

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VYUŽITÍ HOLOTROPNÍHO
DÝCHÁNÍ JAKO TERAPEUTICKÉ
METODY PŘI LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ
HOLOTROPIC BREATHWORK AS A THERAPEUTIC TOOL
FOR TREATMENT OF ADDICTION



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Renáta Knížová**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Evě Aigelové, Ph.D. za podnětné a ochotné vedení práce. Velké dík patří všem respondentům, kteří si na mě v této uspěchané době udělali čas a sdíleli se mnou své myšlenky, jež byly podstatné nejen pro výzkumnou část, ale staly se velmi obohacující i pro mě osobně. V neposlední řadě děkuji mojí rodině a přátelům, kteří mě ve studiu podporují a umožňují mi se tak dále rozvíjet.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Využití holotropního dýchání jako terapeutické metody pro léčbu závislostí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 2. 4. 2024

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Spiritualita a rozšířené stavy vědomí	8
	1.1 Spiritualita v kontextu závislosti a její léčby	9
	1.2 Rozšířené stavy vědomí	12
2	Holotropní dýchání	16
	2.1 Jednotlivé prvky holotropního dýchání	17
	2.2 Význam sitterování	23
	2.3 Výzkumy holotropního dýchání při léčbě závislostí	26
3	Závislost	29
	3.1 Přístupy k rizikovému chování	32
	3.2 Systém péče o drogově závislé	36
	3.3 Prevalence užívání v ČR	40
	VÝZKUMNÁ ČÁST	43
4	Výzkumný problém, cíl a výzkumné otázky	44
	4.1 Výzkumný problém	44
	4.2 Výzkumný cíl a výzkumné otázky	46
5	Metodologický rámec	47
	5.1 Typ výzkumu	47
	5.2 Design výzkumu a tvorba dat	47
	5.3 Výzkumný soubor a jeho výběrová kritéria	48
	5.4 Metoda zpracování dat	49
6	Etické hledisko a ochrana soukromí	51
7	Výsledky výzkumu	52
	7.1 Analýza jednotlivých respondentů	52
	7.2 Tabulky	67
	7.3 Odpovědi na výzkumné otázky	69
8	Diskuze	77
9	Závěr	85
10	Souhrn	87
	LITERATURA	91

ÚVOD

Touto magisterskou prací částečně navazuji na svou práci bakalářskou, která se zabývala tím, jak se dá holotropní dýchání využít v rozměru umělecké tvorby. Rozhodla jsem se zůstat u tématu holotropního dýchání, jelikož je mi nějakým způsobem blízké a mám s ním vlastní zkušenost. Můj zájem o rozšířené stav vědomí nijak neochabl, myslím, že se dalším studiem a zkušenostmi prohloubil. Akorát od umění jsem se přesunula do oblasti závislostí. Tato problematika mě zajímá delší dobu, skrz praxe a stáže jsem měla možnost nahlédnout do sektoru péče o drogově závislé a udělat si částečný obrázek o tom, jak funguje. Navíc je nepopíratelný fakt to, že se závislost týká obrovského množství lidí, kdy máme kolem 2 milionů kuřáků, 900 tisíc lidí, kteří škodlivě užívají alkohol, až 1,5 milionu lidí, kteří zneužívají psychoaktivní léky atd (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, Fidesová, et al., 2023). S tím, že ČR má 10 milionů obyvatel. A každý závislí vytváří se svým blízkým okolím patologické vazby a vzorce, tzv. kodependentní vazby. Tento blízký okruh v návaznosti na těsném soužití se závislým vytváří svou vlastní patologii. Tak to vypadá, že snad není rodina, která by nějak nebyla postižena dopadem závislosti (S. Kudrle, ústní sdělení, 11. září, 2023). Christina Grof na svých přednáškách začínala otázkou, kolika z posluchačů se nějakým způsobem dotkla závislost (ať už šlo o závislost na alkoholu, drogách, sexu, jídle, nakupování, vztazích, moci, penězích), ať už vlastní nebo někoho z jejich okolí, člena rodiny, přítele, kolegu, náhodného člověka, který jim nějak způsobil újmu. Bez výjimky, bez ohledu na to, jaké publikum oslovovala, většina lidí zvedla ruku (Grof, 1993). Jak pak tedy máme rozumět tomuto masivnímu problému závislosti, který se týká tolika z nás jednotlivě, jako rodin, jako kultury ale možná i jako celého národa? A pokud se to dotýká tolika z nás, co o nás jako o lidských bytostech vypovídá naše návyková tendence?

Podle Gabora Maté (2020) je závislost reakcí na bolest, kterou člověk v životě zažil, možná ještě před samotným narozením, v matčině lůně. Závislost je jakýsi únik, člověk se cítí lépe díky změněným stavům vědomí, které mu drogy přinášejí. Tím se dostává do jakéhosi falešného světa, kde se cítí dobře. Ale skutečné řešení je čelit bolesti, poznat své skutečné já a najít cestu k úplnosti života bez drog.

Holotropní dýchání doslova znamená "směřující k celistvosti". Jedná se o terapeutickou metodu vyvinutou Stanislavem a Christinou Grofovými, která kombinuje dýchání, hudbu a využití změněných stavů vědomí k podpoře osobního růstu a léčby (Grof, 2004). Tato metoda se ukázala být účinná v různých kontextech, včetně práce se závislostmi (Metcalf, 1995; Taylor, 2007; Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithofer, 2011; Nedumpillil, Malarvizhi, Neelakshi, 2014; Sánchez-Quijano et al., 2023). Přestože existují výzkumy s pozitivními výsledky, je tato metoda v odborné sféře přehlížena a její dostupnost je značně omezená (finanční prostředky závislých, bezpečné zázemí takové klientely atp.)

Ve své diplomové práci se zaměřuji na zkoumání potenciálu holotropního dýchání jako prostředku pro léčbu závislostí, a to celé z pohledu facilitátorů této metody. Cílem je porozumět jejich zkušenostem, vnímání spirituality a role, kterou hraje při práci se závislostmi, a jejich pojetí závislosti samotné. Byla bych ráda, kdyby tato práce mohla přispět k rozšíření povědomí o potenciálu této metody a otevření diskuse o jejím místě v moderním terapeutickém prostředí. Doufám, že by mohla být krokem k lepšímu pochopení role, kterou může holotropní dýchání v léčbě závislostí hrát, a k přemýšlení nad tím, jak by se mohlo stát dostupným i pro ty, kteří by mohli těžit z jeho výhod.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPIRITUALITA A ROZŠÍŘENÉ STAVY VĚDOMÍ

Naši práci bychom chtěli začít tím, že si přiblížíme pojem spiritualita, který nás bude provázet celým textem. Jedná se o termín, se kterým se pojí spousta definic a nepanuje na něm úplná shoda, proto se ho budeme pro čtenáře snažit uchopit co nejsrozumitelněji. V následujících podkapitolách ho propojíme se závislostmi a rozšířenými stavy vědomí, abychom ho zasadili do kontextu naší práce.

Spiritualita má své kořeny ve slově spiritualis neboli duchovní, což je odvozeno od slova spiritus, což znamená duch, nebo dech a v křesťanství odkazuje na Ducha svatého. Duch svatý iniciuje a podněcuje vnitřní duchovní život každého jednotlivce (Říčan, 2007).

Můžeme říct, že spiritualita je s náboženstvím neodmyslitelně nějakým způsobem spojena. V článku Religiousness and Spirituality od autorů Zinnbauera a Pargamenta (2005) jsou představeny dva protikladné názory. Pargament zastává názor, že náboženství je širší pojem, který v sobě zahrnuje spiritualitu. Vnímá to tak, že spiritualita nese klíčovou funkci pro náboženství, které však zahrnuje i další aktivity vztahující se k posvátnu. Oproti tomu Zinnbauer vykládá spiritualitu jako širší pojem, který v sobě obsahuje náboženství. Náboženství vidí jako jednu z možností projevu spirituality, podle něj existuje i spiritualita nenáboženská. Říká, že je možné mít spirituální zážitky například v přírodě, v milostném vztahu, při porodu, po požití halucinogenů atd.

V psychologii je pojem spiritualita většinou spojován s něčím vyšším, něčím, co nás přesahuje, jde o něco ušlechtilého, ke spění k nejvyšším hodnotám a jejich uplatnění v životě jedince anebo v nějaké společenské harmonii. Můžeme se na ni dívat jako na hledání smyslu vlastního života, které může a nemusí být s náboženstvím propojeno. Zahrnuje spojení s námi zvolenými nebo náboženskými přesvědčeními, hodnotami a praktikami, které dávají životu smysl, a tím inspirují a motivují jednotlivce k dosažení optimálního bytí. Toto spojení přináší víru, naději, mír a posílení sebe (Říčan, 2005; Tanyi, 2002).

V rámci sekularizace a individualizace západní společnosti, minimálně počátkem 80. letech 20. století, dobou nástupu hnutí New Age, se pojem spiritualita dostává i mimo náboženský kontext a výrazně proniká i do oboru psychologie (Vojtíšek, Dušek, Motl,

2012). Lidé odmítají náboženské instituce, ale obracejí se do sebe a hledají vlastní zdroje. Nenáboženská spiritualita je osvobozena od příslušnosti k jakékoliv organizaci, tím pádem je osvobozena i od jejích nároků. Oproti tomu pojem religiozita je niterné náboženské prožívání, spojeno s určitou duchovní tradicí a jejími institucemi. Religiozita má určitou negativní konotaci. Asociuje se s dogmatem, strnulostí, omezováním či zastaralostí. Namísto toho spiritualita je spojena s pojmy jako je tvořivost, zážitek, svobodný rozvoj, dobrodružné experimentování, je chápána v rovině osobní, nedogmatické zbožnosti spojené s nějakým transcendentním prožitkem. Takováto idealizace spirituality může být nebezpečná a může tak zkreslovat její chápání (Říčan, 2007; Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Různorodost definic a přístupů ke spiritualitě má však vliv na výzkum a interpretaci výsledků. Je proto důležité to reflektovat a vyvíjet adekvátní nástroje pro měření spirituality, které budou zohledňovat různé formy spojení a subjektivních zážitků (Chagas, Martins, Machado, Zangari, Galduróz, 2023).

1.1 Spiritualita v kontextu závislosti a její léčby

Pojďme se podívat na to, jak můžeme na závislost nahlížet spirituální optikou. S tématem závislosti jsme konfrontováni od prvních chvil našeho života. Počínaje lůnem našich matek, kde jsme s nimi v absolutním spojení, přes první kontakt se světem, kdy jsme odkázaní na péči dospělé blízké osoby, přes okolnosti a faktory, které neumíme ovlivnit, jsou jimi třeba voda, vzduch, sluneční energie, až po situace, jakými je třeba mínění druhých. Když se nad tím takto zamyslíme, závislosti je běžnou součástí našich životů. Co je v tom případě závislost, která se pro nás stává destruktivní a zbavuje nás vnitřní svobody a volby (Kudrle, 2006)?

Začneme tím, že si řekneme něco k Buddhově učení ušlechtilých pravd. Popisuje v něm, že bolest a utrpení jsou neodvratitelnou součástí bytí. Máme strach ze ztráty a z pomíjivosti. Snažíme se přehlušit strach z naší omezenosti, z nesmyslnosti života. Říká, že příčinou utrpení je strach z reálného života, z jeho nestálosti, proměnlivosti a nepředvídatelnosti, zdrojem utrpení je tak lpění, bránění se změnám a závislost. Ve třetí pravdě mluví o cestě z utrpení a to tak, že se zřekneme bažení a lpění na věcech, začneme žít v přítomnosti, přijmeme svět ve všech jeho dualitách, otevřeme se v soucítění s druhými ale i se sebou samými (Dalajlama, 2002; Kudrle, 2006).

Na závislost se tedy můžeme dívat jako na strach z pomíjivosti a neustálých životních proměn. To nás vede ke snaze nabýt kontroly, hledáme prostředky jak “upravit” prožívání. Chceme tak trochu zakonzervovat iluzorní realitu, ve které jsme osvobozeni od opravdovosti světa. Je zde touha spojená s potřebou najít blaho, zintenzívnět prožitky radosti, překlenout separaci, uniknout od bolesti. Pocitem samoty a izolace chceme manipulovat s negativními prožitky. A toho jsou různé substance schopné (Kudrle, 2005; Kudrle, 2006). Manželé Grofovi (1992) se k závislosti staví jako k touze po celistvosti, větším smyslu, je to touha, kterou nelze uspokojit ve vnějším světě. Závislost vede k rozkladu Ega. Postupně, neuvědomovaně se závislý jedinec fixuje na zdroji, který mu přináší uspokojení, následuje ho za jakoukoliv cenu, dostává se do pasti a omezují se jeho možnosti. Pojďme se dostat k tomu, jak je v tom celém zahrnuta spiritualita. Jak jsme se již snažili přiblížit, spiritualita je spojena s hledáním smyslu, vyšších hodnot, je spojena s niterným osobním prožitkem. Právě komplexní spirituální obnova je cestou ze závislosti. Je důležité integrovat všechno z dosavadní cesty, bolest, strádání atp. Jde o otevření se možnosti uvolnit se, vzdát se toho, co platilo doposud. Učit se nejen chápat souvislosti života v širším kontextu, ale umět je i tvořivě využívat. Když se závislí jedinec dostane do kontaktu s vyšší mocí (tedy s opravdovým předmětem jeho touhy), zmírní se ta “falešná” touha závislostní (Grof&Grof, 1992; Kudrle, 2005; Kudrle, 2006). Je důležité zdůraznit, že ačkoli lidé mohou často popisovat extatické momenty při užití drogy, má to pro duchovní rozvoj omezený a často pochybný význam. Namísto otevírání cesty k přesahu spíše vede jedince do bludného kruhu závislosti. Čím větší je potenciál drogy pro závislost, tím menší je její potenciál spirituální. Závislost rozvrací duchovní rozměry jedince, ale obnova a posílení těchto aspektů jsou nepostradatelnou součástí léčby (Kalina, 2008).

World Health Organization zařazuje spiritualitu jako čtvrtou dimenzi zdraví, vedle psychické, fyzické a sociální. Definiuje ji jako stav, kdy jedinec dokáže řešit každodenní problémy takovým způsobem, který vede k realizaci jeho plného potenciálu, smyslu života a naplnění zevnitř. Je to stav dosažitelný prostřednictvím sebepoznání, seberealizace a transcendence. Z výzkumů víme, že má pozitivní dopad na mnohé z civilizačních chorob. Spiritualita však není lékem na nemoci, ale může pomoci ovlivnit chování a životní styl jednotlivce. Je to mechanismus prevence a způsob, jak se lépe vyrovnávat s problémy (Dhar, Chaturvedi, Nandan, 2013).

Výzkumů, které se zabývají prožívanou spiritualitou a léčbou závislosti, vzniká mnoho a ukazují, že spiritualita je v kontextu léčby závislostí významnou složkou, která má

pozitivní dopady a ovlivňuje i abstinenci (Hai, 2019). Například v review od Beralda (2019) vyšlo, že spirituálně založené přístupy k léčbě se ukazují jako nadějná možnost, jak k poruchám spojeným s užíváním návykových látek přistupovat, pomáhají usměrňovat chování, posilují sebekontrolu a snižují symptomy jako je agrese.

Samková a Dolejš (2014) předložili výsledky, ve kterých uvádějí, že respondenti v existenciální škále skórovali podprůměrně v sebeodstupu, sebepřesahu, svobodě, odpovědnosti, personalitě a existencialitě, což nás dovádí k závěrům, že tyto lidé prožívají zvýšenou existenciální neurózu, a celkově to můžeme zahrnout do tématu hledání smyslu života, zkoumání sebepřesahu nad rámec běžné reality, což můžeme považovat za určitou esenci spirituality.

Článek Nicholsona et al. (1994) ukázal, že nedostatek smyslu života může přispívat k zneužívání drog. Studie provedená na 98 respondentech pomocí Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) a Purpose in Life Test (PIL) ukázala, že drogově závislí vykazovali nižší osobní pocit smyslu života a menší spokojenost s životem než respondenti neužívající drogy. Drogově závislí také trpěli více existenčním vakuem, nudou a apatií spolu s nedostatkem smyslu a cíle v životě.

Jak jsme si za těch několik málo odstavců mohli všimnout, se spiritualitou to není tak jednoduché. Studie od Jarusiewicz (2000) předkládá výsledky, ve kterých byl zjištěn signifikantní rozdíl v úrovních vnímání spirituality mezi participanty, kteří se zotavili a mezi těmi, u kterých došlo k relapsu. Kořeny a prožívaná spiritualita tedy není stejná a nejedná se o generalizovatelný klíč k úspěchu léčby. Jedná se o rozdíl mezi zvnitřněnou, autentickou spiritualitou a takovou, která tkví v externích zdrojích. Můžeme mluvit o vnucené religiozitě, dogmaticky přijímaných hodnotách, kterým sami možná úplně tak nevěříme, nebo jim nerozumíme. Právě tato externalizovaně uložená spiritualita snižuje možnost prožít spiritualitu autentickou. Spirituální otevření se nenastane kvůli ideálům, dogmatům nebo náboženským předpisům, ale díky osobnímu, bezprostřednímu prožitku. Jde o to, dostat se do přítomného okamžiku, taková spiritualita je potom universální, všeobjímající. Neautentická spiritualita může zahrnovat na vině založená a rigidní přesvědčení, která působí při léčbě závislosti negativně. Můžeme se setkat s negativním náboženským copingem, který zahrnuje pocity opuštění bohem právě v náročných a stresových situacích, což může snižovat motivaci k opravdovému spirituálnímu rozvoji. Náchylnost k relapsu nastává, pokud se pro spiritualitu nevyvine osobní smysl (Snodgrass, Corcoran, Jerry, 2023). Naopak autentická spiritualita hraje zásadně pozitivní roli. Mindfulness a individualizované

duchovní praktiky mohou pomoci lidem navázat spojení se svou spiritualitou a regulovat jejich emocionální reakce (Kudrle, 2006; Snodgrass, Corcoran, Jerry, 2023). Kalina (2008) popisuje spiritualitu jako emoční zrání, které nám pomáhá zakládat nové adaptivní vzorce chování, kdy duchovní rozměr je propojen s „tady a teď“ v našem každodenním životě, není „někde tam“. Spiritualita je vnímaná jako životní praxe.

Spiritualitu můžeme hledat pomocí různých alternativních metod. Mohou to být právě rozšířené stavy vědomí, které ke spiritualitě neodmyslitelně inklinují. V rozšířených stavech vědomí se nám dostává vzhledů na otázky filosofické, metafyzické a spirituální. Jsou to zážitky, které jsou klíčem pro pochopení rituálního a spirituálního života lidstva od šamanských a posvátných ceremonií původních kmenů až po velká světová náboženství (Grof, 2023).

1.2 Rozšířené stavy vědomí

V této podkapitole si řekneme něco k vědomí i k rozšířeným stavům vědomí. Jelikož jsme s touto tematikou pracovali již v práci bakalářské, dovolíme si informace převzít odtud a případně je jen lehce upravíme či doplníme (Knížová, 2020).

