána. Samotný její název je složeninou sanskrtských slov znamenající ovládnání a dech. Slovo prána má dvojitý význam. Označuje dech a životní energii zároveň. Technika se zaměřuje na tři složky dechu: vdech, zadržování dechu a výdech. Jedná se o prodloužení jedné, dvou nebo všech těchto součástí (Pránajána [online]. In Wikipedia, duben, 2011). Cvičením s dechem se věnuje také kundalini joga, taoistická meditace, siddha joga a další (Grof, 1992).

Grof spolu se svou ženou Christinou po svých zkušenostech z měsíčních seminářích v Big Suru rozhodli pro prosté intenzivnější tempo dechu, hyperventilaci. Klient tak dýchá rychleji a hlouběji než za běžných okolností a je plně soustředěn na své vnitřní procesy. Následkem toho by mělo nastat rozvolnění psychických obranných mechanismů, relaxace a přesun nevědomého obsahu do vědomí (Grof, 1992).

Následkem hyperventilace vzniká respirační alkalóza, mění se Ph krve a zvyšuje se množství ionizovaného vápníku v krvi. To má za následek zvýšenou svalovou a neuronální dráždivost. U hyperventilujících osob lze pozorovat tzv. hyperventilační syndrom zahrnující spasmy, tetanie, dušnost, bolest na hrudi a další. Z psychologického hlediska se objevují emocionální prožitky, různé druhy vizí a energetické jevy. Hudba, která se použije během holotropního dýchání, je vybírána tak, aby podporovala transformativní proces a zintenzivňovala sezení. Je dobré zvolit méně známou hudbu, aby nedošlo k evokaci vzpomínek dotyčných osob. Nejčastěji jde o rituální, etnickou, orchestrální či meditační hudbu. Práce s tělem, tzv. focused body work, má za úkol odstranit energetické bloky projevující se psychomotorickým neklidem během sezení a harmonizovat proudění energie v těle (Kudrle, 2005). Úkolem terapeuta je tento proces podporovat a nijak jej neomezovat (Grof, 1992).

5. Terapeutické využití změněných stavů vědomí ve světě

5. 1. Bubnování

Rytmické bubnování je jedním z nefarmakologických způsobů, jak navodit změněný stav vědomí (Grof, 2007).

O možnostech využití bubnování jako doplněk léčby závislosti píše Michael Winkelman (2003). Ve svém výzkumu popisuje několik programů v Severní Americe, které bubnování přijaly jako důležitý prvek léčby závislostí. Například Mark Seaman z Pennsylvanie pátral po přirozených změněných stavech vědomí. Jeho program začíná již vstupem do místnosti s bubny. Klienti si vezmou bubny a mohou hrát, jak si přejí. Potom Seaman provádí zahřívací cvičení, při kterých vysvětluje, jak s bubny zacházet. Vede klienty k tomu, aby hraním na bubny vyjádřili své pocity. Terapeuti tohoto léčebného programu zdůrazňují, že především mladiství bubny potřebují ve chvílích, kdy je atmosféra skupiny stresující. Seaman zaznamenal, že bubnování skupinu stmeluje. Naznačuje také, že bubnování vede ke změněným stavům vědomí a umožňuje prožitek přívalu energie z vibrací. Poskytuje tak fyzickou stimulaci a emoční uvolnění. Ed Mikenas je muzikoterapeut, který absolvoval výcvik od Foundation for Shamanic Studies. Skupinové bubnování využívá v programech léčby závislosti k posílení uzdraveného procesu. Mikenas si během své práce se skupinovým bubnováním všimnul, že navozuje stavy změněného vědomí a vytváří energii. Také zvyšuje pozornost, tělesné vnímání a redukuje úzkost. Spirituální zkušenost, kterou bubnování nabízí, spojuje klienty se svým přirozeným já a s „vyšší silou“. Podle dalšího odborníka, který byl zapojen do výzkumu, Myrona Eshowskyho, lze tuto šamanskou techniku využít k řešení psychologických, emočních a spirituálních problémů. Bubnování umožňuje klientům duchovní učení, které jim umožňují uvědomovat si a mluvit o svých hlubších obavách. Winkelman (2003) dotazoval účastníky skupinového bubnování pomocí internetu. Viz příklad.

Příklad 1

„Zjistil jsem, že hudba, především bubnování, vytváří určitý druh propojení a jednoty bez požití nebo kouření chemikálií. Opravdu mám rád být opojen komunitním bubnováním a chci to sdílet“ (Winkelman, 2003, s. 650).

Příklad 2

„Z mého pohledu není pochyb, že kruhové bubnování a další hudební iniciativy mají pozitivní efekt na celou komunitu. Bubnování je prevencí před vstupem dětí do drogové kultury, vytváření něčeho pozitivního a kreativního, s čím se děti mohou identifikovat již v raném věku, buduje jejich sebeúctu a sebedůvěru. Sounáležitost s komunitou je jejich nejlepší ochranou. Kruhové bubnování je pro ně nástrojem, jak vytvořit smysl společenství a ukotvenost v jejich životech“ (Winkelman, 2003, s. 650).

Bubnování podle něj vytváří fyziologickou, psychologickou a sociální stimulaci, která obohacuje uzdravný proces. Podle Winkelmana může bubnování reagovat na rozmanité potřeby závislých, jakými jsou například fyziologická dynamika obnovující rovnováhu v opioidním a serotogenním systému neurotransmitterů, potřeby sebeuvědomění, emoční uzdravy a psychologické integrace, spirituální potřeby pro kontakt s vyšší silou a spirituální prožitky, sociální potřeby spojení s ostatními a mezilidskou podporu. Bubnování nabízí cestu k přirozeným změněným stavům vědomí a tím redukuje závislost. Šamanské bubnování přináší do léčby spirituální prvky, které jsou v léčbě závislosti tak důležité (Winkelman, 2003).

5. 2. LSD

Condrau možnost terapeutického využití LSD naznačil již v roce 1949, tedy již 7 let poté co ho Albert Hoffman objevil.

Výzkum využití LSD v terapii závislých na alkoholu shrnuje ve své práci z roku 2006 Erika Dyck (2006). Série výzkumů zaměřených na využití LSD k léčbě závislosti na alkoholu byla provedena v období mezi 50. až 70. léty. U zrodu experimentování s LSD v léčbě alkoholismu figuroval Humphry Osmond, vynálezce slova „psychedelický“, Abram Hoffer a později Colin Smith. Když si

během prvních experimentů s LSD Osmond a Hoffer všimli, že užití drogy přináší dobrovolníkům novou úroveň sebeuvědomění a nové vnímání spirituality, začali se zajímat o to, zda mohou tyto prožitky mít vliv na chování jedince. Roku 1953 vyzkoušeli vliv LSD na alkoholících. V počátcích stála myšlenka, zda by mohlo LSD simulované delirium tremens být pro alkoholiky tzv. „pádem na dno“ a být tak zásadním krokem ke změně jejich chování. Výzkum byl aplikován na pacientech Saskatchewanské psychiatrické léčebny. Výsledky experimentálního použití LSD v léčbě závislosti slibovalo terapeutické výhody. Další experimenty s LSD v Saskatchewanu vedl psychiatr Colin Smith. Zahmul do ní 24 pacientů z Univerzitní nemocnice v Saskatoonu. Pacienti byli chronickými alkoholiky. Studie vyžadovala jejich 14 denní pobyt v nemocnici. Během první části je Smith připravil na zážitky, které mohou po užití LSD přijít. Na počátku experimentu pacient trávil den ve zvláštní místnosti za přítomnosti sestry nebo psychiatra. Během vývoje bylo postupně prostředí, kde sezení probíhalo, zútulněno, byla přidána hudba a dekorace. Smyslem bylo zabránit rozptýlení vnímání. Úspěšnost byla 50%. Sezení s LSD v Saskatchewanu si dokonce vyzkoušel i Bill W., spoluzakladatel Anonymních alkoholiků. Ačkoliv v nich kvůli své roli jediného žijícího spoluzakladatele AA nepokračoval, podporoval jejich myšlenku. LSD jakožto látka nabízející spirituální prožitky ho zaujala (Dyck, 2006).