Abychom mohli porozumět tomu, co jsou to rozšířené stavy vědomí (jinými slovy změněné, mimořádné) je důležité si nejprve říct, co to vlastně vědomí je. Bohužel neexistuje jednotná teorie, kterou bychom si zde mohli představit. Popravdě by se spíš dalo říct, že je tolik teorií vědomí, kolik lidí se touto problematikou zabývá. Přesto se pokusíme tento pojem představit v pojetí různých autorů a dojít ke společnému ukotvení (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Vědomí jako takové je poměrně široký pojem a existují minimálně dvě stránky, jak se na něj můžeme dívat. Jednou z nich je vědomí jako stav bdělosti. Jedná se o stupeň vědomí, který se odlišuje od spánku, anestezie či kómatu. Mohli bychom ho přirovnat k dennímu cyklu, a to konkrétně k rozednávání, plnému dennímu světlu a soumraku. Představme si to tak, že rozednávání je stupeň poloviční bdělosti, ještě rozespalosti, plné denní světlo je část dne, kdy i my jsme nejvíce bdělí a vědomí, a za soumraku se stáváme ospalejšími. Druhá stránka, jak můžeme vědomí vymezit, je ta, že pokud jsme bdělí, tak si i něco uvědomujeme. Je to tedy například sebeuvědomování, to, že si je někdo vědom nás, nebo vědomí našeho okolí (Koukolík, 2013).

Další teorie říká, že vědomí zahrnuje sledování sebe samého a svého okolí, tím způsobem, že si uvědomujeme vjemy, vzpomínky, myšlenky i to, co se děje v našem těle. Zároveň, když jsme vědomí, dokážeme ovládat sebe i okolí, tím že plánujeme, zahajujeme a řídíme naše jednání (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Miroslav Orel (2020, 129) vědomí definuje tak, že se jedná o „stav bdělosti, ve kterém si uvědomujeme sebe sama, své duševní pochody i své okolí“. Označuje to za stav, který je nezbytný pro kvalitní kontakt s realitou a vhodné fungování i jiných psychických funkcí, jako je vnímání, myšlení, či orientace.

Uvedli jsme si zde několik příkladů, jak je vědomí definováno různými autory a teď se pokusíme tyto poznatky stručně shrnout. Můžeme říct, že vědomí je stav, kdy je jedinec jakéhokoliv stupně bdělosti, uvědomuje si sám sebe, své okolí a své vnitřní pochody a zároveň je schopen řídit vlastní jednání (Koukolík, 2013; Nolen-Hoeksema et al., 2012; Orel, 2020).

Toto vymezení by nám mělo pomoci v zorientování se, co jsou to rozšířené stavy vědomí. Jedná se o určité mentální stavy, které se kvalitativně odlišují od běžného bdělého stavu vědomí, který je považován za „normální“. Pokud dojde k jinému vnímání reality, budeme se nejspíš často shledávat s názorem, že se jedná o druhy patologie. Patologické formy změněných stavů vědomí nazýváme poruchami vědomí, těmi se zde však nebudeme zabývat. Teď se zaměříme na to, že jsou zde možnosti rozšiřování vědomí i nepatologickým způsobem. Takové stavy mohou vzniknout spontánně, například spánkem nebo sněním, či si je můžeme záměrně navodit. Pod tím si představme například senzoričnou deprivaci, hypnózu, holotropní stavy, cvičení jógy, hlubokou meditaci, náboženské či estetické vytržení, užití farmak ale i psychedelických látek (Leary, 2000; Plháková, 2005; Cofré et al., 2020; Orel, 2020).

Rozšířené stavy vědomí nesou určité společné charakteristiky, mezi něž řadíme:

1. změnu v kognitivních procesech – kdy se jedná o pozměněné myšlení; může být narušeno vnímání času; nebo změny v percepci, které mohou mít za následek halucinace nebo zvýšenou obrazotvornost; dochází k posunu ve vnímání významu a důležitosti, a to tak, že připisujeme větší důraz subjektivním zážitkům, myšlenkám a vjemům
2. změnu sebepojetí a pojetí okolního světa – můžeme zažívat pocity odosobnění; nepopsatelnosti, kdy nejsme schopni vysvětlit podstatu našeho

zážitku; či znovuzrození, i když to není typické pro všechny rozšířené stavy vědomí

3. oslabení a inhibici vědomí – můžeme to chápat jako ztrátu kontroly nad sebou a nad uchopením reality; nebo jako změny ve vyjadřování emocí; či jako zvýšenou sugestibilitu (Ludwig, 1966; Plháková 2005).

Sice jsme si zde uvedli výčet, co vše je pro rozšířené stavy vědomí charakteristické, avšak daný prožitek je pořád velmi subjektivní záležitostí, která je ovlivňována řadou dalších faktorů. Jsou jimi například vnitřní nastavení jedince a jeho očekávání či obavy od daného zážitku, dále také kulturní a sociální vlivy. Tyto aspekty popisujeme jako set a setting. S těmito pojmy se setkáváme v souvislosti s psychedelickými látkami, ale i v kontextu holotropního dýchání. Člověk, jemuž je připisováno jejich vymezení, byl Timothy Leary (Leary, 2000).

To, jaký prožitek nakonec bude, závisí právě na setu a settingu. Set v sobě zahrnuje všechno týkající se vnitřního nastavení jedince, od osobnosti, přes přípravu, očekávání, záměr, či obavy. Setting je potom vše související s prostředím, ve kterém se zážitek odehrává, včetně fyzického, sociálního a kulturního prostředí. S tím souvisí i to, jaké myšlenky a jakou víru kultura vyznává a jak se staví k rozšířeným stavům vědomí. Čím obezřetnější přístup zvolíme, tím bezpečnějšího a ve výsledku nejspíš pozitivnějšího zážitku můžeme dosáhnout. Když se podíváme do historie, neunikne nám, že setem i settingem se zabývají i šamani. Jedná se tedy o skutečnosti, které jsou v souvislosti s těmito stavy známé už staletí a je důležité je nepodceňovat (Hartogsohn, 2017). Bez správného kontextu tak může jít jen o jakési zkrášlování reality, vyhledávání psychického dobrodružství, nebo to může vést k dezintegraci jedince (Kalina, 2008).

Závěrem bychom se ještě chtěli zmínit o psychospirituální krizi, která je s rozšířenými stavy propojena. Může se stát, že je tento stav zaměněn za patologický, nejčastěji se podobá psychotickým onemocněním, proto se jí nemusí dostat péče, kterou by potřebovala. Popíšme ji jako krizi transformace, kdy se objevují nevědomé aspekty psychiky, jako jsou biografické, perinatální a transpersonální prvky. Může mít různé podoby, včetně kolektivního prožitku vědomí, near-death experience, vzpomínek na minulé životy či určitého psychického otevření se. Jsou pro každého jedinečné a zahrnují hluboké vnitřní zkoumání a osobní růst (Grof&Grof, 1992; Motl, 2011).

Manželé Grofovi se o ni zmiňují i jako o jednom z možných důvodů závislosti. Naznačují, že mnoho lidí se obrátí k drogám při hledání transcendence nebo celistvosti. Závislost, stejně jako jiné formy transformační krize, zahrnuje hledání hlubších dimenzí v rámci sebe sama. Cesta závislosti často přivádí jedince do stavu duchovního úpadku nebo nemoci duše, což podněcuje hledání obnovy a celistvosti. Jedinci se obracejí k drogám, aby unikli vnitřnímu zmatku a našli úlevu od emocionální bolesti. Zotavení ze závislosti se podobá procesu duchovního probuzení a zahrnuje odevzdání se, přijetí pomoci od Vyšší moci a proměnu vlastního života. Celkově je na závislost nahlíženo jako na chybný pokus o naplnění touhy po duchovním spojení a celistvosti. Můžeme si všimnout, že toto pojetí se velmi podobá tomu, co jsme si popisovali v předchozí podkapitole. Možná se tedy bavíme o stejných věcech, jen pro ně využíváme různé názvy (Grof&Grof, 1992).

2 HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ

V první kapitole si představíme metodu holotropního dýchání. Stručně si řekneme něco k historii, popíšeme si, jak probíhají sezení a představíme jednotlivé prvky, na kterých je metoda vystavěna a v neposlední řadě si řekneme něco k výzkumům, které se zabývají tematikou holotropního dýchání a léčbou závislostí, což je i předmětem zkoumání této práce.

Již v úvodu jsme předestřeli, že navazujeme na bakalářskou práci, která se také týkala holotropního dýchání, proto první dvě části této kapitoly, konkrétně historii, představení metody a jednotlivé prvky, přebíráme z této práce a jen lehce je upravujeme nebo doplňujeme, jelikož se jedná o informace, které v průběhu času nestárnou (Knížová 2020).

Holotropní dýchání je terapeutická a sebepoznávací metoda, kterou vyvinul Stanislav Grof a jeho manželka Christina Grofová v 70. letech 20. století, po tom, co se zakázaly výzkumy s LSD. Jedná se o metodu, při které je kombinováno několik prvků, konkrétně zrychlený dech, cílená práce s tělem (body work), pouštění evokativní hudby a umělecké ztvárnění zážitku. Všechny tyto části si podrobněji popíšeme v následující podkapitole (Grof&Grof, 2011). Avšak než tak uděláme, stručně si řekneme něco o holotropním sezení.

Předtím, než člověk přijde na workshop holotropního dýchání, dochází ke screeningu, který se zaměřuje na zdravotní a psychické problémy. Existují určité kontraindikace, které jsou pro účast rizikové. Zároveň je to vždy v rukou facilitátora a jeho zodpovědnosti. Přestože zde uvedeme výčet oněch kontraindikací, ve výsledku je to stejně o individuálním zhodnocení, zda se jedná opravdu o překážku, nebo se na to dá připravit a klienta můžeme na sezení přijmout i tak. Mezi kontraindikace patří kardiovaskulární problémy, jako je vysoký tlak, aneurysma, prodělání infarktu, krvácení do mozku a další podobné záležitosti. Dále je to těhotenství, epilepsie, nedávno prodělaná operace nebo fyzické zranění, nějaká nakažlivá choroba, ale i předchozí hospitalizace v psychiatrické léčbě a v neposlední řadě se jedná o akutní intoxikaci (Grof, 2023).

Sezení jsou vedena ve skupinách, minimální ani maximální počty nejsou stanoveny, mohou se provádět několikasethlavá sezení, ale i velmi komorní. To, v jak velké skupině se sezení odehrávají, s sebou nese určitá specifika a dodává jim různý charakter. Účastníci se rozdělí do dvojic a určí si, kdo bude začínat v pozici dýchajícího a kdo v pozici sittera (asistenta) a v průběhu setkání si role vymění. Dýchání jsou vedena vyškolenými

facilitátory, kteří jsou k dispozici poskytovat odbornou pomoc. Facilitátoři procházejí kurzy GTT (Grof Transpersonal Training). Na jaře v roce 2020, založil Stanislav Grof nový formát kurzů s širším záběrem, jako třeba psychedelická sezení, práce s lidmi ve psychospirituální krizi, či náhled na holotropní stavy a přístup k umění. Tento trénink se jmenuje GROF® Legacy Training (GLT) a funguje na různých místech ve světě. V České republice se tento projekt spustil v centru Holos jako komplexní psychoterapeutický výcvik (Grof, 2020). Po skončení sezení je možnost zpracovat svoje zážitky pomocí uměleckého vyjádření a poslední částí holotropních sezení je možnost sdílet své zážitky se skupinou, nebo si individuálně promluvit s facilitátory, aby došlo k uzavření a integraci zážitku (Grof&Grof, 2011).

Holotropní stavy vědomí jsou takové, které jsme schopni si sami navodit a dosahujeme jich právě během holotropních sezení. Holotropní je neologismus, který vzniknul se záměrem oddělit tyto mimořádné stavy vědomí od patologických. Doslova by to znamenalo „směřující k celistvosti“ nebo „orientovaný na celek“ z řeckých slov holos – celek a trepein – směřující k něčemu. Dochází během nich ke kvalitativní a hluboké změně vědomí, avšak ne tak, jak je tomu u psychóz. Jde o prožitek jiného stavu bytí, zároveň však jedinec neztrácí zcela kontakt s realitou. Je to tedy takový prožitek dvou rozdílných realit najednou. Změny mohou nastat v oblasti zraku (vizuální představy), ale i sluchu, tělesných vjemů, vůní a chutí. Zároveň dochází k silným emočním zážitkům, které přesahují jakékoliv jiné prožitky. Dochází k pozměnění myšlení a člověku se dostává různých poznání a vzhledů na situace (Grof, 2017).

2.1 Jednotlivé prvky holotropního dýchání

V úvodu jsme se zmiňovali o několika prvcích, které holotropní dýchání obsahuje, kombinuje a využívá jejich léčebný a transformační potenciál. V této podkapitole jednotlivé části představíme podrobněji.

Léčivá síla dechu

Dech a dýchání hrály významnou roli během rituálních, léčitelských a duchovních praxí. To, že pomocí nich můžeme navodit změněné stavy vědomí je známo celá staletí. Hovoříme o technikách drasticky narušujících dech, ale také o velmi jemně propracovaných dechových cvičeních.

Rozšířených stavů vědomí můžeme dosáhnout buď pomocí zrychleného, intenzivního dýchání (hyperventilací), zadržováním dechu, anebo jejich kombinací. Rytmus

dýchání nepřímo pomáhá navodit hudba, která je ztvárněná nejrůznějšími způsoby. Technika proměnlivé dynamiky dýchání je typická pro různé druhy jógy (kundalíní-jóga, siddha-jóga), ale právě i pro holotropní sezení. Oproti dynamické práci s dechem jsou i jemnější techniky, zaměřující se spíše na soustředění pozornosti. Hledali bychom je především v buddhismu a jednou z těchto základních technik je ánápánasati, což by v doslovném překladu znamenalo vědomé dýchání. Tato technika je Buddhovým učením a dech se využívá k uvědomování celého těla a dalších prožitků. Měla by vést k očištění až k úplnému vysvobození – nirváně (Grof&Grof, 2011).

V rámci našeho materialistického světa se dýchání omezilo na fyziologickou funkci a odloučilo se od posvátných a duchovních sfér. Změněné stavy vědomí, jež způsobuje změna dýchání, jsou považovány za patologii – například hyperventilační syndrom. Ve stručnosti si vysvětleme, co je to hyperventilace. Jedná se o tzv. předýchání. Člověk se zhluboka nadechuje i vydechuje, tímto silným výdechem z těla dostává oxid uhličitý, který je však důležitý pro přenos kyslíku z krve do buněk. Z toho vyplývá, že dochází k nedokysličení tkání. Naše nervová soustava se tím vystavuje stresové situaci a může to vést k různým zdravotním potížím, jakými jsou například panická ataka, srdeční selhání, astma nebo hyperventilační tetanie. Právě z tohoto důvodu má hyperventilace v medicíně negativní konotaci. Řekněme si však, že k ní může dojít i v běžném životě, není tedy podmíněná akutními stavy. Pravděpodobně se s ní setkává v různé míře každý z nás, a to například když se nadechujeme pusou, nebo děláme zbytečně hluboké nádechy (Grof&Grof, 2011; Mattuš, 2020).

V průběhu posledních desetiletí se však začali terapeuti znovu k dechovým technikám obracet. Vytváří se nové techniky anebo se vracíme k dávným duchovním tradicím (Grof, 2004). To, jakým způsobem dýcháme ovlivňuje náš stav vědomí a naopak. Když se něčeho bojíme, dýcháme rychleji a to způsobuje, že máme strach, když jsme v klidu, dech je pomalý, a i my se zklidníme (Manné, 2004). Uveďme si tedy některé techniky, se kterými se dá v terapii pracovat. Například biosyntéza, jež vychází z hlubinných a psychodynamických oblastí, se zaměřuje na motorická pole a tvarová držení těla. Jedním z 9 pilířů konceptu motorických polí je pole pulsace související s životními rytmy, mezi které patří právě dech. Jde o propojení s emocionální složkou, kdy nádech zvyšuje vnitřní náboj a je spojován se zadržováním emocí, oproti tomu výdech souvisí s uvolněním, vyjádřením a vybitím. Při terapii jsou jednotlivá motorická pole kombinována, dochází ke koordinaci pohybů s výdechy a nádechy, jež pomáhají vyjadřovat či uvolňovat emoce

(Boadella, 2009). Dále se terapeuti obrací k jogínským praktikám, jakými jsou například Transcendentální meditace, mindfulness meditace (nebo Vipassana, jež je základem pro mindfulness cvičení) nebo Herbert Bensenova relaxační odezva (Khalsa, 2007).

Holotropní dýchání tedy využívá dechovou dynamiku a zároveň pozorování vnitřních procesů. Začíná se intenzivně, rychle a zhluboka dýchat, každý člověk si postupně nastaví své vlastní tempo a rytmus. Dýchání je sice autonomní, ale zároveň ovlivnitelné vůlí. Touto záměrnou prací je tedy možné uvolnit obranné mechanismy a nechat vynořit nevědomé obsahy (Grof&Grof, 2011).

Léčivá síla hudby

Stejně jako dech je i hudba spojována s rituálními a duchovními technikami. Zmínky o významu hudby či obecně určitého typu zvuků nacházíme po celém světě. Od hrdelního zpěvu inuitských Eskymáků, přes mnohohlasné zpěvy tibetských mnichů, až k hinduistickým oslavným zpěvům. Během těchto rituálů dochází až k transovním stavům s léčebným potenciálem (Grof&Grof, 2011).

V souvislosti s léčebným potenciálem hudby si řekněme pár slov o muzikoterapii. Jedná se o jednu z expresivních terapií, které se vyznačují prací s výrazovými uměleckými prostředky (výtvarné, pohybové, literární, hudební, dramatické). Definovat muzikoterapii není snadné, jelikož se jedná o obor neustále se rozvíjející. Navíc je interdisciplinární a propojuje umění, psychoterapii, ale i speciální pedagogiku, fyzioterapii, neurologii, ošetrovatelství, či paliativní péči. Důležitým aspektem všech přístupů, které pod sebou pojem muzikoterapie zastřešuje, je právě napojení se na hudbu. Dva hlavní proudy, jak se s takovýmto napojením pracuje, jsou hudba jako terapie a hudba v terapii. V prvním zmíněném přístupu se hudba stává centrálním prvkem, terapeut je facilitátorem, který pomáhá najít cestu klientovi k hudbě a jejím léčivým schopnostem. V druhém případě se z hudby stává prostředek, jak podpořit vztah mezi klientem a terapeutem (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Během rozšířených stavů vědomí plní dobře zvolená hudba hned několik funkcí. První z nich je mobilizace emocí, jež se pojí s vytěsněnými vzpomínkami, díky tomu se dostanou na povrch a lépe se vyjadřují. Dále otevírá dveře do nevědomí, prohlubuje léčebný proces a dává zážitkům smysluplný rámec. Pomáhá se dostávat přes obtížné fáze sezení, překonávat psychické zábrany a plně prožít probíhající proces. Jelikož holotropní sezení bývají ve skupinách, hudba nese ještě jednu důležitou funkci, a tou je překrytí zvuků

ostatních účastníků sezení, mísí se s nimi a tvoří tím celkový estetický dojem. Jedním rizikem, když pouštíme hudbu, která je stejná pro všechny účastníky sezení je to, že nemusí korespondovat s příslušným naladěním všech jedinců v místnosti. Někdo může být ve stavu, kdy by potřeboval plakat, ale hudba je tak rozverná, že pocity pláče jsou potlačeny a odsunuty někam pryč. Je to tedy velký zásah zvenčí, který ovlivňuje vnitřní proces a může dovést jedince k odlišným výsledkům, než kdyby tam tento vliv nebyl (Ehrman, 2001).

Během holotropních sezení se s hudbou pracuje úplně jinak, než jak můžeme být zvyklí ze západní kultury. Hudbě se musíme naplno oddat, zároveň pozorovat naše vnitřní prožívání a nejdůležitější je spontánně ji prožívat. Nechat průchod všemu, co to v nás probudí – vyluzování zvířecích zvuků, mluvení cizími jazyky nebo dětské žvatlání. Dalším takovým pravidlem je, nad hudbou nepřemýšlet ani nehádat odkud pochází, nehodnotit, jak zní, či co tam slyšíme za nástroje. Tady je podstatné zmínit, že pokud je v hudbě i zpěv, účastník by neměl znát jazyk, ve kterém je text zpíván a hlasy by se měly stát dalším z hudebních nástrojů.

Během sezení se používá stereofonní hudba se stálým rytmem, která má evokativní účinky. Variace je žánrů je opravdu široká, od méně známých skladeb klasické hudby po elektronickou, techno scénu. Podstatná je návaznost jednotlivých skladeb na sebe. Začíná se podněcující hudbou, která je dynamická, ale zároveň uklidňující. V průběhu začne hudba nabírat na síle. Kombinují se skladby méně známé vážné hudby a různé etnické, rituální a duchovní sesbírané z celého světa. Během vrcholu holotropního sezení se dostane na hudbu průlomovou, která je velmi silně emočně nabitá, jsou to žalozpěvy či mše a postupně se přejde k dramatické filmové hudbě. Ve druhé polovině sezení začne intenzita klesat a dostáváme se k hudbě srdce, což jsou citově zabarvené skladby a končí se uklidňující hudbou s meditačním charakterem. Výběr a správná práce s hudbou přináší rozdíl, jestli dojde k transformačnímu prožitku anebo ne (Grof&Grof, 2011; Grof, 2017; Grof&Grof, 2023).

Cílená práce s tělem – bodywork

Zrychlené dýchání způsobuje různé psychosomatické projevy. Může docházet k hyperventilačnímu syndromu, který doprovází tenze v končetinách, ale také se může dosahovat relaxačních, sexuálních až mystických prožitků. Křivka tohoto tělesného prožívání připomíná křivku sexuálního orgasmu. Pokud se jedinec účastní více sezení, je

obvyklé, že se případná tenze přesouvá do různých oblastí těla a s každým dalším sezením se její objem zmenšuje (Grof, 2004).

Tělesné projevy, které se dostávají během zrychleného dýchání jsou psychosomatické a mají pro jedince významný psychologický význam. Můžou představovat současné bolesti a napětí, které má člověk právě ve svém životě, ale někdy se může vrátet několik let zpátky a prožívat nedostatky, kterými trpěl v útlém věku, nebo v pubertě.

Tělesné napětí lze uvolnit dvěma způsoby. První je katarze či abreakce, kdy se jedná o vybití zablokovaných tělesných energií pomocí různých krouživých pohybů, záškubů, kašlání a dávení. Přítomný je i hlasový doprovod jako řev a pláč. Druhým mechanismem, který se užívá k uvolnění napětí jsou intenzivní svalové stahy, které trvají různě dlouho. Tím, jak se drží napětí delší dobu, spotřebovává se velké množství blokové energie a pak se dosahuje hlubokého uvolnění. Během holotropního dýchání se tyto dva mechanismy doplňují (Grof&Grof, 2011).

Na konci holotropního sezení, když už se dech vrátí do normálu, je ještě možnost vše správně uzavřít pomocí techniky práce s tělem. Jedinec se zaměří na místo, kde pociťuje problém a snaží se zesílit tělesné vjemy a facilitátor mu pomůže vnějším zásahem ještě k intenzivnějším prožitkům. Zase je zde velmi důležité spontánní prožívání celé situace. Facilitátor a účastník mají domluvené slovo „stop“, které zazní, pokud je daná situace nesnesitelná a účastník by nezvládnul dál pokračovat. I když se tento postup směřuje ke konci sezení, je možné ho využít kdykoliv je potřeba (Brouillete, 1997; Grof&Grof, 2011).

Podpůrný tělesný kontakt

Princip této techniky se zakládá na tom, že je člověku během holotropního stavu nabídnut korektivní zážitek pomocí podpůrného kontaktu. Je důležité pracovat s touto technikou opatrně, aby se nenapáchalo víc škody než užitku. Vysvětluje se vždy před zahájením holotropních sezení a musí být udělen souhlas od všech účastníků, že smí být provedena. Navíc je velmi důležité, aby se naplňovala potřeba dýchajícího, ne sittera či facilitátora. Musí se vždy zhodnotit okolnosti, kdy je na místě tento přístup využít a taky v jaké míře. Může to vypadat tak, že někoho jednoduše chytíme za ruku, pohladíme ho po hlavě nebo ho třeba obejmeme. Při správném provedení, to může to být velmi účinný způsob léčby emočních traumat (Grof&Grof, 2011).

Expresivní síla umění

Posledním prvkem v rámci holotropního dýchání je určité umělecké vyjádření prožitků, kterých se účastníkům dostalo. První technikou je kresba mandal. Mandala je sanskrtské slovo, které znamená kruh, dokončení. Mandalas jsou také součástí nejrůznějších rituálních a duchovních praktik. Kreslí se, malují, modelují, ale ztvárňují se i pomocí tanců (Jung, 2017).

Tak jak se mandaly využívají v holotropních sezeních, je inspirováno prací od Joan Kelloggové. Ta s nimi pracovala v rámci psychedelických sezeních a využívala je jako určitou formu psychologického testu a sepsala i instrukce pro interpretaci jednotlivých aspektů. V rámci holotropních sezeních mandaly slouží jako zdroj informací o zážitcích a jako pomůcka pro uzavření a zpracování procesu. Účastníci dostanou papír, kde je slabě předkreslen kruh, který jim má pomoci se na prožitky, kterými prošli soustředit a pomoci je zhuštěně výtvarně ztvárnit. Účastníci jsou vyzváni, aby si své mandaly nechali a nevyhazovali je, i když jim třeba úplně nerozumí. K některým poznáním totiž může dojít až po nějaké době, například po dalších introspektivních zkoumáních (Grof&Grof, 2011).

Další formou, jakou se zážitky zpracovávají, je technika soul collage od Seeny B. Frostové. Základy pro rozvinutí této metody vycházejí z práce C. G. Junga či Roberta Assagioliho. Tato metoda může být vhodnou alternativou, pokud se lidé necítí jistí v malbě či kresbě. Někdy může být pro lidi frustrující, když nedokážou namalovat něco tak, jak si to představují. Oproti tomu tvorba koláží je velmi zajímavou možností. Účastníci dostanou barevné časopisy, kalendáře, ale i fotografie, které si mohou přinášet z domova a snaží se vybírat obrázky, které s nimi rezonují na hlubších úrovních. Vytváření těchto soul collage má dynamičtější charakter. Během procesu tvorby má skupina rozjařenější naladění, než když se malují mandaly (Taylor, 2001).

Také se využívá techniky Painting Experience od Michele Cassou. Na vertikálně postavené panely se připevní veliké archy papíru, které slouží jako plocha pro malbu. Je podpořeno, aby se malovalo i prsty a rukama. Důraz je kladen na spontánnost tvorby, nesnažit se přemýšlet, co budeme malovat, ale soustředit se na to, co nám přichází tady a teď v daném okamžiku, nechat si vynořit nevědomé materiály a bezezměn, úprav a cenzury je zachytit na papír. Na stejném principu je i postaveno samo holotropní dýchání, proto se tyto techniky tak dobře doplňují (Grof&Grof, 2023).

Ještě jednou zajímavou alternativou je možnost sochařství a práce s hlinou. Ta byla zařazena primárně z důvodu, že na sezeních byli i nevidomí účastníci.

V rámci holotropního sezení nedochází k interpretacím mandal, soul collage ani soch ze strany facilitátora. Facilitátor se může doptávat a snažit se dostat informace z účastníků tak, aby jim pomohl zážitek lépe zpracovat, ale sám se k tomu nijak nevyjadřuje (Grof&Grof, 2011).

Sdílení a integrace

V určenou dobu se účastníci setkávají a společně sdílí zážitky ve skupině. Ku pomoci jsou jim právě vytvořené artefakty. Facilitátor členy podporuje k otevřenosti a upřímnosti. ono odhalení se sobě navzájem pomáhá upevnit důvěru ke skupině, což vede i k posílení léčebného procesu. Facilitátor se snaží vhodně doptávat, aby podněcoval jedince k vlastnímu výkladu prožitku, jelikož on sám je na sebe odborníkem. Facilitátor někdy může vhodně poukázat na podobné prožitky, které vyzoroval na jiných setkáních nebo na propojenost zážitků ve skupině. Pokud si všimne archetypálního obsahu, je vhodné na paralelu zážitku jedince a mytologický motiv upozornit, případně dohledat souvislosti. Během následujících dnů, kdy celý proces dobíhá, má klient možnost využít ze škály doplňkových technik. Těmi jsou rozhovor s facilitátorem, vypsání se z toho, nakreslení další mandaly, může se zaměřit na fyzické aktivity jako je běh, plavání, expresivní tanec, řízenou práci s tělem za účelem uvolnit emoce. Může se jednat o práci v individuální nebo skupinové terapii, kde se využívají další různé techniky (Grof, 2017).

2.2 Význam sitterování

Dýchání a sitterování jsou dvě do sebe zapadající komponenty pro holotropní praxi. Holotropní dýchání je technika, ale možná ji můžeme lépe nazvat rituálem, který má bezpečný set a setting a dostává dýchajícího do rozšířeného stavu vědomí (Taylor, 2007). Stručně k setu a settingu jsme se již zmínili u části k samotným rozšířeným stavům vědomí. Pojdme si k tomu ale zkusit říct ještě něco víc a začněme možná trochu ze vzdálenějšího kraje. Jak jsme napsali o pár řádků výše, holotropní dýchání je možná víc rituál než jen technika. Co jsou to vlastně rituály? Jak se můžeme dívat na holotropní dýchání jako na rituál? A jak to celé můžeme zarámovat do kontextu závislosti?

Rituály byly různými kulturami po staletí využívány jako léčivé procesy. Spousta rituálů se lidem pomáhá vypořádat s rozličnými změnami, s životními přechody, jakými jsou

narození, puberta, manželství, nemoc, smrt, se změnami sociální role, zasvěcováním jedince, s vnitřními proměnami atp. Jsou důležitým prvkem, který pomáhá absorbovat změny. Jedinec nebo skupina opouští něco starého a dostává se k něčemu novému. Často se jedná o zážitek jakési psychospirituální transformace, což vede k vyšší integritě. Může se mu dostat náhledu, přeskládají se mu dosavadní hodnoty, dojde k hlubšímu pochopení sama sebe (Grof, 2017; Taylor, 2007). Jestli si vzpomínáte, s tématem strachu ze změny a nestálosti jsme se již věnovali v kapitole o spiritualitě. Je to jedna z Buddhových vznešených pravd. Lpění na pocitech blaha, touha vyhnout se utrpení je pravděpodobně jedna z komponent závislosti. Schopnost být tady a teď, žít v přítomnosti a přijímat život se všemi jeho radostmi a bolestmi je cestou, jak se ze spáru závislosti vymanit (Dalajlama, 2002). A právě rituály mohou být prostředkem, takovou nataženou rukou, jak se dotknout spirituálna, dávají událostem hlubší smysl, svou daností a opakováním poskytují bezpečí a zbavují nejistot. Zároveň zasahují v jistém smyslu člověka tak nějak celostněji (Čtrnáctá, 2007; Kozák, 2020).

S rituály se hojně setkáváme v terapeutických komunitách pro závislé. Jde o přechodové rituály (vstup nováčka, z jedné fáze do druhé), ceremonie (závěrečný rituál při výstupu z léčby, absolventský), ale setkáváme se i s mnohem menšími, každodenními rituály, jako je společné jídlo, modlitba nebo zahájení dne pokřikem. Při společných hlubokých prožitcích se pak objevují okamžiky, kdy komunita nabývá kolektivního vědomí. Jsou to mimořádné zážitky spojené s pocity svobody, spontánnosti, účastníci při nich vychází ze sebe samých, jde o lehce změněný stav vědomí a členové komunity tak mohou objevovat potřebnou dimenzi svého života, a to bez použití návykové látky (Čtrnáctá, 2007). V terapeutické komunitě v Němčicích probíhaly i holotropní semináře. Práce s holotropním dýcháním v terapeutické komunitě může poskytnout další hodnotu prostřednictvím vzájemné podpory mezi účastníky a jejich zaujetí a péče o sebe navzájem. Dýchání je tam vnímáno jako slavnost, zároveň dlouhodobé soužití v komunitě s sebou nese i to, že spousta témat již byla odtabuizována a stávají se tak snadněji součástí holotropního procesu, zejména v závěrečné sídlící fázi (Kudrle, 2007).

HD má tedy význam pro jednotlivce v jeho individuálním procesu, je významný v dyádě dýchající – sitter, ale dává prostor i v kontextu celé komunity, kdy ostatní účastníci podporují naše vnitřní sebeobjevování. *Communitas* je dočasný, bezprostřední intimní vztah lidí, kteří v tu chvíli nejsou svázáni rolemi a kategoriemi a společně čelí změnám. V HD jsou spolu účastníci jen dočasně a ve velmi speciálním, možná až posvátném settingu. Jsou

svobodní v tom vydávat zvuky, hýbat se, jak potřebují. Dostává se jim péče od ostatních. Slyší a sdílí intimní prožitky. Pokud spolu dýchají pravidelně, vytváří se hluboké pouto. Jsou svědky změn jeden u druhého, vzájemně se podporují. Změna se pro ně tak stává méně děsivou (Kozák, 2020; Taylor, 2007).

Jaké rituální prvky tedy HD obsahuje? Jedná se o hodnotu sdílení prožitků se skupinou, koncept vnitřního léčitele, což je formulováno jako vnitřní síla, určitá moudrost, kterou v sobě má každý z nás, otevřenost, pravdivost, vycházející z hluboké vnitřní dynamiky psychologických procesů, spolupráce se sitterem a podpora jeho procesu. U tohoto posledního bodu bychom se chtěli zastavit a pokusíme se ho více rozebrat (Grof&Grof 1992, Kudrle, 2007; Taylor, 2007).

Vztah dvou lidí, kdy jeden je v rozšířeném stavu vědomí (breather, dýchající) a druhý je ukotvený v realitě (sitter), je velmi speciální, křehký. Něha, jak emoční, tak fyzická, je důležitou součástí korektivní zkušenosti při holotropních sezeních. Může docházet k signifikantním změnám sebepojetí, právě díky takovému pečujícímu kontaktu. Účastník může získat pocit “zasloužím si dotyk, jsem chtěný, jsem viděný, je v pořádku tady být – být narozený, být naživu” (Taylor, 2007, s. 19). Sitter, který je součástí dyády, při které dojde k uvolnění takovýchto hlubokých prožitků, často pociťuje hluboké uspokojení z jeho schopnosti “dát takový dar” a utvářet takové spojení s dýchajícím. Pro lidi s drogovou závislostí toto mohou být velmi významné prožitky. Dostávají se do role někoho, kdo dává, je prospěšný pro někoho druhého. Holotropní zážitky u lidí se závislostí se vlastně neliší od zážitků ostatní populace. U závislých je problém v popření a vytěsnění kvůli dlouhodobému neautentickému prožívání, jejich prožitek byl ovlivněn drogou. Holotropní zkušenosti proto mohou být významné obzvláště ve vztahové a citové oblasti. Materiál, který je objeven během sezení by se měl dále terapeuticky zpracovávat. Velký význam nese ale i opakovanost procesu a cílevědomá vnitřní práce (Kudrle, 2007). Ještě zde poznamenejme a podtrhněme, že holotropní dýchání má svůj rámec, stejně tak tomu je u psychedeliky asistovaných terapií, nebo u šamanských rituálů z jiných kultur. Práce s rozšířenými stavy vědomí v ritualizovaném kontextu, jejich následná integrace a práce s obsahovým materiálem, který to přinese, je významná. To je zásadní rozdíl od rekreačního užívání drog, kterému většinou toto ukotvení schází. Postupné vytrácení rituálního užití může být rizikové. V rozšířeném stavu vědomí je nám racionální část psychiky méně přístupná a o to více je důležité dbát na onu celostní dimenzi, která funguje v gestech, v tělesnosti a v prostotu na symbolické

rovině, které přesahují naše verbální schopnosti, což přesně rituály dělají (Jeřábek, 2008; Kozák, 2020; Winkelman, 2021).

Vraťme se ještě k sitterování a jaké benefity s sebou nese. V rámci sitterování může dojít k náhledu na vlastní emoce a motivace. Během procesu se můžeme učit pozorovat a chápat svou vnitřní dynamiku, což zvyšuje schopnost vhodně reagovat v různých situacích. Například lidem, kteří nadměrně vyjadřují emoce, poskytuje sezení příležitost procvičit si, jak nechat emoční energii procházet, aniž by na ni působili, a posílit tak svůj vnitřní klid. Jedinci se sklonem k přehnané analýze si mohou pomocí sezení všimnout svých analytických procesů, aniž by je verbalizovali, což jim umožní prozkoumat hlubší emoční prožitky. Lidé se sklonem k přehnanému podporování druhých se mohou naučit nechat prostor dýchajícímu, nechat to v jeho kompetenci, místo aby ho zneschopňovali, což přispívá ke zdravější dynamice vztahů (Taylor, 2007).

Dovednosti, které se rozvíjejí během sezení, jakými jsou soucit se sebou samým, empatie a schopnost být přítomen intenzivním emocím, přesahují rámec holotropních sezení a uplatňují se v každodenním životě. Účastníci se naučí sedět a procházet životními změnami s větší lehkostí a porozuměním. Během sezení mohou účastníci pozorovat a učit se ze zkušeností ostatních dýchajících a získat tak vhled do svého vlastního potenciálu pro růst a uzdravení. Celkově lze říct, že sitting v holotropním dýchání poskytuje transformativní zkušenost díky podpůrnému setu a settingu a umožňuje účastníkům prozkoumat a integrovat různé aspekty sebe sama za účelem osobního růstu a uzdravení (Landaeta Farizo, 2022; Taylor, 2007).

2.3 Výzkumy holotropního dýchání při léčbě závislostí

V této podkapitole bychom si chtěli představit dostupné výzkumy, které se zabývají právě možnostmi využití holotropního dýchání při léčbě závislostí.

Ve studii Jefferyse byla hodnocena účinnost začlenění transpersonální psychoterapie (s využitím holotropního dýchání) do tradičních přístupů k léčbě závislých osob. Zkoumána byla také komplementární povaha tradiční psychoterapie a svépomocných skupin, jako je například 12krokový program (AA). Mezi zkoumanými osobami bylo 29 dospělých (20 mužů a 9 žen), kteří absolvovali třinácti měsíční program ambulantní léčby. Účastníci výzkumu byli následně sledováni jeden rok po ukončení léčby. Výsledky analýzy ukázaly,

že tento model nabídl účinný přístup pro tuto skupinu klientů se závislostí na chemických látkách (citováno dle Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, 2011).

V roce 1993 bylo holotropní dýchání nabídnuto 56 účastníkům terapeutické komunity Sunflower House v Santa Cruz v Kalifornii, kteří kromě běžné terapie absolvovali v průměru 2,1 sezení s HD. Dotazníky byly zadávány před HD, 2 týdny po HD a po přechodu do fáze programu, kdy se připravovali na hledání zaměstnání. Ačkoli závěrečný dotazník po ukončení léčby vyplnilo pouze 9 respondentů, během osmnácti měsíčního období studie zůstalo 55 % účastníků, kteří absolvovali HD, čistých a střízlivých a zůstalo mimo soudní systém oproti 27 % těch, kteří v tomto období léčbu opustili (Taylor, 2007).