Příklady zážitku pacienta závislého na alkoholu během LSD sezení:

Příklad 1

„měl momentální prožitek jednoty s bohem. Zatímco ležel se zavřenýma očima měl vizi točitého schodiště, kde s někým mluvil. Zdálo se mu, že to pro něj má veliký význam...Zdálo se že získal nějaký náhled a porozumění sobě samému.“
(SAB, *Clinical Files, LSD Trials podle Dyck, 2006, s. 321*)

Příklad 2

„Jak můžu popsat tu tvář, odpornou, odpudivou a šupinatou, kterou jsem vložil rukou do hlubin pekel odkud to přišlo a potom jsem jemně odstranil tu šupinatou věc z tváře a zvedl ji rukou do výše na světlo a uviděl obličej v celé jeho božské kráse, taková krása, že ho ta nádoba nemohla udržet, ale nemohl ani přetéct.“

Vypadalo to, že má hlava a ramena a boky byli separované a mé břicho bylo místem souboje dobra a zla.... Nakonec jsem mluvil k (doktorovi) tomu, kdo vypadal, že nemá problém rozumět věcem, které mu popisují a dosud je nemohu napsat. Je to žijící věc, kterou cítím a přeji si být umělcem a mohl to namalovat nebo vložit do hudby nebo veršů a sdílet ji se světem. Vypadá to, že pouze někdo, kdo viděl škálu všech emocí, skrze LSD nebo alkohol se může vůbec přiblížit více dokonce i vty nejfantastičtější věci o nichž se ho pokusíš přesvědčit. Je to nádherný pocit volby zda jít nahoru či dolů. Já jsem si vybral jít nahoru a cítit se zvěží a dobrý.“ (SAB, Hallucinogens – Patients „Subject's Report“ podle Dyck, 2006, s. 322)

První skutečně kontrolovaný experiment podnikl v roce 1962 psychiatr Sven Jensen. Rozděлил pacienty na tři skupiny, přičemž jedna během léčebného pobytu užila LSD, druhá skupinovou psychoterapii a třetí skupina podstoupila léčbu standardním přístupem, který byl založen především na individuálních sezeních (Jensen in Dyck, 2006). Během 2 let, kdy studie trvala a dalších půl roku a roku a půl, kdy proběhlo ověřování výsledků, více než polovina pacientů, kteří během léčby užili LSD, zůstala střízlivá po celou dobu studie a ještě během follow-up studií. V druhých dvou skupinách to bylo méně než třetina.

Ačkoliv veřejnost léčbu v Saskatchewanu podporovala, objevily se záporné ohlasy z lékařské komunity, které si nepřály kombinování medicínského, psychologického a spirituálního modelu závislosti. Vyvrátit výsledky studií, které vyzdvihovaly účinek LSD se pokusila Addiction Research Foundation (dále jen ARF). Ta uskutečnila výzkum, zaměřující se na přímé působení drogy bez vlivu okolního prostředí (interakce mezi terapeutem a pacientem, příjemné prostředí, atd.). Zkoumaní měli zavázané oči a byl jim znemožněn pohyb. Ačkoliv i tak výsledky ukazovaly mírné zlepšení, úrovně předchozí saskatchewanské studie nedosáhly. Podle autorky výzkumu Eriky Dyck (2006) se však jedná o škodlivou kritiku této metody.

Koncem 60. let testovali LSD v psychoterapii alkoholismu také A. M. Ludwig a jeho kolegové v Mendotské státní nemocnici v Madisonu ve státě Wisconsin. Jejich výsledky však ukázaly, že transformativní potenciál LSD je minimální. A ačkoliv si

někteří pacienti mysleli, že prožili zlomový zážitek právě pod vlivem LSD, follow-up studie to nepotvrdily (Ludwig et al.; Smart, Storm, Baker, & Solursh, 1967 in Jacobs, 2008). Nichols a Zinberg (in Jacobs, 2008) však kritizují výsledky této studie jako nevalidní a nabádají k přehodnocení výsledků. V souvislosti s důležitostí setu a settingu a možném zážitku z LSD terapie nebyla tato proměnná splněna, protože její organizátoři nebyli angažováni ve výzkumu LSD a v efektivitu LSD terapie nevěřili. Jacobs (2006) také porovnává úspěšnost aplikace LSD v léčbě alkoholismu pod vedením Ludwiga a úspěšnost Grofovy aplikace LSD v terapii pacientů trpících sebepoškozováním, fobiemi a se sebevražednými sklony. Roli setu a settingu a důvěru terapeutů v účinek LSD zde zmiňuje jako důležitý faktor. LSD bylo také testováno v léčbě závislých na heroinu (Savage & McCabe in Krupitsky, Burakov, Romanov, Grinenko & Strassman, 2001). Jejich výsledky byly povzbuzující. Oproti tradiční léčbě abstinovalo rok po jejím ukončení 25% pacientů namísto 1%. Ale vzhledem k tomu, že LSD se začátkem 70. let (Escohotado, 2003) celosvětově stalo nelegální drogou, výzkumníci od testování této látky upustili (Jacobs, 2008).

5. 3. Ketamin

Ketamin je látka, která se užívá v humánní i veterinární medicíně k anestezii. V nižších dávkách pak navozuje změněné stavy vědomí, které jsou podobné snění, psychózám a mystickým zážitkům (Grinspoon & Bakalar in Kolp, Friedman, Young & Krupitsky, 2006). Grof (1992) vidí jako slabou stránku ketaminu a jeho psychotherapeutického využití špatnou koordinaci pacienta a jeho obluzenost. Nicméně zmiňuje i jedinečnost ketaminu v trvalé změně názoru na život a nové chápání smrti. Výzkumy mimo jiné prokázali, že ketamin je schopný ovlivnit NMDA receptory, které mají ovlivňují bažení po droze, craving. Tyto látky také obsahuje jiný známý halucinogen – ibogain. Na základě těchto poznatků a poznatků z psychotherapeutického využití změněných stavů vědomí se rozhodl lékař Krupitsky vyzkoušet ketamin v léčbě závislých na heroinu v Leningradském centru závislostí (Krupitsky, Burakov, Romanov, Grinenko & Strassman, 2001). Na jeho výzkum navazuje Eli Kolp, který se zabýval možnostmi využití ketaminu v léčbě alkoholismu,

ve své studii publikované roku 2006 (Kolp, Friedman, Young & Krupitsky, 2006). Ačkoliv byl ketamin mnohokrát testován pro svoje anestetické účinky, málokteré studie se zaměřily na jeho psychoterapeutické využití v léčbě psychologických či psychiatrických poruch, včetně závislosti. Ketamin bylo v době vydání studie možné v USA předepsat formou „off-label“ mimo jiné pro psychoterapeutické účely. „Off-label“ znamená, že medikament je použit jinak než určuje příbalový leták, v jiné dávce nebo jiná indikace. V současné době jsou psychedelika v USA zkoumána především z pohledu psychotomimetik (tj. látek ovlivňujících hladinu neurotransmiterů, jako je například serotonin, v mozku) nikoliv však z pohledu látek vyvolávající také transpersonální zážitky (například pocity rozpuštění ega a ztráta identity, intenzivní vize, zkušenosti psychologické smrti a znovunarození ega, pocity kosmické jednoty s lidskostí, přírodou, vesmírem a bohem). Ketamin na rozdíl od většiny jiných psychedelik umí velmi věrně napodobit stavy zážitků blízké smrti (Kolp, Friedman, Young & Krupitsky, 2006). Podle Ringa (in Kolp et al., 2006) jsou tyto zážitky transformativní a mohou zapříčinit změny ve spirituálním rozvoji a světonázoru. Friedman (in Kolp et al., 2006) zmiňuje, že psychoterapeutický potenciál psychedelik může spočívat v jejich schopnosti umožnit prožitek podporující transpersonální zkušenosti, která má pozitivní efekty.

Užití ketaminu v psychoterapii prezentuje Kolp ve své studii také na krátkých kasuistických příkladech.

39ti letá klientka zažila zneužívání v dětství svým otčímem. Dělo se tak mezi jejím 9. a 13. rokem, kdy byl její nevlastní otec zatčen. Během prvního týdne ve vězení byl zabit. Klientka tak neměla šanci se s ním nikdy konfrontovat. Od devíti let se u ní rozvinulo chorobné přejídání, závislost na jídle a později se přidala i závislost na alkoholu. Během ketaminového sezení měla tento zážitek:

„Moje tělo se rozpadlo a já jsem se stala malou bublinou živoucí energie plující pryč do temné země smrti. Viděla jsem další energetické bubliny kolem mě a došlo mi, že to jsou duše mrtvých lidí. Srazila jsem se s jinou bublinou, která byla velmi sklíčená. Rozpoznala jsem v ní svého otčíma. Zahleděla jsem se do jeho duše a mohla jsem pozorovat celý jeho život. Viděla jsem, jak byl strašně zneužíván svým otcem a dvěma strýci, kteří ho ničili celé jeho dětství a dospívání.