Byron A. Metcalf v roce 1995 vydal studii, která obsahuje data od 20 lidí, kteří se léčili se závislosti (na alkoholu nebo jiné látkové závislosti) a zároveň absolvovali minimálně tři sezení holotropního dýchání. Většina respondentů však absolvovala více jak patnáct sezení. Ze sebeposuzujících dotazníků vyšlo, že největší zlepšení nastalo v oblasti pocitů a emocí, zmenšení nebo vymizení deprese a úzkostí, snížení stresu a zvýšení sebeúcty a vědomí spirituality. Devět z dvaceti respondentů také zaznamenali snížený craving (Metcalf, 1995).

Novější studie z roku 2011 uvádí výsledky úspěšného využití holotropního dýchání ve čtyřech případech, kdy se podařilo dosáhnout úplné abstinence a udržet ji po delší dobu, navíc se dosáhlo zmírněných příznaků deprese a úzkosti, které jsou s užíváním drog často spojovány (Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, 2011).

Indická studie z roku 2014 se zaměřila na možnost využití holotropního dýchání jako metody ke snížení úzkosti u pacientů závislých na alkoholu, což by mohlo vést i ke snížení relapsů. Výzkum trval čtyři týdny v rehabilitačním centru v Chennai a zúčastnilo se ho 30 pacientů. K měření úrovně úzkosti před intervencí a po ní byl použit dotazník Burns Anxiety Inventory. Výsledky ukázaly významné snížení úzkosti po intervenci, což naznačuje potenciál holotropního dýchání při zvyšování psychické pohody, a tak i prevenci relapsu u osob se syndromem závislosti na alkoholu (Nedumpillil, Malarvizhi, Neelakshi, 2014).

Jedna z nejnovějších studií, konkrétně z roku 2023, zkoumala účinky léčby pomocí mindfulness a holotropního dýchání na adolescentky podstupující rehabilitaci kvůli užívání psychoaktivních látek. Účastnice byly rozděleny do tří skupin: kontrolní skupina, která dostávala standardní léčbu, skupina podstupující mindfulness a skupina, která prošla

holotropním dýcháním. Analýza pretestu a posttestu odhalila významné snížení srdeční frekvence v obou experimentálních skupinách, což svědčí o snížení úrovně úzkosti. Kvalitativní údaje naznačily zlepšení v oblasti zvládnutí, regulace emocí a komunikačních dovedností, které bylo zvláště výrazné u skupiny holotropního dýchání. Zatímco mindfulness prokázala vysokou účinnost při snižování srdeční frekvence, holotropní dýchání měla střední účinnost. Studie potvrzuje potenciál obou technik při řešení úzkosti a poruch spojených s užíváním návykových látek (Sánchez-Quijano et al., 2023).

Tento poslední příspěvek, který bychom zde chtěli zmínit sice není výzkumem, ale vychází z dlouholeté praxe. V předchozí podkapitole jsme mluvili o TK Němčice, kde bylo HD zařazeno jako jedna z terapeutických metod. Bylo uspořádáno jako dvoudenní setkání 5x do roka, což znamená, že klienti, kteří měli o tuto práci zájem mohli absolvovat 3 i více sezení. HD bylo nabízeno klientům, kteří byli v komunitě minimálně 2 měsíce. Tato doba je potřeba pro zhodnocení stavu a zvážení případných kontraindikací (somatické, duševní). Účast byla dobrovolná. Zkušenost, která se ukázala je, že klienti byli schopni zasadit svoje zážitky do probíhajícího procesu léčby a dále je využívat (Kudrle, 2007).

Úspěšné využití holotropního dýchání v těchto případech přispívá k rostoucímu počtu literatury, která dokládá význam spirituality při zotavování ze závislosti. Několik výzkumů zabývajících se touto tematikou si představujeme i v kapitole Spiritualita a rozšířené stavy vědomí, jež je součástí této práce. Bohužel výzkumů se zaměřením na holotropní dýchání nevzniká tolik, přestože vidíme pozitivní účinky. Myslíme si proto, že by bylo přínosné, kdyby nějaké další studie zaměřující se na toto téma přibýly.

Závěrem této celé kapitoly bychom chtěli říct, že holotropní dýchání nemůže stát jako samostatná metoda pro léčbu závislosti. Jedná se o jeden ze střípků, který skládá celou mosaiku komplexního přístupu léčby závislosti. Jedná se ale o střípek, který může být velmi přínosný (S. Kudrle, ústní sdělení, 11. září, 2023). Okrajově jen připomeňme studii Holmese, Morrise, Clance a Putneye (1996), kteří nabídli studii věnující se účinnosti holotropního dýchání jako doplňku verbální terapie. Jejich studie srovnávala dvě skupiny: jedna používala pouze verbální terapii a druhá HD ve spojení s verbální terapií. U účastníků, kteří absolvovali kombinovaný protokol HD a verbální terapie, byla zjištěna pozitivní korelace mezi statisticky významným snížením úzkosti ze smrti i statisticky významným zvýšením sebeúcty ve srovnání s účastníky, kteří absolvovali pouze verbální terapii.

3 ZÁVISLOST

V této kapitole si řekneme něco více k závislostem, k přístupu k léčbě a jaký je systém péče v ČR. Hned v úvodu bychom se rádi zastavili u definice závislosti. Podívejme se na závislost skrz optiku současných diagnostických manuálů, které slouží k rozpoznání závažnosti, díky nim bychom měli být schopni stanovit vhodné léčebné plány pro osoby, které se s užíváním návykových látek potýkají.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2017) je syndrom závislosti charakterizován souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjejí po opakovaném užívání psychoaktivních látek. Pro diagnózu závislosti musí být přítomny alespoň tři ze šesti kritérií během posledního roku. Tato kritéria jsou:

1. Intenzivní touha po droze (craving, bažení).
2. Porušená schopnost kontrolovat užívání látky (ukončení užívání, nebo množství).
3. Trvalé užívání navzdory negativním následkům.
4. Přednost užívání drogy před ostatními aktivitami.
5. Zvýšená tolerance – vyžadování vyšších dávek pro vyvolání stejného účinku, na který původně stačily dávky nižší.
6. Somatický odvykací stav.

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, v pátém vydání (DSM-V), je závislost hodnocena na základě 11 kritérií, která se zaměřují na poruchy kontroly, fyzickou závislost, sociální problémy a rizikové užívání. Jeden symptom označuje riziko. Dva nebo tři symptomy naznačují mírnou závislost. Čtyři až pět symptomů je bráno jako středně těžká závislost. Šest a více příznaků už značí těžkou závislost. Můžeme si všimnout, že se kritéria v MKN-10 a DSM-V se překrývají. Když se na ně podíváme podrobně, implicitně bychom mohli v MKN-10 najít vše, co je šířeji rozepsáno v DSM-V.

1. Užívání většího množství látky, než bylo zamýšleno, nebo její užívání po delší dobu, než bylo původně chtěno.
2. Snaha užívání látky omezit nebo s ním přestat, ale nedaří se to.
3. Intenzivní craving (bažení) po látce.
4. Potřeba většího množství látky k dosažení požadovaného účinku neboli tolerance.

5. Rozvíjení abstinčních příznaků, když látka není užitá.
6. Trávení více času získáváním a užíváním substance a následné zotavováním se z užití látky.
7. Zanedbávání povinností doma, v práci nebo ve škole kvůli užívání látky.
8. Pokračování v užívání, i když to způsobuje problémy ve vztazích.
9. Vzdání se důležitých nebo žádoucích společenských a rekreačních aktivit kvůli užívání látky.
10. Užívání látek v rizikovém prostředí, které vystavuje nebezpečí.
11. Pokračování v užívání navzdory tomu, že látka způsobuje problémy vašemu fyzickému a duševnímu zdraví (APA, 2022).

V neposlední řadě bychom se chtěli zmínit o ICD-11, 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která s sebou přináší změny oproti již zmíněné MKN-10. Tyto úpravy bychom zde chtěli nastínit. V ICD-11 zůstávají škodlivé užívání drog a závislost na návykových látkách samostatnými diagnostickými kategoriemi. Kritéria závislosti na návykových látkách jsou zhuštěna do tří dvojic, přičemž k diagnóze je zapotřebí naplnit dvě tyto dvojice. Aby se dvojice považovala za pozitivní, stačí pouze jeden potvrzený příznak v každé z nich. V důsledku širšího znění kritérií to potenciálně může vést ke zvýšení počtu falešně pozitivních diagnóz ve srovnání s MKN-10. Studie ukazují, že závislost na alkoholu byla v mezinárodním výzkumu diagnostikována přibližně o 10 % častěji při použití ICD-11 ve srovnání s MKN-10. Kritéria jsou specifikována takto:

1. Porucha kontroly nad užíváním látky: Tento stav zahrnuje obtíže s ovládnutím začátku, množství, okolností nebo ukončení užívání látky. Často je doprovázen silnou touhou nebo nutkáním konzumovat látku.
2. Fyziologické znaky: Tento aspekt zahrnuje známky neuroadaptace spojené s užíváním látky, jako je tolerance, abstinční příznaky po přestání nebo snížení užívání a opakované užívání látky k úlevě nebo zabránění abstinčním příznakům.
3. Priorita užívání látky v životě: Tento stav označuje, že užívání látky postupně získává prioritu v životě jedince a převáží nad jinými zájmy, aktivitami, povinnostmi nebo péčí o zdraví. I přes problémy spojené s užíváním látky je v konzumaci často pokračováno (Heinz, 2021).

Definovat závislost je vlastně poměrně náročné. To, jak jsme ji vymezili v předchozích řádcích, je pro její pochopení důležité, avšak je potřeba se na ni dívat velmi

komplexně, jelikož má své **biologické, neurologické, chemické, psychologické, emoční, sociální, zdravotní, politické, ekonomické i spirituální aspekty** (Maté, 2020).

Na závislost se můžeme dívat opravdu kaleidoskopicky a je důležité nezapomínat na onu komplexnost, kterou jsme zmínili. Rádi bychom představili pro nás jednu zajímavou teorii, a to konkrétně **teorii sociální dislokace** od Bruce Alexandra (2010), který tvrdí, že závislostní chování vychází z toxického sociálního prostředí spíše než z vlastností samotných návykových látek. Alexanderův experiment Krysí park ukázal, že krysy ve stimulujičím prostředí byly méně náchylné k tomu stát se závislými na morfinu, což významně zpochybnilo převažující představu, že závislost je způsobena výhradně látkou. Toto podporuje i Gabor Maté (2020), který to popisuje tak, že by to bylo stejné, jako kdybychom říkali, že závislost na hazardních hrách způsobuje balíček karet. Alexandr tvrdí, že moderní hyperkapitalismus s důrazem na individuaci a soutěžení vytváří podmínky dislokace, které podporují závislost. Navrhuje, že závislost by měla být vnímána jako politický problém spíše než lékařský či kriminální, a zdůrazňuje nutnost řešení společenských faktorů přispívajících k sociální dislokaci. Tvrdí, že aktuální programy pro léčbu závislostí mohou poskytnout určitou podporu, často ale selhávají v řešení základních sociálních příčin závislosti.

Maté (2020) popisuje závislost jako zoufalou a usilovnou snahu zaplnit prázdnotu vzniklou v důsledku bolesti a traumat. Přístupuje k závislostem tak, že jsou spíš odpovědí na něco, než že by byly tím něčím. Dostává se mu však kritiky, například od psychologa Stantona Peeleho, že vždycky vidí příčinu závislosti v traumatu. Maté připodobňuje vlastní pojetí **traumatu** víceméně za to, co Alexandr za sociální dislokaci. Možná, že současní autoři *alternativního* přístupu k závislostem zastávají stejné nebo alespoň velmi podobné názory, jen pro ně využívají různých názvů (Nepustil, 2020). Chtěli bychom zde ještě podtrhnout spirituální složku, které se Maté (2020) v závěru své knihy *V říši hladových duchů* věnuje. Popisuje spirituální procitnutí jako přihlášení se k „*vlastnímu plnému lidství*“ (s. 433), protože lidé, kteří najdou sami sebe pak nemají potřebu se otáčet k závislostem, nebo u nich zůstat. Závislost v tu chvíli pro ně byla tou nejlepší odpovědí, jakou dokázali najít na potřeby v životě, na problém izolace od vlastního já.

Tyto myšlenky korespondují s tím, co jsme se již snažili představit v předchozích kapitolách. Na závěr tohoto úvodního textu bychom chtěli napsat jen pár vět k osobnosti závislých, kteří se vyznačují určitými rysy, jakými jsou špatná seberegulace, nedostatek základní diferenciaci, chybějící zdravé povědomí o vlastním já, pocit vnitřní prázdnoty

a omezená regulace impulzů, sensation seeking a zvýšená citlivost vůči úzkosti. To, co jsme zde sepsali bychom také mohli nazvat nezralou osobností, proto když přijde na léčení, klíčová otázka je, jak můžeme podporovat ono vyzrání. Tento uvedený výčet rysů, vlastností nebo schopností můžeme považovat za ukazatel nezdravého vývoje. V prostředí, které není podnětné, nereaguje na emoce a nepodporuje je, je tím pádem sabotující vůči danému jedinci. Když pochopíme tyto osobností dimenze, může nám to pomoci při řešení a předvídání závislostního chování a zároveň to odkazuje na onu složitou souhru všech možných faktorů, které se při rozvoji závislosti dávají dohromady (Maté, 2020; Skóra, 2020).

3.1 Přístupy k rizikovému chování

V této podkapitole si stručně řekneme něco k prevenci, představíme si protidrogovou politiku v České republice a popíšeme si přístupy k léčbě závislostí, jelikož léčba a sociální rehabilitace osob závislých obsahuje široké spektrum různých metod a přístupů. Ty se mezi sebou prolínají a zároveň je tak můžeme různě kombinovat.

Prevenci spojujeme se snižováním rizik, léčbou, soudními a policejními aktivitami, jedná se o jeden z pilířů sociálních opatření, které nám mají pomoci proti závislostem (Maté, 2020). Jen obecně zde představíme primární, sekundární a terciární prevenci, tak jak ji popisuje Kudrle (2008) v Základech klinické adiktologie.

Primární prevence – Cílem je odradit od prvního užití drogy, nebo odložit první kontakt s ní. Podpořit jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity.

Sekundární prevence – Předchází se vzniku, rozvoji, či přetrvání závislosti u jedinců, kteří již drogu užívají nebo se na ni stali závislými. Jedná se tedy o včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Terciární prevence – Zde se bavíme o předcházení vážnému, trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v důsledku užívání drog.

K prevenci uvedeme ještě poznámku od Gabora Matého (2020), kterou považujeme za hodnou k zamyšlení a ke kritickému zhodnocení. Píše, že prevence by měla začít tím, že si „naše společnost uvědomí, že pro naši budoucnost není nic tolik důležité jako způsob, jakým se vyvíjejí naše děti“ (s. 458). Upozorňuje na to, že by měla být mnohem větší podpora těhotných žen, mělo by se s nimi více mluvit o stresu v životě nastávající matky, měli bychom se snažit je podpořit tak, aby to těhotenství mohlo proběhnout co nejméně stresově

po emoční, fyzické i finanční stránce. To, když děti dostávají řádnou emoční péči a vyrůstají ve stabilní komunitě může být klíčovým faktorem, protože nebudou mít potřebu uchýlovat se k závislostem. Myslíme si, že tato myšlenka podtrhuje to, co jsme se snažili na předchozích stránkách textu přiblížit.

Jak jsme zmínili, prevence je jedním ze čtyř pilířů protidrogové politiky. Představme si tedy všechny čtyři prvky, které jsou v ČR definovány. Jedná se o:

1. **Primární prevenci** – Zahrnuje aktivity, které se zaměřují na předcházení návykového chování a rozvoje závislosti, případně na oddálení prvních zkušeností.
2. **Snížování rizik (Harm Reduction)** – Aktivity, které by měly vést ke snížení možných zdravotních a sociálních rizik a dalších dopadů, které mohou návykové látky mít.
3. **Léčbu a sociální začleňování** – Paleta služeb léčby, která je pro uživatele dostupná.
4. **Kontrolu dostupnosti** – Soubor zákonných opatření a aktivit, které slouží k potlačování a usměrňování nabídky návykových látek.

Jmenované prvky nestojí samy o sobě, ale jsou podporovány vhodnými podmínkami jako je koordinace a financování, monitoring, výzkum, evaluace a mezinárodní spolupráce (Česká protidrogová politika a její koordinace, 2017).

V dalších odstavcích si popíšeme čtyři přístupy v pomoci uživatelům návykových látek, tak jak je vymezuje Kamil Kalina (2003a).

Public Health, neboli přístup ochrany veřejného zdraví je první z nich. Tento přístup se zaměřuje na ochranu populace, především před přenosem infekčních onemocnění (jako je AIDS, hepatitida B a C. Metodické postupy jsou zprostředkování sterilních jehel, stříkaček a kondomů, očkování drogové populace proti hepatitidám, poskytování léčby závislostí, testování na infekční onemocnění, místnost určené pro konzumaci drog poskytující prostředky pro injekční aplikaci pod dohledem. Dostupné důkazy naznačují, že implementace doporučených intervencí by měla vést ke snížení incidence nových infekcí u lidí injektujících drogy a k lepšímu vedení jedinců s existujícími infekcemi (EMCDDA, 2023). Aplikační místnosti V ČR dosud nebyly běžnou praxí, proto v roce 2022 Společnost Podané ruce rozběhla pilotní projekt aplikační místnosti v Brně. Na základě pozitivních výsledků byla zprovozněna v září 2023. Obecně výzkumy potvrzují, že aplikační místnosti

pomáhají zlepšit nejen zdraví a sociální situaci klientů, ale pozitivně působí na úrovni komunity i na celou společnost (Podané ruce, 2023).

Druhým přístupem je **Harm Reduction**, čili minimalizace poškození. Je i jedním z pilířů protidrogové politiky, která je v ČR nastavená. Tento přístup je fokusovaný primárně na jedince. Je zde snaha snížit, omezit a zmírnit rizika spojená s užíváním. Nebo jim úplně předcházet. HR se zakládá na určitých principech, jakými jsou například uznání vrozené důstojnosti a hodnoty všech jedinců, práce bez morálního posuzování či stigmatizace. Respektuje individuální volbu a autonomii bez nucených cílů zaměřených na abstinenci. Uznává to, že žijeme ve světě s drogami a hledá praktická řešení pro snížení škod, místo zaměření se pouze na eliminaci jejich užívání. Snaží se pracovat holisticky se zaměřením na sociální, ekonomické, enviromentální faktory, které s užíváním úzce souvisejí (National Harm Reduction Coalition, 2023).

Sociální a sociálně-pedagogický přístup zdůrazňuje vnější faktory, jakými jsou nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova, chybění či ztráta sociální dovednosti se integrovat do komunity. Metody práce jsou sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence, resocializace, reedukace a rekvalifikace, nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, využití chráněného prostředí (chráněné bydlení, chráněné domy). Těžiště je také v dobrovolné práci, svépomoci a charitě.

Posledním ze čtyř přístupů, je přístup **morální a spirituální**. V práci uplatňuje sociální a sociálně-pedagogické postupy, je napojený na křesťanskou morálku a věrouku (morální převýchova, morální resocializace). Přenesl se do svépomocných hnutí Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů. Můžeme se skrz něj snadno dostat do nějakých extrémů (nutná náboženská konverze, sektářství atp.), ale pokud je pomineme, jedná se o přístup, který má v práci se závislostmi své místo. Což se snažíme přednést v rámci celého textu této diplomové práce. V napojení na spiritualitu se opět můžeme dostat k práci s rozšířenými stavy vědomí a k holotropnímu dýchání, které nám může s cestou ke spirituálnímu procitnutí pomoci. Kayla Taylor (2007) vymezila **deset příležitostí** pro posílení léčby závislosti skrz holotropní dýchání.

1. Příležitost vstoupit do rozšířeného stavu vědomí bez použití návykových látek. Ne nadarmo se v angličtině používá slovo *breathwork*. Jedná se o náročný proces, který člověka stojí značné úsilí a nemělo by to tedy být něco, na čem by se stal závislý. Mohli bychom však namítnout, že existuje závislost na procesu.

Kdy člověk jen přijímá zážitky, které mu HD přináší, ale dál je nezpracovává (J. Macháčková, ústní sdělení, 6. října 2023). S tímto se pojí i pojem spiritual bypassing. Jedná se o obrannou psychologickou pozici, ve které jednatel dává přednost duchovním praktikám, kdy si myslí, že dělá pro řešení vlastního problému dost, ale vlastně se vůbec nic neděje, jelikož se skrz domnělé spirituální naladění vyhýbá obtížným emocím a zkušenostem (Picciotto, 2017). Což se u holotropního dýchání může stát. Přináší velmi intenzivní zážitky, které mohou navozovat iluzi vypořádávání se s problémy, ale pokud by se s nimi dále nepracovalo, nikam by to nevedlo.

2. Příležitost pro přímou zkušenost s vyšší mocí. Často dochází k vrcholným mystickým prožitkům, napojení se na smysl života, dosažení nové úrovně důvěry a vděčnosti.
3. Příležitost prožít *self-empowerment* díky vlastnímu dechu. Prvním prvkem je poskytnutí důvěry svému vnitřnímu léčiteli. Druhým důležitým prvkem je, že si člověk osahá dvě pozice, dýchajícího a sittera. V roli dýchajícího je ten, který si „nechává pomoci“, v roli sittera je tím, který „pomoc dává“. Jedinec je konfrontován tím, že nemusí být *zaseknutý* jen v jedné roli, například právě v roli závislého.
4. Příležitost pro fyzickou a emoční katarzi stresu a traumatu skrz vyřešení problémů z minulosti.
5. Příležitost sbližování se s ostatními díky skupinovému sdílení a dyádě dýchající-sitter.
6. Příležitost se vypořádat s tématy smrti a rezignace, což jsou časté a výrazné problémy, se kterými se závislí potýkají z důvodu předávkování, HIV/AIDS, potratů a dalších vážných nemocí či kriminálních činností.
7. Příležitost pro vlastní sebereflexi. Ve 12krokovém programu je toto považováno za hlavní prvek, kdy říkají, že bez spirituálního probuzení nenastane žádné zotavení.
8. Příležitost dostat se do kontaktu s tělem, znovu se napojit na to, co bylo disociováno, včetně pocitů slasti a nevyřešených traumat.
9. Příležitost pro volné vyjadřování zvuků a pohybů, které usnadňují sebepoznání a sebedůvěru.
10. Příležitost pro pochopení a přijetí zodpovědnosti za vlastní život a jednání.

3.2 Systém péče o drogově závislé

V této podkapitole bychom chtěli představit systém péče o závislé tak jak je nastavený u nás v ČR. V úvodu považujeme za důležité říct, že mezioborovost adiktologie je její silnou stránkou, avšak meziresortnost představuje určitou překážku pro praktické fungování, jelikož poskytování různých typů služeb (zdravotní, sociální, výchovně-pedagogické) v jednom programu naráží na vzájemnou neslučitelnost a nízkou vzájemnou prostupnost jednotlivých resortních rámců. Ze zprávy o nelegálních drogách v ČR z roku 2021 vzešly podněty slabých stránek v systému péče o drogově závislé. Jedná se například o nekoordinovaný průchod klienta systémem péče, nedostatek neabstinenčně orientovaných programů, nedostatečná kapacita a dostupnost některých typů služeb, ale i nedostatek profesionálů v adiktologických službách a další. Přestože se snažíme o nějakou komplexnost, strukturovanost a propojenost, budeme pravděpodobně neustále narážet na výzvy, kterým čelit a kam se posouvat dál.

Mezi odborníky panuje shoda, že efektivní systém péče by měl splňovat různá kritéria v oblasti kvalitativní a kvantitativní. Kvalitativními kritérii rozumíme především jejich komplexnost, schopnost pokrýt potřeby různých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti, či rozsah problémů s užíváním spojených, dále jeho provázanost a efektivitu. Mezi kvantitativní kritéria řadíme rozsah systému péče a jeho dostupnost (Bém, 2003; Miovský, 2003).

Síť adiktologických služeb můžeme rozdělit na dvě velké skupiny programů, které se ale do určité míry prolínají. Jedná se o zdravotnická zařízení oboru psychiatrie, která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby. Tyto programy jsou hrazeny především ze systému veřejného zdravotního pojištění. Druhou velkou skupinou jsou programy minimalizace rizik, programy ambulantní léčby a poradenství, rezidenční léčby formou terapeutických komunit a programy následné péče, které jsou převážně registrovány jako sociální služby. Provozovány jsou většinou nestátními neziskovými organizacemi a financují se díky dotacím. (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, Fidesová, et al., 2023).

Nebo se na to můžeme podívat podle koncepce rozvoje adiktologických služeb z r. 2021, která definuje 6 základních typů služeb: adiktologické preventivní služby, adiktologické služby minimalizace rizik, adiktologické služby ambulantní léčby

a poradenství, adiktologické služby krátkodobé stabilizace, adiktologické služby rezidenční léčby, adiktologické služby následné péče (Horáčková et al., 2022).

K roku 2020 bylo uvedeno 292 adiktologických programů. S tím, že nejčastěji se jednalo o nízkoprahová zařízení a programy ambulantní léčby (Janíková, Nechanská, 2021).

Za podstatné považujeme také zmínit, že léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií postupně získává své místo v oblasti závislostí celkově. K rozšíření tohoto typu služeb v posledních letech významně přispěla omezující opatření zaváděná v souvislosti s pandemií COVID-19 (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, Fidesová, et al., 2023).

V následujících odstavcích si představíme jednotlivé složky systému péče o závislé, které jsou v České republice dostupné.

Terénní programy (streetwork)

Terénní programy jsou poskytovány přímo na ulici a vychází z principu Public Health a Harm Reduction. Umožňují práci s klienty na všech stupních drogové závislosti v jejich přirozeném prostředí. Jedná se o nízkoprahový přístup. To znamená, že se snaží maximalizovat dostupnost služeb, jelikož některé mohou být pro užívající jedince z nějakého důvodu nedosažitelné (nevědí o nich, špatná předchozí zkušenost, nutnost kontaktovat dopředu atp.). Terénní programy by měly spolupracovat s dalšími nízkoprahovými službami, jako jsou například kontaktní centra. Nízkoprahových programů bylo k roku 2022 112, z toho 57 terénních programů a 55 kontaktních center (Kalina, Dvořák et al., 2001; Hrdina, Korčišová, 2003; Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, Fidesová, et al., 2023).

Nízkoprahová kontaktní centra (K-centra)

Jsou „dveřmi do systému služeb“. Zakládají se na anonymitě. Poskytují všechny prvky včasné intervence, poradenství, svépomocné aktivity, prvky terapie překrývající se s ambulantní léčbou (záleží na úrovni profesionalizace práce v K-centrech). Zase se zakládají na principech Public Health a Harm Reduction. Spolupracují s praktickými lékaři, s ambulantními psychiatry, s programy detoxifikace, s terapeutickými komunitami, se stacionáři, psychiatrickými léčebnami, s právními poradnami, s probační a mediační

službou a se zařízeními sociální péče. Citlivé téma je hledání formy spolupráce s policií, jelikož může dojít k narušení důvěry klientů (Kalina, Dvořák et al., 2001; Libra, 2003).

Ambulantní péče

Klient do zařízení dochází podle individuálního plánu, který je přizpůsoben potřebám jedince (délka kontaktu, frekvence, doba docházení). Je vhodná pro klienty s nižším potenciálem pro relaps, větší schopností sebekontroly, motivací ke změně a s podpůrným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím. Dochází zde k léčebné preventivní péči, která vychází z prvků bio-psycho-sociálních, lze ji tedy rozdělit na 3 základní pilíře, a to konkrétně psychoterapii, farmakoterapii a socioterapii. V rámci psychoterapie může docházet k individuální terapii, rodinné i skupinové. Farmakoterapie je klíčová především při léčbě komorbidit. Socioterapie usiluje o návrat klienta do společnosti bez drog. AT je v úzké spolupráci s dalšími zařízeními. Je navázána především na ústavní léčbu, terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněná bydlení atp. (Kalina, Dvořák et al., 2001; Hampl, 2003).

Denní stacionáře

Zařízení na půli cesty mezi ambulantní a ústavní péčí. Jedná se o nelůžkovou péči, která je obvykle poskytována během pracovních dnů. Jedná se o alternativu pro jedince, kteří jsou schopni abstinovat bez vyloučení z původního pracovního prostředí. Stacionáře poskytují psychoterapeutické a rehabilitační metody, konzultace, rodinnou terapii, sociální poradenství nebo motivační skupinu. Je zde nastaven strukturovaný program, který je definován jako léčebný (časový rozvrh, pravidla, vyvážená skladba programu). Je pro klienty náročná, ale už během léčby se učí, jak žít v přirozeném prostředí, aby se vyhnuli rizikovým situacím, či je dokázali předem rozpoznat, a využívali strategie, jak je zvládnout (Kalina, Dvořák et al., 2001; Kalina, 2003b).

Substituční léčba

Jedná se typ léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s menšími riziky, než které má původní droga. Například heroin se nahrazuje metadonem. Nebo se nahrazuje škodlivý způsob užití, nebo kombinace obojího. Měla by být doprovázena psychoterapií, poradenstvím nebo socioterapií (Kalina, Dvořák et al., 2001; Popov, 2003).

Detoxifikační jednotky

Jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů nebo když jsou klienti intoxikováni návykovou látkou a byla by pro ně detoxifikace nebezpečná v domácím prostředí. Pobyť na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po tom, co odvykací příznaky bezpečně odezní. Důležitým doprovodem detoxifikace je psychoterapie zaměřující se na podporu a motivaci k další péči. Detoxifikace nebývá dostačující intervencí, proto je důležitá další návaznost v systému. Konkrétně na Kontaktní centra, na ambulantní péči, krátkodobou či dlouhodobou ústavní péče, kde je často detoxifikace podmínkou nástupu, stejně tak u terapeutických komunit (Kalina, Dvořák et al., 2001; Nešpor, 2003).

Ústavní léčba

Jedná se o léčbu v lůžkovém zařízení, konkrétně na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podmínkou této léčby je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Můžeme ji dělit na krátkodobou a střednědobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá v terapeutických komunitách a v tomto případě mluvíme spíše než o ústavní o rezidenční léčbě. Ústavní léčba v nemocnici či léčebně je primárně pro klienty s vysokým potenciálem pro relaps, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi. Důležitým prvkem v závěru terapie je naplánovat přesný plán následné péče (Kalina, Dvořák et al., 2001; Dvořáček, 2003).

Terapeutické komunity

Jedná se o střednědobou až dlouhodobou rezidenční léčbu cílenou na změnu životního stylu klienta. V TK je strukturované, bezpečné a podnětné prostředí, ve kterém klient žije. Dochází tam k sociálnímu učení a nácviku v kontextu, který je vymezený jasnými a srozumitelnými pravidly. Místa, kde komunity vznikají, jsou daleko od měst, pro která jsou drogy běžnou součástí. TK staví na těchto principech: motivovanost klienta ke změně, schopnost přijímat zodpovědnost, dobrovolnost, terapie probíhá především ve skupině, přechod z terapie do běžného života musí být pozvolný, strukturovaný život v TK umožňuje vytvářet vlastní strukturu, terapeutický tým je průvodce, podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě (Kalina, Dvořák et al., 2001; Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Doléčovací programy

Jedná se o podporu a udržení abstinence po léčbě. Cílem je sociální integrace do běžného života. Jde tedy o řadu intervencí, jakými jsou prevence relapsu, podpůrná

skupinová terapie, individuální terapie a poradenství, sociální práce, volnočasové aktivity, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, zdravotní péče, práce s rodinnými příslušníky (Kalina, Dvořák et al., 2001; Kuda, 2003).

Chráněná bydlení a chráněná práce

Cílem je zajistit ubytování během toho, co klient absolvuje terapeutické a resocializační programy. Bývají časově omezena (u nás maximálně na jeden rok) a je na ně uzavřena smlouva. Mezi základní pravidla patří, že se jedná o „bezdrogové“ prostředí. Oproti azylovým domům je zde výrazněji posilována sociální kompetence klientů, to znamená, že mohou aktivně vstupovat do toho, jak bude vypadat interiér bytu, mohou ubytovávat a přijímat návštěvy, je zde koedukovaný charakter bydlení, klient vlastní klíče od bytu atp.

Cílem chráněných prací je znovuoobnovení (vytvoření) běžných pracovních návyků, dovedností a finanční příjem. Je uzavřena pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Většinou to odpovídá délce terapeutického programu, tj. od 4 měsíců do jednoho roku.

Chráněná bydlení a práce by měly být vždy součástí většího spektra služeb, například poradenství by mělo být samozřejmostí (Kalina, Dvořák et al., 2001; Dvořák, 2003).

3.3 Prevalence užívání v ČR

V této podkapitole bychom chtěli stručně představit prevalenci užívání drog v České republice. Myslíme si, že je vhodné tyto informace zařadit, aby měl čtenář ucelenou představu o tom, kolika lidí se závislosti dotýkají.

V České republice je míra současného i denního kouření cigaret v dospělé populaci trochu vyšší než průměr v evropských zemích. Na rozdíl od většiny evropských zemí však dlouhodobě neklesá. Denně nebo téměř denně kouří přibližně 20 % populace starší 15 let, což jsou přibližně 2 miliony lidí. V České republice se podíl kuřáků v dospělé populaci mírně snižoval až do roku 2015, ale v posledních letech se zásadně nemění. Na druhou stranu dlouhodobě klesá podíl kuřáků mezi mladistvými. Například v roce 2019 podle studie ESPAD denně kouřilo 10 % šestnáctiletých studentů a studentek, což je třikrát méně než na konci 90. let (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Dvořáková, Grohmannová, Orliková, Galandák, Černíková, Dékany, et al. 2024).

Česká republika patří dlouhodobě mezi země s nejvyšší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele (10 l čistého alkoholu), spolu s Litvou a Rakouskem. Také je jednou ze zemí s největším výskytem nárazového pití alkoholu na světě. V některých evropských zemích, jako je Estonsko, Řecko a Litva, se v posledních letech zaznamenává pokles míry konzumace alkoholu mezi dospělými. Naopak v ČR je situace dlouhodobě stabilní. U dětí a dospívajících však pozorujeme klesající trend v užívání alkoholu, včetně rizikových forem pití. V evropském kontextu však zůstává míra konzumace alkoholu u dospívajících stále nad evropským průměrem. Přibližně 1,5–1,7 milionu dospělých se zařazuje do kategorie rizikového užívání alkoholu a z toho 800–900 tisíc do kategorie škodlivého pití. Ročně v souvislosti s konzumací alkoholu zemře 6–7 tisíc osob, z toho 2 tisíce úmrtí jsou přímo spojeny s alkoholem a dalších 600 je nepřímých úmrtí v důsledku nehod nebo sebevražd pod vlivem alkoholu. Alkohol také způsobuje zátěž pro společnost a zdravotní systém v podobě úrazů, dopravních nehod a násilí (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Dvořáková, Grohmannová, Orliková, Galandák, Černíková, Franková, et al., 2024).

Odhaduje se, že 13–15 % populace, což odpovídá 1,3–1,5 milionu lidí, patří do kategorie problematického užívání psychoaktivních léků. Tato kategorie je definována jako užívání léků déle než 6 týdnů, subjektivní pocit nadměrného užívání léků a/nebo získání léků bez lékařského předpisu. Z toho odhadem 1,1 milionu lidí problémově užívá sedativa a hypnotika a 550 tisíc lidí užívá opioidní analgetika. Toto chování je častější u žen. Dlouhodobé trendy v této oblasti nejsou dostupné a vzhledem k nejednotnému monitoringu psychoaktivních léků a jejich problematické spotřeby nemáme ani evropské srovnání (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, 2023).

Česká republika také dlouhodobě patří mezi země s nadprůměrným výskytem užívání konopných látek a extáze jak mezi dospělými, tak mezi dospívajícími. Intenzivní a rizikové užívání drog je v ČR na úrovni evropského průměru. Nicméně, v mezinárodním kontextu je ČR charakterizována vysokým počtem případů problematického užívání pervitinu a nadprůměrnou mírou injekčního užívání drog. Na druhou stranu, výskyt vážných následků spojených s užíváním drog, jako jsou fatální předávkování nebo infekční onemocnění, je v ČR ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi velmi nízký. Přibližně 25 až 33 % dospělých uvádí zkušenost s konopnými látkami. Zkušenost s extází má 4–6 % dospělých, s halucinogeny 5–6 % a s pervitinem nebo kokainem 2–3 % dospělých. Odhaduje se, že

45 tisíc lidí užívá drogy rizikově, přičemž nejčastěji jde o pervitin (35 tisíc) nebo opioidy (10 tisíc). Během posledních deseti let se počet těchto osob zvýšil zhruba o čtvrtinu. Dále se odhaduje, že 41 tisíc lidí užívá nelegální drogy injekčně (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023; Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Černíková, Galandák, Franková, Fidesová, et al., 2023).

Pro úplnost jen zmíníme, že mezi závislosti řadíme hraní hazardních her, ale i nadužívání digitálních technologií, trávení času na internetu, sociálních sítích a hraní digitálních her. Jelikož se však v naší práci primárně zaměřujeme na látkové závislosti nebudeme tyto další kategorie dopodrobna rozepisovat (Chomnyová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, et al., 2023).

Na základě uvedených dat můžeme vidět, že čísla jsou poměrně vysoká. Bohužel síť adiktologických služeb je poddimenzovaná a nedokáže tak poptávku po péči dostatečně uspokojit. V 90. letech se navíc rozpadla síť AT ordinací – ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie a zatím se to nepodařilo nijak adekvátně vyřešit (Kalina, Dvořák et al., 2001; Vláda ČR, 2023). Jindřich Vobořil, národní koordinátor pro protidrogovou politiku, se k tomu vyjadřuje tak, že by se měla zvýšit podpora prevence a včasného záchytu osob v riziku závislosti na alkoholu, tím by se mohli snížit jak zdravotní dopady na jednotlivce, tak dopady sociální (např.: domácí násilí způsobené pod vlivem alkoholu). Z dlouhodobého hlediska by to mohlo znamenat snížení společenských nákladů spojených s pitím alkoholu a tím pádem výrazné ušetření prostředků z veřejných rozpočtů.