Mohla jsem cítit jeho nelibost a vztek, jeho bezmocnost a pocity viny, jeho osamělost a smutek. Začala jsem si uvědomovat, jak trápená byla jeho duše a, tehdy poprvé jsem mu byla schopna odpustit, že mě zneužíval. Okamžitě jsme ucítila, že mi spadl obrovský kámen ze srdce a začala jsem se cítit radostně a svobodně. Okamžitě jsem se přesunula z temnoty do zářivého bílého světla a stala se s bohem jedno. Cítila jsem hluboký mír a zaplnila mě bezpodmínečná láska. Tato zkušenost se zdála být koncem věčnosti a po prvé po mnoha letech jsem byla veselá a plná naděje. Věděla jsem, že mám před sebou dlouhý a šťastný život.“ (Kolp et al., 2006, s. 415-416)

Na této kazusistice můžeme pozorovat vyrovnání se s traumatem spojeným se sexuálním zneužíváním klientky. Pomocí psychedelické zkušenosti zažila pocit hluboké empatie k otčímovi, který ji zneužíval.

Kolp je zakladatelem a v současné době ředitelem Eleusis, léčebného centra závislostí na Floridě. Kromě ketaminové terapie je zde také možnost holotropního dýchání a další. Je jediným centrem v USA podobného typu (Eleusis [online], květen, 2011).

5. 4. Ayahuaska

Ayahuaska je halucinogenní směs vznikající smícháním dvou rostlin: *Banisteriopsis caapi* a *Psychotria viridis* (Kavenská, 2008). Její název pochází z kečuánštiny a znamená „víno duše“. Jejími dalšími názvy jsou také Yajé nebo Yagé. Jde o halucinogenní nápoj typický pro oblast severozápadní Amazonie, který obsahuje harmalové alkaloidy harmin a harmalin (Furst, 1996). Výše zmíněné rostliny své halucinogenní účinky vzájemně potencují. Halucinogen dimethyltryptamin (DMT), který vylučuje *Psychotria viridis* (*Chacrana*) by za normálních okolností byl blokován monoaminoxidázou vznikající v lidském žaludku. Nicméně *Banisteriopsis caapi* (*Ayahuasca*) obsahuje látky schopné tento enzym deaktivovat a dimethyltryptamin tak může působit na lidský mozek (Narby, 2006; Horák, 2010). DMT je tedy zodpovědné za navození změněných stavů vědomí. Jde o endogenní (vytváří ji lidské tělo) psychedelickou látku, která byla

nalezena v lidské moči a mozkomíšním moku. Jejím významem pro člověka a jeho mysl se ve své knize DMT: Molekula duše zabývá podrobně americký psychiatr Rick Strassman (Strassman, 2005).

Jedním z dalších současných příkladů psychoterapeutického využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí je peruánská komunita Takiwasi. Takiwasi kombinuje původní amazonské léčitelství a tradiční západní přístupy. V centru pracují jak klasičtí lékaři, tak jihoamerický *curandero*, léčitel. K navození změněných stavů vědomí se zde užívá především jihoamerický halucinogenní nápoj ayahuaska, známá také jako yajé. O tomto projektu se rozepisují nejvíce, protože je aktuální a nejde o experimentální výzkum. Jedná se o regulérní léčebný program jehož součástí jsou ayahuasková sezení.

Takiwasi je novodobý peruánský projekt zaměřený na aplikaci halucinogenů v léčbě závislostí. Centrum Takiwasi se nachází v městečku Tarapoto. U zrodu této terapeutické komunity, která k léčbě závislostí využívá tradiční amazonskou medicínu, stál Dr. Jacques Mabit, francouzský lékař a specialista v oblasti přírodní medicíny. Tato terapeutická komunita (dále jen TK) vznikla v roce 1992 jako projekt kombinující klasické amazonské léčitelství, současnou medicínu a psychoterapii. Jako hlavní část léčby je zde využívána terapie psychedeliky, konkrétně amazonskou ayahuascou. Kapacita centra je 15 osob a jde o léčbu výhradně pro muže. Smíšenou léčbu za prvé zakazuje peruánská legislativa, za druhé by vzniklé intimní vztahy narušovaly terapeutický proces. Kromě Peruánců se zde léčí také Francouzi (13%) a Argentinci (4%). Pacient je povinen umět alespoň základy španělštiny a musí si léčbu hradit. Ta není zrovna levná, měsíčně stojí 1000 USD. Klientům v těžké finanční situaci je schopna slevit (Horák, 2010).

Pití ayahuascy stojí v Takiwasi na duchovních základech. Podporuje realizaci duchovních potřeb člověka bez povinnosti náležet k určité církvi. Užívání psychoaktivních látek v centru Takiwasi může vést ke spirituálnímu prožitku a je to právě spiritualita, která hraje v léčebném procesu centra neodmyslitelnou roli. Tezí tohoto léčebného přístupu je předpoklad, že samotný úzus drogy je spojen s hledáním „posvátného“. Podávané látky navozují klientům změněné stavy vědomí, jejichž prostřednictvím lze dosáhnout spirituálních prožitků (Horák, 2010).

Podle Horáka (2010) se léčba skládá ze tří složek:

1. psychoaktivní rostlinné medikamenty
2. psychoterapie
3. skupinové soužití v rámci terapeutické komunity

Užívání ayahuascy je v Takiwasi pravidelnou součástí léčebného programu. Užívá se jednou za týden během ayahuaskových sezení. Sezení začíná v devět hodin večer a trvá přibližně pět hodin. Součástí sezení je i zpěv „*ícaras*“, rituálních šamanských písní. *Ícaros* jsou nástrojem k vedení změněných stavů vědomí a pomáhají formovat obsah sezení. Působení ayahuasky někdy provází nevolnost a zvracení, které je součástí očistného procesu (Kavenská, 2008). Součástí rituálu je kromě samotného požití ayahuasky také požívání tabáku, parfém *agua florida*, zpěv „*íkaros*“ a dotek „*curandera*“, tedy léčitele. „*Curandero*“ během celého rituálu zpívá „*íkaros*“, tedy písně, které podobně jako mantry působí na energetická místa v těle. Jejich zvukové vibrace působí na fungování lidského těla. „*Curandero*“ tabákem okuřuje pacienty a skrápí je parfémem „*agua florida*“ na energetických bodech těla (Horák, 2010).

Giove (in Kavenská, 2008) uvádí, že pacienti se během sezení setkávají s uvedenými zážitky:

- 1) katarze
- 2) jednota a usmíření
- 3) iniciační smrt
- 4) vize o závislosti
- 5) poučení
- 6) spojení se spiritualitou

Zážitky během sezení s ayahuascou jsou důležitou a často zásadní motivací ke změně jejich chování. Součástí programu je také pobyt v džungli spojený s dietou, který pacienti absolvují každé dva měsíce (Kavenská, 2008). Každému klientovi je

po vstupu do léčby přidělen garant z řad personálu. Klient také jednou týdně dochází na individuální sezení k některému z psychoterapeutů. Doba léčby je 9 měsíců. 9 měsíců odpovídá vývoji lidského plodu v děloze a jde tak o narážku na klientovo období přerodu a odchodu z léčby do vnějšího světa jako nová bytost (Horák, 2010).

Podrobnější strukturu léčebného programu rozděluje Giove (in Horák, 2010) takto:

1. preliminární fáze – jde o seznamovací fázi. Hodnotí se motivace klienta, končí nástupem do léčby.
2. fyzická obnova – začínám pobytem na samotce a končí druhým měsícem
3. osobnostní restrukturační – Je obdobím od první do třetí diety.
4. existencionální, rodinná a sociální restrukturační – začíná čtvrtou dietou
5. reinzerce – Od sedmého měsíce se klient opět začleňuje do společnosti
6. následná péče – pět let po léčbě

Léčba v centru Takiwasi začíná na samotce, kde dotyčný klient projde během 8 dní detoxikací. Během této doby mu jsou podávány rostlinné přípravky vyvolávající zvracení, průjmy a dále prostředky, navozující relaxaci. To vše má vést k pročištění těla. Po absolvování této fáze vstupuje klient přechodovým rituálem do terapeutické komunity a stává se jejím členem. Rostlinné pročišťující látky mu jsou podávány ještě další 2 měsíce, po 2 měsících léčby se začíná zúčastňovat ayahuascových sezení. Materiál, který z nich klienti získávají, je hlavním tématem pro psychoterapeutickou práci v Takiwasi (Horák, 2010).

V první fázi nesmí klient opouštět prostory léčebny. Jde o období, kdy si musí ujasnit své postoje k návykovým látkám a zároveň dochází k navození fyzické rovnováhy. Tato fáze končí první 8 denní dietou v horách, která se opakuje každé 2 až 3 měsíce (Horák, 2010). Každý tráví tento osmidenní pobyt v naprosté izolaci a věnuje se pouze sobě samému. Během této doby jí pouze nesolenou rýži a pije směsi čistících či psychotropních rostlin. Vzhledem k tomu, že osamocený pobyt v

džungli je psychicky náročný, navštíví dvakrát za tuto dobu pacienta pro kontrolu psycholog (Kavenská, 2008).