Toto však nejsou jediná úskalí, která vyvstávají. Dalším je třeba to, že klientela programů pro uživatele drog stárne, to znamená, že je potřeba přizpůsobit nabídku služeb a péče. Jedním z dalších dlouhodobých problémů je nedostupnost péče pro jedince, kteří se potýkají se závislostí a další psychiatrickou diagnózou (Vláda ČR, 2023).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole popíšeme náš výzkumným problémem, kterého jsme si dotkli již v úvodu samotné práce. Představíme si cíl a výzkumné otázky.

4.1 Výzkumný problém

Holotropní stavy doslova znamenají „směřující k celistvosti“ nebo „orientovaný na celek“ (Grof, 2017). Christina Grof (1993), popisuje závislost jako jakousi „žízeň po celistvosti“. Tato žízeň symbolizuje hledání vnitřního bytostného já, od kterého se jedinec z nějakých důvodů odcizil. Žízeň se snaží něčím zaplnit, a to něco mohou být právě návykové látky. Pojetí závislosti a její vnímání se s novými výzkumy a přístupy posouvá a neustále proměňuje. Někdy máme ale pocit, že na spirituální komponentu se zapomíná a zaměřujeme se primárně na chování a symptomy, místo toho, abychom šli ke kořenům a k tomu, co může být příčinou. Podle Gabora Maté (2020) stojí za každou závislostí nějaká bolest. Závislost je podmíněna něčím, co se jedinci v životě stalo a může to sahát až do perinatálního období, tj. před naší biografickou úroveň života. Únik do závislosti se tak stává nějakým kompenzačním mechanismem, protože pozměněný stav vědomí, který látka jedinci přináší, je příjemný. Žije v jakémsi iluzorním světě, kde se snaží zakonzervovat svoje prožívání v „tady a teď“, jelikož je mu dobře. Na místě je tedy konfrontovat se s bolestí, nahlédnout na své pravé já a pokusit se najít celistvost i bez látek měnících prožívání. Holotropní dýchání se může stát pomocnou rukou při takovém hledání.

O potenciálu využití holotropního dýchání při léčbě závislostí vznikají výzkumy, avšak pouze omezeně a není tomu věnována přílišná pozornost, přestože jsou výsledky veskrze pozitivní. Během vzdělávacího výcviku Grof Transpersonal Training (GTT), je jeden celý modul věnovaný závislostem a jak s nimi pracovat. Tyto moduly často lektorují facilitátoři, kteří si sami prošli závislostí a holotropní dýchání pro ně bylo prostředkem, který jim z toho pomohl.

Byli bychom rádi, kdyby tato práce mohla přispět k otevření diskuse, proč je tato metoda v jakémsi vakuu, přestože máme podklady, které potvrzují její účinky. Míříme tím na to, že její aktuální zasazení, je jako sebepoznávací metoda a primárně se k ní u nás

nepřístupuje jako k metodě léčebné (Holos, nedat.). V praxi se nesetkáme s tím, že by u nás byla, jakkoliv státem finančně podporována. Jedinci si tedy vše hradí sami, pokud tomu zprostředkovatelé seminářů nejdou nějakým způsobem naproti (individuální příspěvek, sponzorské příspěvky). Tím se dostupnost metody značně omezuje a je dosažitelná jen pro určité spektrum jedinců, kteří jsou finančně kompenzovaní a mohou si ji dovolit a zároveň o ni musí mít vůbec povědomí. Zdá se nám, že aktuálně je výzkum mnohem více nakloněn psychedeliky asistované psychoterapii, což jde ruku v ruce s celosvětovou renesancí psychedelického výzkumu. Například klinika Psyon, která je takovou pilotní klinikou v ČR, jež se zaměřuje na ketaminem asistovanou terapii, spolupracuje s několika pojišťovnami a klienti mají možnost si nechat náklady částečně proplatit. Což vnímáme jako krok velmi pozitivním směrem. (Psyon, nedat.). Narážíme ale na to, že Holotropní dýchání nějakou dobu fungovalo na půdě klasické medicíny, kdy bylo Stanislavem Kudrlem zařazeno jako jedna z metod práce se závislými v doléčovacím stadiu na klinice v Plzni. Chvilí bylo zařazeno i v terapeutické komunitě pro závislé v Němčicích (Kudrle 2005, 2007). Po tom, co pan Kudrle odešel z kliniky s ním odešla i metoda HD. Aktuálně je tedy plně přesunuta do soukromého sektoru.

V této práci se nesnažíme zkoumat, jestli holotropní dýchání má potenciál pro léčbu závislostí. Možná provokativně uvedeme, že na základě nastudované literatury a výzkumů, můžeme předpokládat, že máme důkazy, které potenciál HD potvrzují. Chtěli bychom touto prací podnítit zájem o toto téma, rozšířit povědomí o možnostech, ale i případných rizicích, které holotropní dýchání jako prostředek k léčbě závislostí může mít. Také bychom chtěli upozornit na neopodstatněné přehlížení této metody s terapeutickým potenciálem v běžné praxi. Sdílíme názor s našimi respondenty a to, že by technika HD měla být dostupná všem, pro které může být v kontextu řešení jejich problému přínosná.

Na základě těchto poznatků, jsme se rozhodli zaměřit náš výzkum na facilitátory holotropního dýchání, kteří mají k této problematice co říct. Snažíme se přiblížit jejich zkušenosti a vlastní prožitek, a tím poskytnout vhled do celé situace. Pozornost věnujeme primárně jejich pohledu na HD jakožto nástroje pro léčbu závislostí, na specifikaci výhod, ale i možných rizik. Dále se zaměřujeme na jejich vnímání spirituality a jak je zapojena do procesu holotropních seminářů, ale i na to, jak je propojena se závislostí. V neposlední řadě se také snažíme pochopit jejich vlastní pojetí závislosti, což může nějakým způsobem ovlivnit jejich přístup k celkové problematice.

4.2 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zmapovat, popsat možnosti, meze a celkový proces využití holotropního dýchání z pohledu facilitátorů se zaměřením se na problematiku léčby závislostí.

1. Jaké možnosti (pozitiva) a jaká úskalí (negativa) vnímají facilitátoři u využití holotropního dýchání při práci se závislostí?
2. Jak respondenti chápou roli spirituality v celkovém procesu?
3. Jak respondenti vnímají závislost?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole popíšeme typ výzkumu, představíme metody získávání dat a jejich formu zpracovávání a v neposlední řadě se seznámíme s výzkumným souborem a s jeho výběrovými kritérii.

5.1 Typ výzkumu

S ohledem na téma a jeho prožitkovou komplexitu jsme se rozhodli pro kvalitativní přístup, který nám díky svému charakteru umožňuje nahlédnout do větší hloubky problému. Dovoluje nám se podrobně zaměřit na jednotlivce a zachytit tak individuální přístup a vnímání každého z nich. Data, se kterými pracujeme jsou jedinečná a neopakovatelná. Zároveň zkoumáme fenomény, které platí v určitém kontextu, a stávají se proto jen těžko zobecnitelnými. Jedná o dynamický proces, ve kterém hraje podstatnou roli samotný výzkumník, jež se svou interpretací podílí na tvorbě dat (Miovský, 2006).

Jako metodu zpracování dat jsme se rozhodli použít Interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Jedná se o přístup zaměřený na porozumění subjektivní zkušenosti člověka a pomáhá nám pochopit, jaký význam daný jedinec přisuzuje vlastní zkušenosti v určitých podmínkách či situacích a jaký je proces tohoto přisuzování významu. Vytváří prostor pro pochopení specifické situace nebo události z pohledu konkrétního jedince. IPA poskytuje prostor pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu (Čermák & Kostínková, 2013).

5.2 Design výzkumu a tvorba dat

Výzkum byl realizován od srpna 2023 do listopadu 2023.

Data jsme získávali pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Zvolili jsme tuto metodu, jelikož se dobře doplňuje s metodou IPA. Polostrukturovaný rozhovor nám dovoluje rozhovor přizpůsobit dané situaci, například tím, že můžeme zaměnit pořadí otázek, pokud se určitá témata vynoří dřív, než výzkumník zamýšlel v původní skladbě otázek. Tato drobnost zaručuje větší plynulost a přirozenost interview. Dalším pozitivem je, že nám polostrukturovaný rozhovor dává možnost se doptávat pro lepší pochopení

respondentovy odpovědi. To je klíčově důležité pro metodu IPA, která pracuje s otevřenými otázkami zaměřující se na vlastní zkušenosti a prožitky. Proto je podstatné mít možnost se doptat a odpověď prozkoumat co nejpodrobněji (Čermák & Kostníková, 2013; Miovský, 2006).

Z předchozí zkušenosti vedení rozhovoru online formou i při osobním setkáním, jsme se rozhodli uskutečnit rozhovory pouze osobně. Potkali jsme se u respondentů doma, v práci, či v kavárně.

Nejkratší rozhovor byl ukončen po 53 minutách, nejdelší rozhovor trval 86 minut. Průměrná délka interview byla 72 minut. Celková doba rozhovorů je 7 hodin a 2 minuty.

5.3 Výzkumný soubor a jeho výběrová kritéria

Metodu, kterou jsme použili pro výběr našeho vzorku označujeme jako metodu záměrného výběru, jelikož jsme cíleně vyhledávali respondenty, kteří splňovali námi stanovené podmínky (Miovský, 2006). Na webových stránkách o holotropním dýchání jsme si vyhledali kontakty na facilitátory, kterým jsme následně rozeslali e-maily, ve kterých bylo stručné představení výzkumu a prosba s žádostí o pomoc.

Kritéria pro výběr respondentů byla, aby daný facilitátor měl povědomí o možnosti využití HD pro léčbu závislostí. V ideálním případě by měl s tímto procesem vlastní zkušenost. Důležité pro nás však bylo, zda mají do situace nějaký vhled a cítí, že k tomuto tématu mají informace, které by s námi mohli sdílet.

Výzkumu se celkem účastnilo šest participantů. Z toho byli tři ženy a tři muži. Průměrný věk byl 48,5 roku. Nejmladšímu respondentovi bylo 39 let a nejstaršímu 70 let.

Všichni participanté se několik let věnují facilitování holotropních sezení, zároveň je holotropní dýchání provází i v osobním životě. Zkušenosti se pohybují v desítkách let a x odvedených seminářích. Respondent s nejdelší praxí se v oboru pohybuje přes 30 let, respondent s nejkratší facilitátorskou praxí je v oblasti 5 let. Všichni respondenti prošli oficiálními výcviky pro holotropní dýchání, 2 z nich mají psychologické/medicínské vzdělání, 4 z nich mají za sebou nebo si aktuálně dělají psychoterapeutický výcvik.

Pro přehlednost přikládáme informace prezentované i v tabulce. Sloupečky reprezentují naše respondenty pod jejich kódy, řádky se vztahují k jednotlivým informacím o nich.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Sociodemografické údaje						
Věk	43	70	51	43	39	45
Pohlaví	Muž	Muž	Žena	Žena	Žena	Muž
Praxe facilitátora v letech	7	>30	8	6	6	5
Psychoterapeutický výcvik	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne
Vzdělání psychologické/medicínské	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ne

Tab. č. 1: Sociodemografické údaje respondentů

5.4 Metoda zpracování dat

Jak jsme uvedli v textu výše, metodou pro zpracování dat se stala IPA (Čermák & Kostníková, 2013).

Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon v aplikaci diktafon. Následně byly převedeny do počítače a za pomoci funkce Word transkript byly doslovně přepsány do dokumentu Microsoft word. Rozhovory jsme znovu poslouchali a v dokumentech jsme upravovali případné nepřesnosti. Jednotlivé přepisy byly doplněny o řádkování, aby byla zajištěna lepší orientace v textu. Změnily jsme formátování textu tak, abychom měli široké okraje, které nám sloužily k zapisování komentářů a poznámek. Takto upravené a nachystané rozhovory jsme vytiskli a pracovali jsme s tištěnou verzí.

Autorka nejprve provedla reflexi vlastního vztahu k danému tématu. To proběhlo formou deníkového zápisu. Následně jsme mohli přejít k analýze prvního rozhovoru. Znovu jsme poslouchali audionahrávku, abychom si oživilí a připomněli okolnosti a situaci s daným respondentem, text jsme opakovaně pročítali. Již při prvních čteních jsme si zvýrazňovali témata, která nám připadala podstatná. Komentáře a poznámky, které nás k tomu napadali, jsme si poznačovali na levý okraj papíru. S textem jsme zpočátku pracovali chronologicky, následně jsme začali s jeho dekonstrukcí. Díky tomu jsme se mohli na interview dívat z různých úhlů pohledu.

Když jsme cítili, že jsme z textu načerpali to, co jsme mohli, zaměřili jsme se na vlastní poznámky na okrajích. Pomocí nich jsme začali formulovat témata, která jsou více abstraktní a snaží se zachycovat hlavní podstatu respondentovy výpovědi. Vzniklá témata jsme sepsali do dokumentu Microsoft excel. Ke každému tématu jsme si poznačili číslo stránky a číslo řádku, abychom se mohli vrátet k přepisu rozhovoru a neztratili jsme tak kontakt s původním textem. Dokument s tématy jsme vytiskli a rozstříhali jsme ho na jednotlivé lístečky, což nám zajistilo, že jsme s nimi mohli libovolně pohybovat, přesouvat je a přeskupovat, abychom tak mohli lépe hledat souvislosti. Témata jsme vztahovali k jednotlivým výzkumným otázkám. Vzniklá nadřazená a podřazená témata jsme zaznačili do dokumentu v excelu a barevně jsme si témata rozřadili pod jednotlivé výzkumné otázky. Stejným způsobem jsme zpracovávali i ostatní přepisy. Na závěr jsme hledali společná témata napříč všemi rozhovory.

6 ETICKÉ HLEDISKO A OCHRANA SOUKROMÍ

Během výzkumu jsme dbali na dodržování etických pravidel. Respondenti byli obeznámeni o zachování anonymity a o využití dat čistě pro potřeby diplomové práce. Uvědomujeme si však úskalí, která s sebou přináší to, že píšeme o velmi specifickém tématu. Snažili jsme s daty pracovat tak, aby byla dostatečně anonymizována, zároveň abychom zachovali autenticitu jednotlivých výpovědí a jejich obsahový přínos pro naši práci. Snažili jsme se také o zachování empirické neutrality, která se pojí s tím, že by měl výzkumník projevovat aktivní zájem a porozumění vůči respondentům, ale ke zkoumaným skutečnostem by měl zůstat neutrální (Miovský, 2006).

Respondenti znali téma výzkumu i účel rozhovoru od prvního navázaného kontaktu. Podrobné informace byly vyjasněny ještě před zahájením samotných rozhovorů.

Jelikož je účast na výzkumu dobrovolná, tak je i možnost z něj kdykoliv odstoupit, což ale žádný z našich respondentů neudělal. Dostali jsme ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Nahrávku jsme smazali ve chvíli, kdy jsme provedli podrobnou analýzu rozhovoru. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.)

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na následujících stránkách představíme analýzu našeho výzkumu. V první části se budeme věnovat analýze jednotlivých participantů. Pomocí narativní formy odpovídáme na naše výzkumné otázky. Tučně zvýrazněná slova představují klíčová témata u jednotlivých respondentů. V následující části nalezneme tabulky, kde prezentujeme společná témata napříč všemi případy. Na konci prezentujeme odpovědi všech respondentů podle jednotlivých výzkumných otázek.

7.1 Analýza jednotlivých respondentů

Respondent R1

Muž, 43 let

Má vystudovanou pedagogiku 2. stupně ZŠ. Za sebou má psychoterapeutické výcviky, různé semináře a workshopy. Profesionálně se věnuje individuálním terapiím a také pořádá workshopy holotropního dýchání. Vlastní praxi holotropního dýchání se věnuje 17 let, facilitování 7 let. Má výcvik v Grof Transpersonal Training (GTT). Se závislostmi se ve své praxi setkává, není na ně však nijak zaměřený či specializovaný.

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

Pozitiva, která jsme v rozhovoru identifikovali jsou **nevědomé procesy**. Chápeme je jako věci hluboko v nás, nebo jako transpersonální prožitky, které mají léčebný potenciál, je na ně však náročné dosáhnout klasickými způsoby, jako je například verbální terapie. Právě holotropní dýchání může posloužit jako jakási **prodloužená ruka**, která nám může pomoci na ně sáhnout poměrně **bezpečným způsobem**. R1 to popisoval tak, že „*rozšířené stavy vědomí jako HD umožňují tu opomout, ty obrany postupně otevírat a nahlížet*“ na rozdíl od psychedelik, která je spíše „*rozhrábnou*“. Jako další pozitivum respondent pojmenoval **nezávislostní charakter** holotropního dýchání. Popisuje ho jako **práci**, která využívá **přirozených prostředků**, jakými jsou tělo, dech a hudba, na kterých nevzniká závislost. Zároveň zvědomuje „*Jasně, na jaké úrovni? Na našem dechu jsme závislí, ale je to jiný, než být závislý třeba na jiné substanci*“.

Otevírání náročných témat můžeme vnímat jako potenciál, tak jak byla popsána prodloužená ruka HD, ale zároveň i jako určité úskalí. Jelikož se to může dotknout někde, kde na to ještě nemusíme být připraveni. Dalším popsáním rizikem je to, že člověk se stane křehký, otevře se do určité zranitelnosti, zažívá pocity **přijetí** „*je to úžasný, má pocit, že už nic jiného neexistuje, pak vyjdou ven a je tam vlastně ta rána tý reality*“.

Dalším tématem se stalo téma **dočasnosti**, které nutně nevnímáme ani v pozitivní ani negativní konotaci, ale jako nějaký aspekt, který s sebou HD nese, a který nějak zasahuje do jedincova procesu. Na holotropních sezeních se vytváří určitý specifický prostor, který je omezený na daný čas, ale i na danou skupinu lidí. Po skončení se člověk **vrací do kontextu odkud přišel**. Toto téma je klíčové v tom, že pokud není člověk **kompenzovaný** (situace doma, návrat do bezpečného prostředí, podpora), tak by to pro něj mohla být riziková zkušenost. R1 to popisoval tak, že je pro něj důležité, aby se měl klient kam vrátit, proto dělají podrobný screening před přijetím na workshop. Také se nám s tím pojí téma **dostupnosti** dané metody skrz finanční prostředky, ale i povědomím o ní. R1 však zastává názor, že by HD mělo být dostupné všem, kteří o něj mají zájem a jsou v dostatečně **stabilním stavu** (omezení užívání látek před workshopem, není intoxikovaný během sezení, sociální zázemí), aby se ho mohli účastnit bezpečně.