Ve druhé fázi je hlavním cílem klienta nalézt svou vlastní identitu, tedy odpověď na otázku „kdo jsem?“. V této době ho již smí navštívit rodina a klient sám smí také opustit areál léčebny. Fáze trvá 2 až 3 měsíce. Denní život komunity je strukturován velmi podobně jako v českých komunitách a stejně jako tady jsou i v Takiwasi vytyčena kardinální pravidla, za jejichž porušení hrozí vyloučení z léčby (Horák, 2010).

Třetí fáze léčby si klade za cíl obnovit spojení s transcendentnem. Klient by měl také najít svůj životní cíl, měl by si srovnat rodinné vztahy, připravit se na nutnost budoucí finanční nezávislosti a rozmyslet si své budoucí kroky. Součástí programu jsou zde mše a různorodé rituály, mající za úkol upevnit v klientovi opěrné body budoucího nezávislého života.

Fáze reinzerce (4. fáze) je již dobou, kdy se klient chystá na odchod z centra. Bydlí odděleně od ostatních, chodí do práce či do školy, nicméně je stále součástí aktivit centra. V této fázi je důležité, aby pacient našel své nové místo ve společnosti a naučil se zvládat stresové situace, kterého budou čekat při opětovném začleňování se do života společnosti.

V následující fázi se pacienti zúčastňují jednou měsíčně sezení s psychologem a mají možnost krátkodobých pobytů v centru (Horák, 2010).

Ayahuaskové sezení v takiwasi probíhá každé úterý. Přípravu ayahuasky má na starosti pouze jeden muž, asistent, který zhruba jednou za 2 měsíce přichystá 4 litry ayahuasky. Tato příprava trvá 2 dny a je k ní potřeba přibližně 240 litrů vody. Na celou přípravu dohlíží léčitel, který během tohoto rituálu zpívá íkara a tabákem okouří jak asistenta, tak i ayahusku, aby je zbavil negativních vlivů a zvýšil účinnost ayahuasky. Samotné sezení má na starosti léčitel, který za zpěvu rituálních písní íkaros podává každému zúčastněnému dávku přibližně 20ml ayahuasky. Samotné sezení probíhá v předem připraveném sále, kde jsou rozestavěny rohože pro všechny zúčastněné klienty. Ti musí po celou dobu sezení zůstat ve vzpřímené poloze v sedě, nikoliv ležet. Jednak to zlepšuje tělesné pocity

a jednak je to důležité pro léčitele, který se místností pohybuje po tmě (Horák, 2010).

I zde uvádím krátké zkušenosti pacientů Takiwasi s ayahuaskou:

Příklad 1

„Jednou jsem spatřil Panenku Marii. Něco mi pověděla. To byl můj první reálný, přímý kontakt... má první zkušenost s duchovnem. Před tím jsem o tom spíš filozofoval. Od tohoto okamžiku jsem byl ale víc nasměrován k víře.“ (Horák, 2010, s. 187)

Příklad 2

„Vize, kterými nás Ayahuasca obdarovává, slouží k tomu, abychom si lépe porozuměli... Spatřili věci, které se týkají našeho života... Pochopili, jakými cestami se ubíráme, lépe se poznali a polepšili se.“ (Horák, 2010, s. 187)

Příklad 3

„Vize je velmi pěknou reprezentací tvého podvědomí. To jde ale stranou. To, s čím se reálně konfrontuješ, jsou tvé prožitky. (...) Nutí tě to prožívat věci, které si nechceš přiznat.“ (Horák, 2010, s. 187)

5. 5. Ibogain

Ibogain je psychoaktivním alkaloidem Tabernanthe iboga, africké rostliny ebogy (Grof, 1992). Nehci se o této psychedelické látce více rozepisovat. Ačkoliv je v současnosti středem pozornosti výzkumů využití halucinogenních (psychedelických) drog v léčbě závislosti, jedná se především o její anti-cravingové působení (viz kapitola o ketaminu) spíše než o její schopnost navozovat změněné stavy vědomí a umožnit tak spirituální prožitky (Qiu, 2005). I přes to existují v současné době léčebné programy, které využívají oba potenciály

této látky jako například kanadský Iboga Therapy House (Iboga therapy house [online]. Květen, 2011).

6. Terapeutické využití změněných stavů vědomí v ČR

V době, kdy psychedelické látky byly v naší zemi ještě legální, experimentovalo se s nimi stejně jako ve světě. Například již před druhou světovou válkou experimentoval s meskalinem S. Nevole. Zkoumal náboženství a psychopatologii vnímání (Hausner in Vančura, 2005). Začátkem padesátých let vznikla skupina vědců zkoumající halucinogenní látky pod vedením Hausnera. Do této skupiny patřil kromě jiných také Stanislav Grof. V šedesátých letech vznikly psychoterapeutické skupiny zabývající se prací s halucinogeny. Tato práce trvala až do roku 1974, kdy se psychedelické látky staly nelegálními a práce s nimi, tak byla přerušena (Vančura, 2005).

6. 1. Využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí v České republice

Práci se změněnými stavy vědomí se na poli léčby závislostí v České republice věnuje především Stanislav Kudrle. Kudrle vystudoval lékařskou fakultu v Plzni roku 1977. Působil nejprve v psychiatrické léčebně Dobřany, později na psychiatrické klinice v Plzni, kde vedl odvykací léčbu návykových nemocí. V současné době má vlastní soukromou praxi, kde poskytuje psychiatrickou ambulantní péči, ambulantní léčby závislostí, psychoterapii a pořádá zde semináře holotropního dýchání (Kudrle, 2005, 2010).

6. 1. 1. Holotropní dýchání na Lochotíně

Stanislav Kudrle působil od druhé poloviny 80. let v ambulantním programu pro závislé na alkoholu. V roce 1988 se zúčastnil semináře transpersonální

psychologie. Západoněmecké lektorky, žákyně Stanislava Grofa, zde účastníky semináře seznamovaly s metodou holotropního dýchání, teoretickými základy této metody a později samotným dýcháním. Posluchači se rozdělili do dvojic a prošli si tak obojím – dýcháním i sitterováním, tj. dohlížením na dýchajícího kolegu. Celý seminář musel tehdy probíhat v utajení, protože Stanislav Grof byl v té době osobou neuznávanou a nežádoucí. Po pádu železné opony se Kudrlemu naskytla možnost uspořádat holotropní výcvik přímo pod vedením Stanislava Grofa a jeho kolegů. Později, začátkem 90. let, začlenil Kudrle holotropní dýchání do programu odvykací léčby na Psychiatrické klinice v Plzni. Jeho cílem bylo získat hlubší praxi během skupinové psychoterapie. Dýchání umožňovalo pacientům prožít emoční katarzi a najít jejich vlastní vztah k vyšší moci. Konfrontace pacientů s jejich obrannými mechanismy vedla k rezignaci a uvědomění si vlastního dna. Tento proces podporoval chuť pacientů na sobě pracovat. Dýchání také podporovalo sounáležitost pacientů s personálem a vytvářelo specifickou intimní atmosféru oddělení. Část personálu si dokonce holotropní dýchání sama vyzkoušela (Kudrle, 2005).

6. 1. 2. Holotropní dýchání v TK Němčice

Dalším místem, kde se aplikovalo holotropní dýchání v léčbě závislostí, se stala terapeutická komunita Němčice.

U zrodu myšlenky zavést holotropní dýchání (dále jen HD) do Němčic stál Mgr. Aleš Kuda, tehdejší vedoucí TK a MUDr. Stanislav Kudrle (Kudrle, 2010), který již měl tuto zkušenost z výše zmíněné Plzeňské kliniky (Kudrle, 2005). Na rozdíl od této kliniky, kde léčba trvala pouhých 7 týdnů, je však soužití klientů v TK dlouhodobé a HD tak mohlo ovlivnit i jejich vzájemné soužití.