Jedním z ústředních témat HD je **vnitřní léčitel**, jedná se o vnitřní moudrost, která zdůrazňuje jedincovu **vlastní kompetenci**. Podle R1 se facilitátoři snaží tvořit takový prostor, aby si lidé mohli sáhnout na svou kompetenci, že „*oni jsou největší odborníci na svůj proces a na svoje téma*“. Jde o to, že chtějí, aby účastníci **byli v kontaktu** sami se sebou, s tím, s čím na sezení přicházejí, skrz to může dojít k **otevření nových náhledů**. Facilitátoři se toto snaží podpořit tak, že vytváří **bezpečné prostředí**. R1 využil příměr „*dobré dělohy*“, „*kteřá obejmě ty lidi, dá dobrou výživu, dá nějakou laskavost, dá nějaký přijetí, ale teda taky hranice...Nějak tím dává pocit bezpečí, že v tý děloze se můžou lidé rozvíjet, zažívat, poznávat, integrovat a tak dále bezpečným a dobrým způsobem*“. S bezpečným prostředím se pojí i **společenství a tvorba vztahů**, jež na sezeních vznikají a mohou mít zásadní vliv na to, jaké to sezení vlastně bude a co tam daný jedinec zažije. Právě skrz kontakt s dalšími lidmi může dojít k **průlomové zkušenosti**. R1 to popisuje tak, že „*člověk sitter například, který je závislý a může někomu pomoci, že najednou zjistí, že je jako důležitější, že na něm záleží, že má hodnotu, že má v sobě tohle, že najednou jako může transformovat ten vztah k sobě, a k tomu, jak vlastně žiju svůj život?*“

R1 dále popisuje **získávání zdrojů**, a to jak **zdrojů uvnitř sebe**, tak **zdrojů kolem**, „*holotropní dýchání může některý bolesti vyléčit, zjemnit, anebo tam přinést nějaký zdroj, kdy ten člověk může s tou bolestí líp být...že nemusí používat tolik substance k tomu, aby tu bolest utlumoval, nebo aby doplňoval něco, co mu chybí*“.

Jako další výrazné téma, které jsme zaznamenali v souvislosti s touto výzkumnou otázkou, je samotná **struktura holotropního procesu**. R1 říká, že pracuje stejně se závislostmi jako s jinou problematikou, protože holotropní dýchání má nějakou svou danou strukturu, která je funkční a v základech neměnná. Popisuje důležitost **setu a settingu** a zdůrazňuje **léčebný potenciál prožitku**, „*ktorej může bejt nesmírně bohatej a těch věcí, který můžou pomoct je hodně*“, ale i **léčebný potenciál kontextu**, kam bychom zařadili třeba komunitu a sdílení.

Role spirituality

R1 popisuje, že spiritualita hraje zásadní roli. Jedná se podle něj o důležité momenty, kdy se lidé dokážou „*zkontaktovat s něčím, co je přesahuje*“ a to může léčení vhodně podpořit. **Numinozita** prožitků, právě ono kontaktování se s něčím posvátným, hlubokým, přesahujícím, s nějakým našim innerself má velmi pozitivní efekt při léčbě závislostí. Tento prvek můžeme najít i jako jeden z jedenácti pilířů u AA.

R1 se zmiňuje o určitém „**typu výživy**“, který může HD pro jedince představovat. A to jak v onom spirituálním napojení, tak v sociálním a emočním.

Vnímání závislosti

R1 mluví o závislosti jako o **copingovém mechanismu**, „*nějaká jako potřeba něco doplnit anebo s něčím něco uvolnit*“. Také jsme narazili na téma **traumatu a prenatalního ovlivnění**. R1 to popisuje tak, že „*opravdu vnímám, že to je spojený s traumatem nebo obtížnýma zážitkama z minulosti anebo s deprivací někde v dětství...Já tomu říkám jiný ksichy jiný místa, ale furt to samé a často to opravdu začíná při příchodu na svět nebo vůbec při početí, a v tom jakou zprávu dostáváme od naší mámy*“.

Říká, že je zásadní přistupovat k léčbě závislosti **komplexně**, což právě zahrnuje i rozšířené stavy vědomí. Nemůžeme se zaměřovat jen na léčbu symptomů, ale musíme přijít i k oněm preverbálním, či transpersonálním vrstvám, protože „*když to jako okleštíme, tohle odděláme, tak je to pro mě jako opravovat dům jenom kleštěma a kladivem. Jo a jako něco uděláte, ale prostě proč si nevzít bagr, robota, ktorej tam s tím pomůže, když ho jako máte*“. Zdůrazňuje onu komplexnost a to, že holotropní dýchání nemůže stát samo o sobě. Může posloužit jako **podpůrná metoda**. Také je důležitá **další práce** s tím, co se nám během sezení otevřelo.

A to jak v souvislosti s dobrou **následnou péčí**, tak s **integrací** prožitku a nějakým jeho **racionálním uchopením** a zpracováním. R1 říká, že „*pro léčení závislosti je jako velmi užitečná kombinace individuální terapie nebo psychoterapie a rozšířený stav vědomí...vnímám, že se to jako dobře potkává a doplňuje, myslím si, že samostatně holotropní dýchání nebude stačit, protože je tam potřeba i ještě nějaký další rozpracování*“.

Respondent R2

Muž, 70 let

Má vystudovanou medicínu s atestací z psychiatrie a psychoterapie. Za sebou má různé psychotherapeutické výcviky. Holotropnímu dýchání se věnuje přes 30 let a podobně stejně dlouho se věnuje i HD při práci se závislostmi. Má za sebou původní výcvik Grofova® dýchání.

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

R2 popisuje jako jednu z možností téma, které jsme si pojmenovali jako **prodloužená ruka** holotropního dýchání. Vnímá, že HD může dosáhnout na **nevědomé obsahy**, které jsou jinak verbální terapií nedostupné a dělá to v **bezpečném prostředí**.

Dalším tématem, o kterém R2 mluví je **otevřenost**, které se objevilo v lehkých variacích mnohokrát. Jedná se o otevřenost zkušenosti vůbec jít holotropní dýchání vyzkoušet, dále otevřenost vůči procesu, tomu, co se tam bude dít, otevřenost samotného prožitku a projevu, ale také popisuje otevřenost vůči světu v neustálé proměně.

R2 zmiňuje **kontraindikace**, psychické i fyzické, na které se musí dávat pozor, pokud chceme jedince na dýchání přijmout. Zdůrazňována byla **stabilizovanost**, to znamená detoxifikaci, to, aby byl člověk v dostatečném „*klidu a nějaký neutrality toho myšlení a vůbec psychiky jít do takovýhle zkušenosti*“. R2 se ještě vyjadřoval k tomu, že zkušenost s HD je **dobrovolná**, a tím pádem je to jiné, než když jste nuceni do nějaké léčby. Tento proces je založen na **vědomém rozhodnutí** a měl by tam být i určitý **potenciál** toho samotného účastníka být toho součástí. R2 o tom mluvil tak, že jedinec musí mít kapacitu na to, aby to bylo **přínosné** pro něj i pro tu skupinu. Dále je potřeba vnímat **kontext odkud přichází a kam se vrací**, protože člověk sice může prožít něco, co má transformační potenciál, ale potom je tam střet s realitou, „*prostě se zastavili, dostali nějaký impulzy, nějaký know how, jaký to může bejt jinak, ale pak se vrací do života ve starejch kolejích*,

starejch návyků, starejch mezilidských vazeb, který často táhnou zpátky“. A tímto se dostáváme k nějakému tématu **dlouhodobosti**. R2 popisuje holotropní dýchání jako proces „**kráčení po cestě**“, který v sobě nese určitou dlouhodobost a potřebu se mu tak trochu **oddat**. Z jazykového hlediska nás zaujalo, že když R2 mluví o závislosti i o holotropním dýchání, vyjadřuje se o nich podobnými výrazy. Jedním takovým příkladem je právě ona dlouhodobost, která je při HD potřeba zohlednit, stejně se vyjadřuje, že „*léčba závislosti je běh na dlouhou trať, je to vlastně celoživotní téma*“. Možná právě taková souvislost mezi problematikou a to, jaké k ní volíme prostředky může vést k pozitivním výsledkům.

To, co R2 pojmenovává, je **prospěšnost** holotropního dýchání obecně. „*No to pozitivum není specifický jenom pro závislosti, ale i pro závislosti*“. Popisuje **léčebný potenciál prožitku**, to, že během sezení dochází ke **katarzi** jak na emoční, tak na fyzické úrovni. S tím se pojí i téma **traumatu**, které vyvstalo několikrát. Trauma jako něco, co není jen psychická záležitost, ale je v celém našem organismu, „*je nějakým způsobem uvězněný v tom těle*“. V rámci práce se závislostí může HD pomoci oslovit tuto rovinu, která je těžko uchopitelná verbální terapií. Vnesení této dimenze a **dimenze spirituality**, je přesně to, co může být v léčbě závislostí klíčové.

Integrace obsahů po skončení probíhá jak **intuitivním zpracováním** hned po skončení pomocí mandal, tak **racionálním uchopením**, kdy se tomu snaží nějak porozumět a zasadit to do kontextu vlastního života. Samotný ten prožitek se v nás může „*na úrovni toho těla a mysli třeba nechat nějaký otisk, že je člověku nějak líp, nebo si uleví, nebo si potvrdí nějaký přesvědčení v sobě*“. A to je něco, co probíhá neohraničeně a má nějaký efekt.

R2 popsal holotropní dýchání jako „**kamínek v mozaice**“ v přístupu k léčbě závislých. Terapie závislosti „*neprobíhá pomocí...dýchání bylo skutečně jenom jeden prvek, není možný si představit, že holotropní dýchání samo o sobě je terapií závislých, to bych jako nepodepsal.*“. R2 zdůrazňoval **komplexní přístup** zahrnující více aspektů, které se vzájemně doplňují, od individuální, přes rodinnou terapii až ke skupinové, kterou považuje za těžiště léčby závislých. Právě **skupinový princip** je jedním z dalších témat provázejících nás celým rozhovorem. Je to jedním ze zásadních prvků HD, který obohacuje celý proces. Skupina, **sounáležitost**, která tam vzniká může tedy hrát významnou roli právě pro závislé, pro které je při léčbě skupina jedním z klíčových prvků. Vzniká tam poměrně **intimní proces**, obzvlášť když se skupina znala a byla spolu nějak navázaná.

Role spirituality

Roli spirituality při práci se závislostí vnímá R2 za zásadní. Spirituality popisuje tak, že **vnáší řád** do jinak chaosem ovlivněného života závislého. Říká, že pomocí spirituality můžeme **oslovit vnitřní kvalitu**, „*která je, jak bych to řekl ošklivě zabordelena bordelem tý závislosti někde v koutě, tak z toho bordelu a chaosu, znovu vyndat tu nějakou zdravou původní tendenci se vyvíjet a žít v nějaký uspořádanosti, nějaký koherenci*“. **Dimenze spirituality** je právě něco, co se nám může podařit uchopit díky HD a rozšířeným stavům vědomí a díky tomu můžeme zůstat napojeni na **podstatu našeho bytí**. Což R2 považuje za problém, jelikož cítí, že se „*vzdalujeme nějaký podstatě toho, proč tady jako jsme na tom světě*“. Spirituality je nějaký **prvek vyšší moci**, jedná se o „**něco přesahujícího**“, „*co vydává nějakou vnitřní odpověď nebo smysl třeba prožitkům, který jinak byly neuspořádaný, nebo kterejm jsem nerozuměl. Je to příměj prožitek vztahu k sobě na jiný úrovni, vztahu k druhým, vztahu ke kosmu nebo k nějakému řádu světa*“.

Vnímání závislosti

Podle R2 žijeme všichni **závislý život**, „*tomu nejde uniknout, ale jsou závislosti, který jsou nějakým způsobem pro život nutný a pak jsou ty, který vlastně patologizujou ten život a můžou bejt potenciálně život ohrožující*“. Tuto patologickou závislost popisuje jako **touhu měnit prožívání**, tak aby nám bylo líp. Skrz **externí zdroje** se snažíme **zachytit moment**, ve kterém je nám dobře, ale tím si vytváříme **iluzorní realitu**. Chytáme se pak do **smyčky závislosti** a neustále se **retraumatizujeme**. R2 to popisuje tak, že se bojíme žít život v jeho nestálosti a **proměnlivosti**, drogy jsou takovými **populisty**, kteří nám slibují, že to tak bude, že nám opravdu bude líp, že ony to zařídí, ale potom dojde k vystřízlivění a tím se dostáváme do té smyčky. Holotropní dýchání může dodávat **pocit bezpečí**, může nám pomoci se **otevřít** tomu životu v neustálé proměně. Můžeme k tomu ale používat i jiné prostředky, které zvědomují to, že svět se neustále proměňuje.

R2 popisuje, že se na závislost nedívá jako na nemoc, protože **nemoc chápe jako stav**, to by dávalo tomu problému jinou kvalitu. On rozumí **závislosti jako procesu**. Znovu se dostáváme k jazykové podobnosti, kdy závislost je vnímána jako proces a stejně tak holotropní dýchání je chápáno jako proces, je to něco živého, na čem je třeba pracovat, chce to nějaké odhodlání, jde o nějaké **vědomé rozhodnutí**, jak v přiznání toho, že se potýkáme se závislostí, přijmutí **odpovědnosti za svůj život**, tak toho, že se otevřeme holotropní zkušenosti. Znovu se nám zde objevuje téma **dlouhodobosti**, kdy závislost a její léčba je

vnímána jako „celoživotní téma“ a „když si jako lidi myslí, že jdou na dva měsíce někam do léčebny, že jsou uzdravení, tak to není vůbec pravda“. To, jak R2 přistupuje k závislosti se ještě týká toho, že ji chápe „**jen jako jednu**“. Rozdíly, které v ní nachází jsou spíše v dopadu na naše tělo, psychiku, nebo potýkání se se zákonem, ale „*mechanismus, jak se v člověku vlastně vytvoří patologická závislost je v podstatě stejnej jo...protože taky je jeden vzduch nebo jo.*“

Závislost má podle R2 **deformační** schopnosti, a to jak s pohledem na vlastní osobu, tak na vztahy, které tvoříme, ale i na celý život. Dochází tam k **odcizení od bytostného já** do nějakého „*projektovaného*“, které není v kontaktu s opravdovostí světa se všemi jeho klady i zápory. Do života **vnáší chaos** a s tím můžeme pracovat tak, že nahlédneme řád skrz spirituální dimenzi.

Respondent R3

Žena, 51 let

Ve svém studiu se věnovala přírodním vědám, přes které se dostala k holotropnímu dýchání. HD ji na její osobní cestě provází 16 let a jako facilitátorku seminářů 8 let. Má za sebou výcvik v holotropním dýchání (GTT), ale i další výcviky pro práci v oblasti sebeaktualizace, osobního rozvoje a terapie. V rámci holotropních sezení, která vedla, se potkávala spíše s lidmi s látkovou zkušeností než přímo s jedinci, kteří by prošli závislostí. Se závislými, kteří pracovali terapeuticky s HD se setkala během GTT výcviku (lektori a účastníci).

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

Jako pozitiva holotropního dýchání R3 vnímá to, že „**zkušenost má sám ze sebe**“, „*že to vlastně není něco, co mu zprostředkovává látka*“ a byl by tam nějaký externí zdroj. Dále můžeme mluvit o **prodloužené ruce**, která nám pomáhá dosáhnout na **nevědomý materiál** a **otevřít náročná témata**, ke kterým často nemáme přístup a verbální terapie na ně nestačí. Zároveň to vnímá i jako možné riziko, jelikož můžeme sáhnout na materiál, na který ještě nemusíme být připraveni a mohlo by tam dojít k **retraumatizaci**. V tomto ohledu se zmiňuje také o **reflexi metody**, kdy popisuje, „*že trošku to holotropko v těch osmdesátkách zamrzlo*“. Vnímá, že je potřeba, pokud se využívá jako terapeutický nástroj, pracovat s dalšími metodami „*které potom pracujou citlivěji vlastně s tím materiálem a jdou za potřebu jenom abregovat a jenom vlastně zvědomit ten materiál*“.

Další riziko, které popisuje v návaznosti na otevření náročných témat je **excesivní chování**, ke kterému by mohlo dojít. Vysvětluje to tak, že by se klient mohl snažit **kompenzovat** nějaký výrazný prožitek, na který nebyl připravený, tím, co zná, což je užití látky. Je to pro něj nějaký vzorec chování, jednoduché řešení, které se formovalo a upevňovalo v našich neuronových cestách. Exces by mohl být mnohem výraznější než doposud, R3 vnímá i riziko relapsu. Uvádí, že je velmi zásadní, aby byl člověk ve **stabilizovaném stavu** a měl **záchytnou síť**, o kterou se bude moct opřít. To, že je ten člověk stabilní se pojí i s **přiznáním** si vlastní závislosti a s určitou **připraveností** jít do holotropního procesu. V souvislosti s tím zmíníme, že aktivní závislost je kontraindikací pro účast na HD a R3 vnímá potenciál metody v **doléčovací fázi**, či následně jako **prevenci**.

Dalším úskalím, které R3 vnímá je **procesová závislost**, kdy tendence unikat z běžného života pomocí látek se v podstatě jen nahradí unikat z něj pomocí HD, kdy to je jen „*takové cyklení se v procesech, spíš než nějaká cesta k nějakému uzdravení*“. Posledním úskalím, které z pohledu R3 hrozí je **spiritual bypassing**, který se pojí s tím, že jedinci může připadat dostatečné to, že se účastní holotropních sezení „*že dělá dost, ale vlastně se nemusí dít vůbec nic*“. Protože ty prožitky jsou často velmi silné, je tam dobrá komunita, ale jedinec to jen konzumuje a nijak dál s tím nepracuje. V tom případě se tak může vyhýbat řešit to, co je jeho problémem.

R3 vnímá HD jako prostředek k tomu, jak získat **náhledy**, zároveň také jako možnost, jak „**uzavřít gestalt**“, vnímá to tak, že zážitky v rámci HD dokáží „*ty předchozí zkušenosti nějakým způsobem ucelit, uchopit*“. Předchozími zkušenostmi jsou zde myšleny třeba psychedelické zážitky, které něco otevřely, ale jedinec je nebyl schopný uzavřít. Často tyto zkušenosti probíhají rekreačně a nejsou nijak záramované, v tom vidí R3 rozdíl, jelikož HD má **rámec a strukturu**, které mohou dávat větší **smysluplnost**. R3 zdůrazňuje zásadnost **terapeutického rámce**, pokud by se s metodou nepracovalo jen sebezkušenostně, což je aktuálně běžnou praxí. Vnímá, že metoda HD může fungovat dobře jako **podpůrný mechanismus** v jinak **komplexním přístupu** k léčbě závislosti.

R3 popisuje, že během sezení může docházet k **průlomovým zkušenostem**, mluví o **jedinečnosti** prožitků a **skupinovém principu**, které mohou mít léčivý potenciál. Celé se to děje v **bezpečném prostředí**, které zajišťují jak facilitátoři, tak právě samotná skupina.

Naslouchání sám sobě je dalším důležitým tématem, které R3 uvedla. Někdy může být práce s holotropním dýcháním **dlouhodobá**, ale nemusí to tak být vždycky, jedinec by měl vždy reflektovat, jestli mu to stále něco přináší.

R3 se ještě zmiňovala o tom, že přestože jsou výsledky, které ukazují, že HD v rámci terapie závislých pomáhá, v naší společnosti jsou nůžky *„otevřené mnohem více na tu řekněme kodifikovanou praxi... (HD) by dneska do léčeben závislosti v Česku cestu nemělo.“* Vystala tedy otázka, jestli **je to možnost** *„že dokážeme vyrůst k nějakému smysluplnému použití a integraci těchto nástrojů vlastně do práce se závislostmi“*

Role spirituality

R3 vnímá spiritualitu jako běžnou součást holotropní praxe. Popisuje, že **numinozita** prožitků může být někdy velmi silná a holotropní paradigma je liberální, přijímá je jako součást zkušenosti, ale záleží na **osobním uchopení spirituality** každého daného jedince. Pro ni osobně bylo holotropní dýchání **dveřmi k posvátnu** *„a vyvinula jsem si z toho svůj zcela osobní eklektický spirituální systém“*. Popisuje, že je tam vliv AA, kdy jde opravdu o nahlédnutí té vlastní autentické spirituality a její následné integrace do svého osobního rámce a pro každého může mít jiný význam a úroveň důležitosti. Z jejího pohledu je akcent na tyto vrcholné zážitky v rámci HD až moc velký, přesvědčení *„že jsou léčivé samy o sobě, jo tam bych řekla, že mají léčivý potenciál, ale můžou vést k tomu spirituálnímu bypassu“*, může být v něčem problematické a může to vnášet negativní světlo na celý tento postup.