Dýchání v TK bylo organizováno během 2 denních bloků, které se opakovaly 4 krát nebo 5 krát do roka. Klienti, kteří měli zájem, se přihlásili svým terapeutům. Ti pak stanovovali, zda v cestě nestojí nějaké kontraindikace, jakými jsou třeba epilepsie, prodělaná psychóza, a další. Po příjezdu MUDr. Kudrleho se zorganizovala společná komunita, na které došlo k předání povinností na ty, kteří se dýchání nezúčastnili, aby chod komunity nebyl narušen. První den z 2 denního

bloku probíhala teoretická instruktáž a druhý den samotné dýchání, které proběhlo ve dvou sezeních, aby se klienti vystřídali jak v pozici sittera, tak v pozici dýchajícího. Po skončení dýchání proběhl opět společný „sharing“, které se zúčastnili i ti, co nedýchali, a mohli se tak stát součástí tohoto zážitku. Nikdo tedy nezůstal stranou. Jak popisuje Kudrle, atmosféra v komunitě byla v těchto dnech sváteční a posilovala celkovou sounáležitost jejích obyvatel. Zážitky z HD se dále odrážely v psychoterapeutické práci v komunitě. Během dýchání se otevírala náročná témata smutku, ztráty kontaktu s rodinou, agrese, opuštěnosti a další. Tato témata dále figurovala v terapeutické práci klientů, kteří je následně zpracovávali pod vedením terapeutů. Ti byli proškoleni v této metodě. Sami byli během dýchání přítomni, aby později mohli adekvátně reagovat na vzniklá témata. Nakonec si terapeutický tým sám objednal HD (Kudrle, 2010).

6. 1. 3. Přínosy holotropního dýchání v terapii závislých

Charakteristické na práci se závislými v holotropní terapii je podle Kudrleho (2010) především jejich otevřenost vůči změněným stavům vědomí. Oproti běžné populaci se tak velmi snadno prodýchávají k hlubším tématům.

Kudrle (2005) uvádí i několik konkrétních zážitků z holotropního dýchání jeho klientů:

Příklad 1

„Anna – alkoholička: prožila v prvním dýchání setkání se zemřelou matkou, ve kterém jí sdělila vše to, co nebylo za života vyřčeno, a prožila tak hlubokou úlevu ve smíření s její smrtí. V dalším dýchání pak měla zážitek, že drží své srdce v dlaních a zlehka je hladí. Uvědomila si při tom křehkost vlastního života a potřebu se chránit. Od té doby zcela přestala pít alkohol.“ (Kudrle, 2005, s. 183).

I na této kazuistice můžeme pozorovat srovnání se s traumatem, která klientka zažila ve spojení se smrtí své matky.

Příklad 2

„Josef: prožil setkání s dcerou, se kterou neměl delší dobu kontakt, a prvně si při holotropním dýchání uvědomil hodnoty tohoto vztahu, uvědomil si nadčasové působení intimity ve vztahu, kterou mu zprostředkovala „sitterka“ v holotropním sezení.“ (Kudrle, 2005, s. 183).

Výzkumem holotropního dýchání v terapii závislostí se ve své diplomové práci věnoval například Daniel Jambrikovič (2007). Tématem práce je srovnání některých přístupů v léčbě závislostí. Jednou z metod, které Jambrikovič popisuje, je i holotropní dýchání a to v soukromém psychoterapeutickém centru Atelier II., které založil MUDr. Stanislav Kudrle v roce 2001.

Součástí jeho práce jsou také 2 polostrukturované rozhovory s klienty, kteří holotropní dýchání v centru absolvovali. Jsou doplněny stručnou kazuistikou.

Klientka středního věku Ivana trpěla od 17 let mentální bulimií, později se přidaly problémy s alkoholem. Nakonec pila již během dne i v práci, Byla dvakrát v bezvědomí převezena do psychiatrické léčebny. Až po absolvování detoxu se rozhodla pro léčbu. Vyzkoušela Anonymní alkoholiky, ale organizace jí nevyhovovala. Později nastoupila do léčby v Lochotíně, kterou vedl MUDr. Kudrle. Právě jeho duchovní přístup byl příčinou, že se klientka rozhodla pokračovat v této metodě. Zpočátku měla při dýchání nepříjemné tělesné pocity a stavy. Prožila zážitek rituálu obřadu, při kterém měla vyrvané srdce, intenzivní pocit škrcení a bolesti nohou. Zažila také vlastní porod. Vnímala ho jako těžký, prožívala jej očima dítěte. Dalším zážitkem bylo znásilnění, bodnutí a pocit křivdy. Jako pozitivní účinek popisuje klientka otevření se vnímání lásky a získání silné motivace. Jako negativní popisovala nepříjemné fyzické pocity po dýchání. Příčiny změn, které během jejího léčení nastaly, připisuje uvědomění si traumat a jejich odblokování. Jako velikou očistu klientka vnímala pocity osamělosti během dýchání, ačkoliv pro ní byly velmi těžké (Jambrikovič, 2007).

Tato klientka přímo popisuje zvědomění traumat pomocí (během) změněných stavů vědomí jako úlevný (oprošťující) prožitek.

Klient Petr se léčil ze závislosti na pervitinu. Často užíval alkohol i různé nelegální drogy. Vdětství prožil rozvod rodičů a na střední škole se setkal s drogami.

Během studia na střední škole začal užívat pervitin. Stupňovalo se také napětí v rodině. Především jeho vztah s otcem nebyl ideální. Když otec zemřel při tragické nehodě, Petr trpěl výčitkami svědomí. Rozhodl pro léčbu. Od roku 2006 navštěvoval ambulantní léčbu u MUDr. Kudrleho. 2 krát absolvoval holotropní dýchání. Během něj prožil vlastní porod, který vnímal jako těžký jak pro sebe, tak i pro svou matku. Zažíval při něm nepříjemné pocity dušení, po nichž nastalo uvolnění. Zažíval také apokalyptické scénáře, při nichž procházel cizí krajinou, kde se ozývaly výbuchy, sesouvala se půda a všude byly erupce. Celou dobu měl svíravé pocity, zažíval bezmoc, strach, vztek i vzrušení. Jako důležité vnímal především setkání se svým zemřelým otcem, k němuž během dýchání došlo. Pochopil, jak pro něj byl vztah s otcem důležitý a kolik toho zůstalo nevyřčeno. Došlo u něj k vyrovnání se s jeho smrtí. Pokaždé po dýchání také cítil fyzické uvolnění a pocit smíření se životem. Přínos terapie shrnuje jako pozitivní pocit smíření se s některými věcmi, pocitu klidu a abstinenci, kterou mu přinesla. Příčinu změn během terapie vnímá především ve zvědomění si toho, co si nepřipouštěl. Zážitky během dýchání vnímal jako těžké, ale důležité. Změnily jeho pohled na život, kterého si teď více váží (Jambrikovič, 2007).

I v tomto případ klient popisuje vyrovnání se smrtí (tedy traumatem) blízkého příbuzného jako velmi přínosné.

Jambrikovič (2007) porovnává kognitivně behaviorální přístup, spirituální přístup (reprezentovaný komunitou TeenChallenge) a holotropní dýchání v léčbě závislostí. Jambrikovič se zaměřuje na úspěšnost přístupů v léčbě závislosti z pohledu komplexního řešení problému. „*Předmětem je monitorování subjektivních změn ze strany klienta během a po absolvování léčby, objektivní zhodnocení jeho situace, stanovení významných faktorů, které mají největší vliv na léčbu a případné vytvoření jednotného postupu léčby.*“ (Jambrikovič, 2007, s. 65) „*U klientů, kteří absolvovali metodu holotropního dýchání byla důležitá změna v oblasti vnímání svého života, závislosti a s tím spojených konkrétních problémů.*“ (Jambrikovič, 2007, s. 100). Klienti, kteří absolvovali holotropní dýchání uvádí, že se teď na život a některé problémy dívají jinak a že příčina jejich závislosti byla podchycena. Zážitky z holotropního dýchání vedly ke změně životního stylu klientů

a jejich hodnot. V závěru shrnuje své poznatky s použitím této metody jako přínosné v řešení skrytých konfliktů, které však nicméně nemusí být příčinou závislosti. Jejich odprožitím došlo k u klientů k pozitivní motivaci do budoucna. Klienti také vykazovali smíření se sebou samými. Negativně hodnotí zdravotní a psychické komplikace této metody. Autor také nevidí zcela jasnou souvislost s řešením závislosti. HD vnímá jako ideální pro osoby s traumatizujícími zážitky a pro osoby které o něj mají zájem (Jambrikovič, 2007).

7. Diskuze a závěry

Rozsah mé bakalářské práce mi bohužel nedovoluje kompletní zmapování historie a současné využití změněných stavů vědomí na poli léčby závislostí. Je tak pouhým pokusem nastínit možnosti jejich využití v praxi a poukázat na jejich konkrétní přínosy a omezení. Práce neobsahuje ani kritiku tohoto přístupu, která by sama o sobě mohla jistě obsáhnout další celou práci. Jde skutečně pouze o popis možností, které změněné stavy vědomí nabízejí.

Moje práce mapuje možnosti využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí. Ze srovnání různých způsobů vedoucích ke změněným stavům vědomí vyplývá, že jejich podstata je shodná. Nezáleží tedy na tom, zda dotyčný užije psychedelickou látku, podstoupí holotropní dýchání nebo se dostane do stavu transu pomocí intenzivního bubnování. Na různých místech ve světě se používají různé způsoby navození změněných stavů vědomí, v České republice pak dominovalo holotropní dýchání. Využití psychedelické terapie je však velmi limitováno tím, že látky, které změněný stav vědomí navozují, jsou zpravidla nelegální. Obecně je tento přístup snáze přijímán v zemích, kde je rituální práce se změněným stavem vědomí součástí tamní kultury. Západní kultura má k tomuto druhu terapie primárně odmítavý charakter, podmíněný negativním postojem vůči změněným stavům vědomí obecně.

Změněné stavy vědomí umožňují v terapeutickém rámci přistupovat komplexněji k léčbě závislého. V bezpečném rámci kvalitního setu a settingu nabízejí závislým změnu pohledu na závislost jako takovou a získání náhledu na ni. Dovolují jim

otevřít traumata zasunutá hluboko do nevědomí jedince. Otvírají cestu nevědomému k vědomému. Tato traumata je dále možno integrovat, zpracovat a vypořádat se s nimi. Mění životní priority jedince, jeho celkový přístup k životu. Terapie, využívající změněných stavů vědomí, pracuje také se spirituální složkou závislosti a umožňuje přímé spirituální prožitky, pocity jednoty se světem, bohem a další. Ty vedou jedince k uvědomění si hlubší podstaty své existence, k pocitu smíření s životem a příkořími, jež přináší. Otvírá tak cestu ke zpracování jedné či více příčin závislosti. Zaměřují se na nastartování sebeúzdavného mechanismu každého člověka, působícího komplexně a nikoliv pouze na léčbu symptomů, tedy závislosti. Jako součást kompletního léčebného programu, který neopomíjí důležitost ostatních účinných faktorů léčby, jakými jsou například terapeutický vztah, hawthornský efekt, pozitivní očekávání atd., nabízejí širší možnosti práce s jedincem.

Při respektování základních pravidel této metody a důsledném dodržení jejích kontraindikací, se práce se změněnými stavy vědomí stává dalším stupněm práce s klientem, otvírá novou dimenzi pohledu na jeho onemocnění, na jeho život, na existenci vůbec.

Vzhledem k její podstatě není podle mého názoru možné, aby se této metodě dostalo plošného rozšíření. Ne každý klient si přeje zapojit se do léčby celou svou bytostí. Tato technika však umožňuje práci se spirituálním rozměrem, který bezpochyby k závislosti patří. Některá z jejích podob by měla být dostupná, jako nadstandardní či alternativní volba pro osoby, které se pro ni rozhodnou.

Tato práce není vyčerpávající a bylo proto na místě podniknout komplexnější analýzu zdrojů, týkajících se využití změněných stavů vědomí v léčbě závislosti.

8. Seznam použité literatury

a. Monografie a články ve sbornících

1. Bayer, D., (2003). Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací komorbidit. In: Kalina, K. et al., (2003). Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup. Kapitola 6/2. Praha: Úřad vlády České republiky.
2. Čtrnáctá, Š., (2007). Rituály TK. In: Nevšímal, P. (ed.). Terapeutická komunita pro drogově závislé 3. - Terapeutické metody. 4. kapitola. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje / o.p.s. Magdaléna.
3. Eliade, M., (1997). Šamanismus a nejstarší techniky extáze. Praha: Argo.
4. Escohotado, A., (2003). Stručné dějiny drog. Praha: VOLVOX GLOBATOR.
6. Furst, P. T. , (1996). Halucinogeny a kultura. Praha: Maťa.
7. Geist, B., (2000). Psychologický slovník. Praha: Nakladatelství Vodňář.
8. Grof, S., (1992). Dobrodružství sebeobjevování. Praha: GEMMA89.
9. Grof, S., (1999). Kosmická hra. Praha: PERLA.
10. Grof, S., (2007). Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii. Praha: Moraviapress.
11. Grof, S., (2007). Psychologie budoucnosti. Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí. Praha: Argo.
12. Grof, S., (2009). Lidské vědomí a tajemství smrti. Praha: Argo.

13. Grofová, Ch., (1998). Žízeň po celistvosti. Praha: Chvojko
nakladatelství.
14. Jeřábek, P., (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al., (2008).
Základy klinické adiktologie. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
15. Jeřábek, P., (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al., (2008).
Základy klinické adiktologie. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
16. Jung, C., G., (1998). Výbor z díla III. - Osobnost a přenos. Brno:
Nakladatelství Tomáše Janečka.
17. Jung, C., G., (2001). Výbor z díla IV. - Obraz člověka a obraz boha. Brno:
Nakladatelství Tomáše Janečka.
18. Kalina, K. et al., (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada
Publishing.
19. Kalina, K., Miovský, M., (2008). Psychoterapie v léčbě závislostí. In: Kalina,
K. et al., (2008). Základy klinické adiktologie. Kapitola 12. Praha: Grada
Publishing.
20. Kalina, K., (2008). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In:
Kalina, K. et al., (2008). Základy klinické adiktologie. Kapitola 21. Praha:
Grada Publishing.
21. Kudrle, S., (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu
závislosti. In: Kalina, K. et al., (2003). Drogy a drogové závislosti –
Mezioborový přístup. Kapitola 2/1. Praha: Úřad vlády České republiky.
22. Kudrle, S., (2007). Holotropní dýchání (využití HD v terapii v TK Němčice).
In: Nevšimal, P. (ed.). Terapeutická komunita pro drogově závislé 3. -
Terapeutické metody. 5. kapitola. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje /
o.p.s. Magdaléna.

23. Kudrle, S., (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Kapitola 1. Praha: Grada Publishing.
24. Miovský, M., Bartošíková, I., (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In: Kalina, K. et al., (2003). Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup. Kapitola 6/3. Praha: Úřad vlády České republiky.
25. Narby, J., (2006). Kosmický had. Praha: Rybka Publishers.
26. Richterová Těmínová, M., (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K. et al., (2008). Základy klinické adiktologie. Přílohy, s. 369. Praha: Grada Publishing.
27. Salajka, M., (2000). Slovník náboženských a teologických výrazů a pojmů (pro školu, pracovní a dům). Praha: Církev československá husitská.
28. Strassman, R., (2005). DMT: molekula duše. Praha: dybbuk.
29. Vobořil, J., Kalina, K., (2003). Svépomocné programy. In: Kalina, K. et al., (2003). Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup. Kapitola 6/11. Praha: Úřad vlády České republiky.
30. Vodáčková, D., et al. (2002). Krizová intervence. Praha: Portál.
31. Wallace, J., (1999). Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). In: Rotgers, F. et al., (1999). Léčba drogových závislostí. 1. kapitola, Praha: Grada Publishing.
32. Wittig, A., F., (1984). Psychology: an introduction. New York: McGraw-Hill, Inc.
33. Wortman, C. B., Loftus, E. F. & Marshall M. E., (1988). Psychology. Third edition. Princeton: Visual Education Corporation.

Periodika:

34. Jacobs, A., (2008). Acid redux: revisiting LSD use in therapy. *Contemporary Justice Review* (11) 4, s. 427 – 439.
35. Kavenská, V., (2008). Možnosti využití halucinogenu ayahuasky při léčbě závislostí. *Adiktologie* (8) 1, 32 – 40.
36. Kolp, E., Friedman, H., L., Young, M., S. & Krupitsky, E., (2006). Ketamine Enhanced Psychotherapy: Preliminary Clinical Observations on Its Effectiveness in Treating Alcoholism. *The Humanistic Psychologist*, (34) 4, s. 399 – 422.
37. Kudrle, S., (2005). Holotropní dýchání v terapii závislých. *Adiktologie*. (5) 2, s. 179-185.
38. Krupitsky, E., M., Burakov, A., M., Romanov, T., N., Grinenko, A., Y. & Strassman, R., J., (2001). Ketamine-Assisted Psychotherapy (KPT) of Heroin Addiction: Immediate Effects and Six Months Follow-Up. *The Heffter Review of Psychedelic Research*, (2) s. 88 – 101.
39. McPeake, J., D., Kennedy, B., P. & Gordon, M., S., (1991). Altered States of Consciousness Therapy – A Missing Component in Alcohol and Drug Rehabilitation Treatment. *Journal of Substance Abuse*. (8) s. 75 – 82.
40. Qiu, J., (2005). Addiction: herbal remedy. *Nature Reviews Neuroscience* (6) 3, s. 169 – 172.
41. Vančura, M., (2005). Čím nám byly, nejsou a mohly by být látky nazývané psychedelika. *Adiktologie* (5) 2 s. 187 – 199.
42. Winkelman, M., (2003). Complementary Therapy for Addiction: „Drumming Out Drugs“. *American Journal of Public Health*. (93) 4, s. 647- 651.

Elektronické zdroje:

43. Eleusis [online]. Citováno 26. května, 2011, Dostupné na [<http://www.eleusis.us>](http://www.eleusis.us)
44. Iboga Therapy House [online]. Citováno 26. května, 2011, from [<http://www.ibogatherapyhouse.net/index.php/home>](http://www.ibogatherapyhouse.net/index.php/home)
45. Kudrle, S. Doorway – soukromé psychoterapeutické centrum Atelier II. [online]. Plzeň: Doorway. Aktualizováno 4. listopadu, 2010, from [<http://doorway.sweb.cz/ >](http://doorway.sweb.cz/)
46. Pranajana [online]. In Wikipedia. Aktualizováno 8.dubna, 2011, dostupné na [<http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1n%C3%A1j%C3%A1ma >](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1n%C3%A1j%C3%A1ma)
47. Altered states of consciousness [online]. In Wikipedia. Aktualizováno 17.května, 2011 dostupné na [<http://en.wikipedia.org/wiki/Altered_states_of_consciousness >](http://en.wikipedia.org/wiki/Altered_states_of_consciousness)

Jiné zdroje:

48. Jambrikovič, D., (2007). Srovnání některých přístupů v léčbě závislostí. České Budějovice. Diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Teologická fakulta.
49. Kudrle, S., (2006). Závislost jako spirituální učitel. Příspěvek na AT konferenci. Měříň.
50. Kudrle, S., (2010). Osobní rozhovor ze dne 4. 5. 2010. Plzeň.

Příloha 1

Přepis osobního rozhovoru s MUDr. Stanislavem Kudrlem ze dne 4. 5. 2010.

Plzeň.

1.Kdo přišel s nápadem zařadit holotropní dýchání do programu TK Němčice?

„Byla nějaká zkušenost s holotropním dýcháním na té (plzeňské, pozn. autora) klinice. Tím, že jsem o tom referoval na konferencích, tak to pro některé lidi bylo zajímavé. Speciálně to bylo zajímavé pro Aleše Kudu, který v té době v Němčicích pracoval. Aleš sám měl s holotropním dýcháním zkušenost na sobě, to si ozkoušel.

A já sem vždycky říkal, že bych o to stál, kdyby se našla nějaká komunita, tam to dýchání zavést. Protože ta práce v komunitě, na rozdíl od toho našeho krátkodobého programu, je o dlouhodobém spolužití klientů a o tom, že skutečně to holotropní dýchání může mít hlubší efekt na kvalitu života v té komunitě, protože spolu jsou ti lidé dlouho a dlouho budou spolu sdílet ty zážitky a to ovlivnění z toho holotropního dýchání. Kdežto na té klinice to byl program 7mi týdenní léčby, takže ta možnost ovlivnění toho spolužití tam byla minimální.“

2. Jak často se v komunitě dýchalo? Jaká byla organizace toho dýchání?

„No 4 krát nebo 5 krát do roka jsem tam jezdil. Podle toho jak se to povedlo. Takže 4 krát to bylo minimálně a 5 krát maximálně za ten rok. To znamená, že zhruba po dvou měsících jsem tam jezdil na dva dny. Ti klienti, kteří o to měli zájem, se přihlásili terapeutům a my jsme potom spolu probrali, jestli nejsou nějaké kontraindikace. Což občas nastávalo, protože měli za sebou třeba nějaké psychózy a brali antipsychotika nebo měli epilepsii, což jsou všechno kontraindikace pro uplatnění této metody.

Když se to takhle prosívalo, tak ti co měli zájem, a byli zdravotně způsobilí, se dýchání zúčastnili. Celé to probíhalo v rituálním pojetí. Tzn., že jsem tam přijel jeden podvečer a když jsme udělali výběr těch lidí, tak jsme potom se všema měli společnou komunitu a museli se předat funkce na ty klienty, kteří nedýchali.

Vytvořilo se tak zázemí pro ty co dýchali. A pak se zase po tom dýchání udělal společný sharing, takže i pro ty klienty, kteří se toho nezúčastnili, přišla nějaká zpětná vazba od těch, co dýchali. Vždycky ty dva dny byly určitým svátkem v té komunitě. Dělo se něco mimořádného. Část těch lidí vzala povinnosti za ty ostatní, co měli možnost na sobě takhle pracovat. Prohlubovalo to empatii v té komunitě a určitou sounáležitost. Byla to moc hezká práce opravdu jsem za to moc vděčný, že jsem to mohl realizovat.“

3. Můžete přesněji popsat jak bylo dýchání zařazeno do denního programu komunity?

„Já jsem tam přijel jeden den odpoledne a dělal jsem tam takovou instruktáž, teoretickou přípravu pro ty zájemce. Pro některé to dýchání bylo poprvé, pro některé opakované. Takže to byla teoretická příprava a instruktáž. A pak druhý den byla dvě holotropní sezení, aby měli zážitek jak dýchání tak sitterování. Po těch dvou sezeních byl sharing v celé té komunitě.“

4. Jak holotropní dýchání přijímali klienti komunity? Jaké byly jejich zpětné vazby?

„To téma, které pro sebe ti lidé na tom dýchání získali se samozřejmě se zpracovávalo dál na těch skupinách, protože to otevřelo nějaký témata agrese smutku opuštěnosti, ztráty kontaktu s rodinou, ztráty kontaktu s dítětem v případě matek, takže samozřejmě se ta témata dostala do nějaké emoční roviny a žila dál v té komunitě a zpracovávala se během těch dalších sezení. Vlastně i ti terapeuti byli nějak instruováni a mohli se zúčastnit toho dýchání, aby získali povědomí o tom procesu. Aby pak při tom následném zpracovávání se nějak adekvátně postarali. Protože ten tým také jakoby zrál ve schopnosti s tím materiálem dál pracovat. Dokonce to pak vyústilo v to, že ten tým si nakonec to dýchání sám objednal. Takže terapeuti, ne úplně všichni, také měli svůj zážitek z toho dýchání. A to bylo naprosto mimořádné pro tu komunitu. Protože tenkrát když jsem tam jel, tak měli klienti

dýchání a pak měli terapeuti dýchání. Ti klienti strašně fandili těm terapeutům a byli zvědaví co budou říkat a jací budou až vyjdou. Takže to byl také takový moment v té komunitě velkého sblížení a moment sympatií, zájem těch klientů o ty terapeuty..

5. Jak přijímal holotropní dýchání terapeutický tým komunity?

„No zpočátku samozřejmě trpěl takovou obavou, co s nimi budou dál dělat. Ale postupně zjistili, že se nic tak zvláštního neděje, co by museli zvládnout. A jak měli tu možnost se toho zúčastnit jako přihlížející, tak vlastně postupně získávali povědomí co ten proces toho holotropního dýchání s těmi lidmi dělá. Takže vlastně ten tým takhle zrál..

6. Jak to je s obavami v otevření nějakého psychotického stavu/onemocnění po holotropním dýchání?

„Já nejsem přesvědčen, že by se po dýchání mohl objevit psychotický stav. V tom dýchání se člověk může prodýchat k nějakým citlivým tématům, která ho mohou nějakým způsobem zaměstnávat a přechodně jak se tak říká rozhodit. To se určitě stát může, ale taky je to výjimečné, opravdu výjimečné, protože většinou se daří ten prožitek zpracovat a ukotvit. Mám zpětnou vazbu od Martiny Těmínové, že jeden klient s odstupem dvou let, který byl hospitalizovaný v Bohnicích, si postěžoval, že některé ty jeho problémy souvisí s holotropním dýcháním v Němčicích. To je jediné, co já vím, ale takhle konkrétně vám to říkám bez toho, aniž by někdo tu příčinnou souvislost prokázal.

Občas se totiž v té komunitě stávalo, že právě ti klienti, kteří třeba měli o to zájem a nebyli připuštěni z hlediska třeba epilepsie nebo něčeho podobného, tak někdy tam tvořili takovou bojůvku. A ta jejich nespokojenost, jak to brali tak nějak úkorně, se tam nějak negativně projevila v té atmosféře. Nebo i vedli takové nepřátelské řeči vůči tomu, protože oni prostě nesměli. Ale to si myslím, že by se mohlo stát s kteroukoliv jinou technikou, která by nebyla pro všechny k dispozici. Takže to není žádné specifikum holotropního dýchání, ale spíše nějaké nároky v té komunitě o tom, co

někteří můžou a jiní ne. Jak říkám tenkrát mi to Martina říkala, abych o tom věděl. A jak říkám to je jediný případ co znám, který měl nějakou negativní dohru.,,

7. Jsou nějaká specifika, která se vyskytovala u závislých při holotropním dýchání více než u zdravé populace?

„To, co mě přijde úplně nejzásadnější, a proto jsem vlastně tak stál o to s těma závislýma pracovat, to co mi na tom přijde takové nejpřirozenější, je, že ti závislí lidé hledají odpovědi na nějaké svoje vnitřní otázky ve změněných stavech vědomí už prioritně. Ať je to alkohol nebo celé spektrum psychotropních látek, v podstatě i gambler se dostává do nějakého stavu změněného vědomí. Takže je nějaké puzení u těch lidí, co se stanou závislými k tomu, aby hledali nějaké svoje vyžití, seberealizaci v transu. Takže to je takový nejzajímavější moment, že vlastně jim nabídnete práci s transem v bezpečném formátu, s možností dál zpracovávat ta témata po tom dýchání, kdyby to bylo potřeba. V tom je to specifikum, že ti lidé se dostali přes to své původní puzení k nějaké psychoaktivní metodě vedoucí k transu a to se stalo těžištěm jejich závislosti. A vy jim nabídnete metodu, která jim může pomoci se z toho uvolňovat bezpečnou cestou a je také postavena na změněném stavu vědomí.“

8. Jak se k těm zážitkům staví uživatelé drog, kteří mají podobné zkušenosti již ze svých předchozích intoxikací, např. halucinogenními drogami?

„Samozřejmě ta srovnání tam byla mnohá. Třeba pro některé ten zážitek byl něco jako hororový trip nebo odvykací stav. A protože se to dalo zpracovávat, tak ten pohled na to byl úplně odlišný, než když se jim to dělo reálně. Taktéž jsem třeba dostal zpětnou vazbu:

„Já jsem zažil něco jako ten nejblbější absták v životě, ale protože to nebylo v tom kontextu braní, absták, braní, absták, tak jsem to bral úplně jinak a pomohlo mi to jako základní stavební kámen k té abstinenci. Až tady jsem uvědomil, jaký to bylo peklo.

Před tím jsem to bral jako součást, která prostě patří do toho života. Mám absták, pak budu najetej, mám absták, pak budu najetej.“

Kdežto v tom terapeutickém rámci, ten zážitek, který připomínal odvykací stav, byl natolik výlučný, že toho člověka uvědomil o tom, do jakých pekel se vlastně dostává a jak je to zbytečné. A že abstinenci už nemusí jako peklo prožívat. To je jeden extrém, kdy ten člověk v holotropním dýchání zpracovává něco, co bylo přímo ve vztahu ke zneužívání drog a bylo to na poli abstáku, nebo nějakého špatného tripu. Nebo něčeho takového. Na druhé straně, úplně jako protipól, byli třeba klienti, kteří toužili po nějakém otevření se spiritualitě a brali drogy s nějakou touhle svou filozofií, a měli spirituální zážitky během holotropního dýchání. Ti říkali, že teď konečně zažili to, co si mysleli, že potřebují. Že to nebylo ovlivněno chemií, že to nebylo ovlivněno žádným dojezdem. Že to přišlo v nějaké čisté podobě, jako spontánní prožitek nějaké spirituality, po které se pídili. Takže jako protipól, peklo a ráj. A mezitím celá škála zase nějakých případů, srovnávání toho, co znali z těch návykových látek a že tam byly nějaké reminiscence. Někaké zpracování určitých souvislostí mezi braním drog a řešením nějaké kvality toho prožitku nebo věcí, které s tím byly propojené. To jsou vztahové věci k partnerům, partnerkám, dětem, které tím životem nějak vláčeli s sebou. Takže velice často hluboké věci.“

9. Víte o někom z bývalých klientů, pro kterého ten zážitek z holotropního dýchání byl tak silný, že ho uvádí jako jeden z hlavních důvodů své abstinence?

„Já jsem to zpracovával v těch referátech, takže tam určitě nějakou tu kazuistiku uvidíte. Jinak to ovlivnění té kvality života v souvislosti s holotropním dýcháním v léčbě zpracovávala Jana Hlavičková v roce 1993. Jak říkám možná je to škoda, že jsem nenašel sílu a nedělal nějaké větší výzkumné projekty. „

10. Jak Vy osobně vnímáte rozdíl mezi klasickou verbální psychoterapií a holotropním dýcháním v kontextu práce s klientem?

„Určitě se prohloubí vazba toho klienta na mě nebo na tu léčbu. Protože ten člověk dostane opravdu intimější práci na těch tématech, prohloubí se ta terapeutická zkušenost. Takže ta jeho loajalita s tou léčbou je určitě větší. Ti lidé se prostě dostanou za rámec toho „jenom“ zvládnout tu závislost. Začnou se více otevírat v životě jinam, je to obecnější. Takže bych řekl že ta úzdrava je kompletnější nebo širší. Že to není jenom o tom zvládnout tu drogu. Ještě jak jsem popisoval ta specifika závislých, tak kromě těch „abstáků“ a věcí spojených s tou závislostí jsou ta témata společná. To jsou témata růstu osobnosti, zpracování traumatických situací, atd. Takže převážně je to společné a univerzální. Liší se to pouze okrajově.“

11. Pro Vás osobně je příjemnější pracovat s klientem touto metodou nebo verbální?

„Pro mě je to takové završení té terapie, když ten klient získá zájem o to dýchání. Myslím si, že to hodně prohloubí ten vztah a je to pro mě taková třešnička na dortu. Považuji to za to nejucelenější co můžu nabídnout.“

12. Dopracuje se tam každý?

„Ne, každý ne. Někteří o to zájem nemají a nebo mají některé kontraindikace. Ale pokud to jde, tak jim to v přiměřené chvíli nabídnu.“

13. Proč podle Vás tato metoda není více rozšířená?

„Angažuji se na poli závislostí vlastně sám. Proč to tak není. No jednak ten výcvik není až tak dostupný v Čechách. Tím, že není možné absolvovat výcvik pro tuto metodu v Čechách a mít ucelené vzdělání, tak se nedostal mezi uznávané výcviky jako je třeba KBT. Dále si myslím, že pro řadu lidí z odborných kruhů, je tato metoda, to téma sporné. Nebo mají určité výhrady, které jsou dané třeba tím, že se pracuje se změněným stavem vědomí. Dále, že koncept té práce je podpora vnitřní léčebné síly v člověku, kdežto standartní léčebný model je my Vám nastavíme pravidla léčby a

Vy se do nich zkuste nějak vejít. Budeme vám dávat nějaké interpretace a povedeme vás a budeme vás nějakým způsobem stabilizovat. I toto si myslím, že tam nějakou roli hraje. Nevím do jaké míry je třeba pro lidi problém, ten koncept spirituality. Protože si myslím, že to problém je. Svého času se mi i dařilo prosazovat tu čtvrtou nohu bio-psycho-sociálně-spirituálního nebo bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Jak je ta publikace, kterou úřad vlády vydal, tak tam ten model nějak zastávám. Nicméně s odstupem času se tento název předělal na bio-psycho-sociálně-existenciální model. Nevím proč, nikdo mi to do teď nevysvětlil. Protože moje povědomí o tom, že řada programů po celém světě opravdu vychází ze spirituality. Ať už jsou to Anonymní alkoholici nebo třeba Anonymní narkomané. Je řada komunit, které pracují s rozšířeným stavem vědomí, jako je tomu třeba v případě peruánské komunity, která pracuje s ayahuaskou. Spiritualita je něco svébytného, co si myslím, že je sdílené ve zcela transkulturálním kontextu v nějakých modelech odvykací léčby. Kdežto ten pojem existenciální je spíše filozofický než léčebný. Spiritualita je prostě hlubší, je o nějakém léčebném programu toho člověka. Takže pro mě není úplně uspokojivé, že se ten název posouvá k tomu slovu existenciální. Protože mě to přijde jako otázka spíše filozofická. I když existenciální téma jako smyslu života prosím ano, ale já v tom postrádám ten uzdravný nástroj, který spiritualita v sobě má. Tím přímým prožitkem sebe jako spirituální bytosti, se začne člověk přirozeně dostávat k nějakému nastavení sebeúzdavnému a k nějakému snížení agresivity, prohloubení empatie, prohloubení integrity schopností a to v tom vidím jako to uzdravné a nevidím v tom to označení existenciální. Takže mi to nějakým způsobem signalizuje určité váhání nebo rozpaky v tom, jak s tou spiritualitou zacházet, jak ji přijmout.“

Děkuji za rozhovor.