Vnímání závislosti

R3 popisuje, že **závislostní tendence** máme všichni, je proto potřeba jim věnovat pozornost *„a rozlišovat si, kdy je to závislost, se kterou můžu žít a opravdu z toho objektivního pohledu, že to není závislost, která devastuje moje zdraví, můj život, moje blízké“*. R3 se o závislosti vyjadřuje jako o **kompensačním mechanismu**, jak se s něčím vypořádat, závislost se stává únikovou reakcí z běžného prožívání. Klíčovým porozuměním závislosti je pro ni věta od Gabora Matého *„neptejme se, kde je závislost, ptejme se, kde je bolest, která k té závislosti vede“*.

Závislost vnímá jako **komplexní problém**, který je spojený i se socioekonomickými faktory. Myslí si, že nastal posun v jejím vnímání, ale pořád cítí odsudek společnosti, která se *„na toho člověka dívá jako na toho, kdo selhal ne jako na někoho, kdo potřebuje pomoc“*.

Má pocit, že lidé, kteří si prošli závislostí mají **intenzivnější procesy**. Vnímá, že na těch lidech je v průběhu seminářů vidět větší psychická zátěž a že je tam více psychického materiálu oproti běžné populaci.

Respondent R4

Žena, 43 let

Studovala sociální práce a psychologii. Prošla GTT a psychoterapeutickým výcvikem. Holotropnímu dýchání se věnuje 23 let, z toho 6 let jako facilitátorka. Se závislými pracovala v různých službách a organizacích, během holotropních sezení, která facilitovala se s nimi setkává příležitostně. V rámci plnění GTT byla v kontaktu jak s lektory, tak s účastníky, kteří s touto metodou pracovali jako s prostředkem pro léčbu vlastní závislosti.

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

Jako pozitiva R4 vnímá **léčivý potenciál prožitku**, který se odehrává v **bezpečném rámci**. Účastník tak může **otevřít náročná témata** a setkávat se s **intenzivními prožitky**, v čemž můžeme spatřovat příležitosti, ale i úskalí. Je proto potřeba, aby účastníci byli **stabilizovaní**, to v kontextu našeho výzkumu znamená, že by neměli být v aktivní fázi užívání. Holotropní dýchání se dá vhodně využít ve fázi doléčování. Pokud by nastala **interakce** návykového užívání s holotropním procesem, nemuselo by se to dobře potkat a místo pomoci, by to nadělalo více škod. R4 uvádí, že je důležitý **individuální přístup** k jednotlivým účastníkům, musí se dobře zhodnotit, jestli je to pro něj vhodné. Klade tak důraz na **kontext odkud účastník přichází a kam se vrací**.

Jako určité úskalí metody obecně R4 vnímá **negativní konotaci**, kterou zaznamenává v odborné společnosti, mluvila o tom, že si spousta lidí může myslet, že je to „**vytloukání klínu klínem**“, „*že jeden změněný stav vědomí se vymění za jiný změněný stav vědomí*“.

Důležitým aspektem, který holotropní dýchání podle R4 přináší, je **otevření se** vůči změnám. Tento prvek je jedním z těch, který následně může vést k integraci prožitků a další práci na sobě. R4 popisuje závislost spojenou s rigiditou, se strachem ze změny. Popisuje, že by rozšířené stavy vědomí mohli „*jako otevřít toho člověka prostě, otevřít ty dveře prostě, a pak je samozřejmě potřeba ty změny dělat*“. Jako takovým protipólem uvádí úskalí ve formě **bypassu**, kdy se jedinec stává jen konzumentem, ale ty změny do života nijak

neintegruje. Avšak upřesňuje, že se toto mnohem více stává s psychedeliky, HD podle ní „není tak jednoduchý bypassnout“.

Další úskalí R4 pojmenovává v kontextu **přístupnosti** dané metody. Jelikož klientela lidí, kteří se léčí se závislostí, „nemá ty prostředky jezdit na nějaké semináře po vlastní ose“. Byla by ráda, „kdyby se to dostalo více do mainstreamu, nabídlo nějak i té klientele... třeba v těch léčebnách“. Uvádí, že se to snažila navrhnout jako doléčovací techniku v ambulantním doléčování, ale její návrh nebyl podpořen. Důležitým aspektem, který může přinášet pozitivní přínos, je možnost svobodného rozhodnutí, zda se jednotlivec rozhodne pro tuto formu práce sám se sebou. Není možné, nikoho do dýchání nutit.

Jako podstatnou R4 vnímá **strukturu HD**, která je daná a se kterou se pracuje, a která s sebou přináší i bezpečný rámec. R4 uvádí, že během holotropních procesů se účastníci dostávají **ke kořenům** svých problémů, zjišťují příčiny a nezaměřují se pouze na symptomy, což se během klasických přístupů může stávat. Holotropní dýchání pracuje s konceptem **vnitřního léčitele**, což je postaveno na principu dávání důvěry vlastním kompetencím. R4 dále popisuje, že jedinec může **nelézt dobrý vztah k sobě**, čehož může být obtížné dosáhnout v klasické verbální terapii. Popisuje holotropní zkušenosti jako nenahraditelné a **jedinečné**, kdy se může jednat jak o **průlomové zkušenosti**, tak to může vypadat tak, že člověk „jde po krůčkách“ a postupně odhaluje, co mu mohou rozšířené stavy vědomí nabídnout. Zásadní je pro R4 „dobrá děloha“ – pocit onoho bezpečí, důvěry mezi facilitátory a účastníky, a účastníky mezi sebou navzájem. Díky tomu se ti lidé „dovolili do toho jít a odevzdali se, jo, jednou jsem zažila jako účastník dýchání, kde jsem to necítila, ten bezpečnej rámec a vlastně mě to fakt nepustilo“.

Role spirituality

R4 vnímá, že během holotropních sezení dochází k **oslovování spirituality**. Říká, že lidská tendence k určité **přesahovosti** je přirozená. Rozumí tomu v kontextu schopnosti **sebereflexe**, „lidi, kteří si vyberou tenhle ten způsob práce, jakože je pro ně ten pravej, tak dokážou reflektovat...dokážou nahlížet jako na svou minulost, na to, jak je to formovalo, jakým způsobem to ovlivňuje současnost, budoucnost.“ Dále také zdůrazňuje **osobní přístup ke spiritualitě**, kdy pro každého to může znamenat něco trochu jiného, je na daném jedinci, jak to uchopí.

Vnímání závislosti

R4 chápe závislost jako **důsledek traumatu**, určitý **adaptační mechanismus, sebemedikaci** „*rozvinula se, protože vlastně pomohla jako přežít ty hrůzy, který v sobě mají díky tomu traumatu...umožňuje přežít, ale není to samozřejmě život*“. Popisuje, že když je člověk pod vlivem látky, tak „*neřešíte jako ty věci, který řešit máte, utečete někam od sebe, a to trauma furt jako prohlubujete, a nasedá to pak na sekundární trauma spojené se závislostí.*“

Dalším střípkem, jak se na závislost R4 dívá je „**žízeň po celistvosti**“, což je slovní spojení, které ve své práci užívá Christina Grofová. Propojuje nám závislost, spiritualitu a nějaký traumatický prožitek.

Další, co R4 popisuje je to, že je pro lidi **přirozené chtít pracovat s přesahem vědomí**, jen pro to někdy nemusí volit vhodné prostředky.

Respondent R5

Žena, 39 let

Studovala vysokou školu v oblasti ekonomie a managementu. Holotropnímu dýchání se věnuje 8 let, nedlouho po tom, co jej začala využívat jako nástroj pro osobní růst se rozhodla udělat si GTT výcvik, který dokončila v roce 2023. Se závislostmi nijak systematicky nepracuje.

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

Jedno z úskalí, které R5 popisuje, je **procesová závislost**. To znamená, že se jedinec může více méně stát závislým na holotropním procesu. Celé je to propojené se **spiritual bypassem**, kdy jedinec jen konzumuje prožitky, ale dál s nimi vlastně nijak nepracuje. Další úskalí spatřuje v tom, že jedinec nemusí být **připravený** na to, s čím se během procesu setká. V tom případě se můžeme setkat s tím, že jedinec „*o tom (problému) ví, ale zároveň se to snaží potlačit*“.

Co naopak R5 vnímá jako přínosné, je přeskládání **žebříčku hodnot**, díky tomu potom mohou nastat změny, ať už v tom, že je člověk sám začne nějakým způsobem nastavovat v rámci integračního procesu, nebo se tak trochu ty věci **stanou sami**. Dalším tématem, které spatřuje jako pozitivní v souvislosti se závislostmi, tak je **otevření se** díky prožitkům, které HD přináší. Může to být právě otevření se vůči změně, nebo vůči nějakým přesahovým

zkušenostem, které potom mohou hrát klíčovou roli během úzdravy. Právě dotknutí se něčeho numinózního může být spojeno s určitými pocity **smíření se**, může docházet k napojení na archetypální, či transpersonální prvky, které mohou dát nahlédnout ke kořenům problému jedince.

R5 popisuje významnost **vnitřního léčitele**, vnitřní moudrost, která sama odhalí to, na co je potřeba se zaměřit. Jde o **spontánní proces**, kdy se sice můžeme snažit lehce pracovat s nějakým **záměrem**, ale není to nutné. Často se na začátku seminářů říká, „*jestli máte nějaký záměr s čím sem jdete, teď je nejlepší ho opustit*“. Doporučuje nechat proces jen běžet a důvěřovat mu. Do kontrastu ale dává, že pokud je člověk v HD zběhlejší, může se pokusit s nějakými cílenými podněty pracovat, ale spíš ve formě „*kdyby na to byl prostor, tak by bylo fajn se na to podívat*“.

R5 vnímá, že během holotropních sezení dochází k **náhledům**, které se mohou stát **impulzem pro následnou práci**, jež je podle R5 v holotropním procesu naprosto zásadní. Prožitky, které během sezení nastanou mohou být **průlomové**, ale také mohou být velmi **jemné** a člověk se do té techniky bude postupně nořit. Často se tedy stává, že se nejedná o jednorázovou záležitost, ale dýchání se stává určitou praxí a **opakuje se**. Impulzy, které to přináší jsou většinou silné. A to tak, že účastníci chtějí něco dělat, aplikovat změny hned, proto je důležité se ještě před velkými kroky zastavit, dát si čas s tím procesem ještě zůstat v kontaktu a **uzemnit se**. R5 také uvádí podstatu **sitterování** a to, jak může být tato zkušenost silnější než ze samotného dýchání.

Struktura a rámeček HD jsou poměrně pevně dány. Facilitátoři se v něm tedy pohybují a není tam moc prostoru na modifikace. R5 si myslím, že když by měl facilitátor **oborový background** v psychologii, či adiktologii, tak může být metoda vhodným terapeutickým doplňkem do pestré **palety metod**, které máme. Jde tedy o nějakou **kombinaci metod**. Považovala by za pozitivní, kdyby se tento přístup mohl oficiálně uvést a nebyl jen **alternativní cestou**.

Role spirituality

Spiritualita hraje v celém holotropním procesu významnou roli. Je to právě skrz dotýkání se nějakých **přesahujících prožitků**, které mohou otevírat cestu k úzdравě. Zároveň pojmenovává, že každý člověk k ní má svůj **osobní přístup** „*a je jedno, kdo ji, jak vnímá*“.

Vnímání závislosti

R5 rozumí závislosti do té míry, jakou s ní má **vlastní zkušenost**. Popisuje ji jako určitý **kompensační mechanismus** pro neřešení problému, který tam někde je, „já za tím vnímám řešení třeba skrývání nějakýho problému někde, kterej se tím snažím přebít, nebo jako náhražku něčeho, co mi chybí“. Závislost se pro ni pojí i s **nesvobodou**, kdy je jedinec ovlivňován natolik, že to zasahuje do jeho každodennosti a není s to s tím jednoduše skoncovat.

Závislost popisuje jako **komplexní problém**, který nestojí sám o sobě. Není podmíněn jen látkou nebo nedostatkem vůle přestat, ale sahá to někam hlouběji. Věří, že když se člověku podaří odhalit původní problém, může to pak pomoci i při léčbě závislosti. Popisuje ale také to, že se někdy může stát, že člověk sice neodhalí příčinu, ale skrz překládání hodnotového žebříčku atp. se to může vyřešit samo.

Respondent R6

Muž, 45 let

Vystudoval konzervatoř a částečně se tomuto odvětví věnoval i na vysoké škole. Holotropnímu dýchání ho na jeho osobní cestě provází 18 let, z toho 5 let působí jako facilitátor. Prošel výcvikem GTT. Se závislostmi se setkává, ale nepracoval s nimi nijak systematicky či soustavně.

Vnímání možností (pozitiv) a úskalí (negativ) HD při práci se závislostí

R6 uvádí, že je podle něj nejvýhodnější využít holotropní dýchání ve fázi **regenerace** jedince, který je dostatečně **stabilizovaný**, aby se mohl s prožitky, kterého na semináři čekají, vypořádat. Je proto důležité hlídat **kontext odkud přichází a kam se vrací**. R6 popisuje, že tato fáze může být pro jedince, který se dostal z pravidelného užívání, **inspirující**. Období, které jedinci nastává popisuje jako jakési **vzduchoprázdno**, „když odloží třeba po letech to pravidelné užívání látky, to znamená, že odkládá i nějakou třeba sociální skupinu, odkládá nějaký svoje kontakty, odkládá nějaký každodenní životní styl...nastává vlastně období, kdy vlastně ten život není ničím naplněnej...v tomhle se zdá, že to HD může bejt nejvíc přínosný, že jako může dodat tomu člověku novou jako inspiraci do života“. Dále R6 uvádí, že to může jedinci pomoci se **otevřít vůči změně**, „že se nemusí bát budoucnosti“.

Úskalí, které R6 označuje, není primárně specifikované pro práci se závislostmi, ale jedná se o obecné úskalí u provádění holotropních sezení, a to, pokud není **dobře odvedený seminář**. Je důležité, aby na workshopu vzniklo **bezpečné prostředí**, které vytváří, jak samotní facilitátoři, tak **komunita**, která tam vzniká. Pokud bude dobře odbavené celé sezení, tak se eliminuje spousta problémů, které by mohly případně vzniknout, navíc bude mít sezení mnohem větší účinek. **Komunitní princip** je v rámci holotropního dýchání podstatný obecně, klade se na něj důraz z hlediska podpory jedince, kdy má kam patřit, „*má tam ty lidi, kteří jsou s ním na té jedné lodi a může s nima sdílet a může se na ně obrátit.*“

Další téma, které R6 pojmenovává je **přínosnost pro jedince**. Jde o to, že už samotná aktivní závislost je kontraindikací. Přestože by se nějaký jedinec mohl po detoxu dostat do nějakého **stabilizovaného stavu**, může být natolik zdevastován předchozím rizikovým způsobem života, že tam budou vznikat další kontraindikace. Nebo to pro něj nebude nijak přínosné, protože nebude mít tu kapacitu s tím vlastně jakkoliv dál pracovat.

Další pojmenované úskalí se týká **prostředků**. Konkrétně jde tedy o to, že někteří jedinci nemusí mít prostředky na to, aby si mohli dovolit tento typ péče, která by pro ně buď mohla být přínosná, nebo by ji potřebovali.

R6 popisuje, že v průběhu holotropních sezení se snaží vytvořit takové prostředí, ve kterém se probouzí **vnitřní léčitel** a jedinci se dává důvěra v jeho **vlastní kompetence**. Holotropní dýchání vnímá jako prostředek k nastartování **transformačního procesu**, který se nějak, ale více méně vždy, začne odehrávat. Během sezení může docházet k intenzivním, **průlomovým** momentům, ale také to může probíhat mnohem jemněji, **krok po kroku**, kdy jedinec postupně získává důvěru a otevírá se tomu procesu. **Dlouhodobost, systematicčnost** a **opakování** jsou proto prvky, která se s holotropními procesy pojí a mohou hrát roli v práci s jednotlivcem. R6 uvádí, že **struktura a rámec HD** jsou nějak dané a nelze to moc modifikovat, ke všem účastníkům je tedy přístup během samotného procesu více méně stejný. Může se však lišit v rámci nějaké **podpory** během procesu, v osobním přístupu, během úvodních rozhovorů atp. S fokusem na závislost se o tom R6 vyjadřuje tak, že „*pokud tam tohle je, tak potom záleží na tom rozhovoru osobním a je potřeba se do tohohle jako velmi pečlivě podívat, tu situaci s klientem rozložit na stůl, v jaké té fázi je, jak to u něj vypadá...*“.

R6 popisoval **automatickou moudrost**, kterou v rámci holotropních procesů spatřuje. Jedná se o určitou důvěru v samotný proces, že to nakonec všechno dobře dopadne. Dále popisuje

nevyhnutelnost integračního potenciálu. R6 říká, že je důležité následně integrovat prožitky do běžného života, aby to bylo co nejvíc **prospěšné**, a ten integrační proces můžeme nějak podpořit **vlastním úsilím**. Ale zároveň se podle něj proces začne dít sám od sebe, jelikož sezená přinášejí takové množství obsahů, které jsou pro naši mysl nové a **novému věnujeme pozornost**, „*když se setkám s čímkoliv novým v životě, tak prostě automaticky tomu musím věnovat pozornost, abych tomu porozuměl, abych pochopil, proč to v tom životě mám, proč se to děje, takže tohle se děje spontánně*“.

R6 vnímá v holotropním dýchání potenciál, jak proces zotavování se ze závislostí podpořit, zároveň však zdůrazňuje **komplexitu přístupu a kombinaci metod**.

Role spirituality

Spiritualitu vidí úzce propojenou s holotropním dýcháním. R6 chápe HD jako **prostředek sebeobjevování** a sebeobjevování je pro něj **duchovním procesem**. Jedná se tedy o dva neoddělitelné prvky, „*a pak začne nějaký hledání, jako toho poznání sebe sama...myslím si, že kdo si klade otázku „Kdo jsem“ a je ochoten podnikat kroky k tomu, aby zjišťoval, kdo jsem...tak je na duchovní cestě*“. Říká, že záleží na každém jedinci a jeho **osobním uchopením** spirituality a popisuje, že se během procesu mohou kontaktovat s **něčím, co je přesahuje**, což může být velmi prospěšné

Vnímání závislosti

R6 popisuje svoje porozumění závislosti do té míry, čím si sám prošel. Dívá se na ni skrz optiku **vlastní zkušenosti**, která se pro něj stává jakýmsi **blueprintem**, „*jak si to vysvětluju u druhých lidí, v jaký jsou třeba fázi, nebo jestli to u nich může taky takhle bejt...myslím, že mám nějaký možnosti s těma lidma empatizovat a těm lidem porozumět...tím, že jsem jako prošlapal tu jejich cestu, tak často u nich vidím nějakou paralelu, mám nějaký pochopení*“.

Závislost popisuje jako **únik**, „*kompenzaci k nějakému svému neštěstí*“, který má **hluboké kořeny**, jež si ani nemusí jedinec uvědomovat. Pro něj samotného se cesta chápání vlastní závislosti klikatila a postupem času, nabytými zkušenostmi, životními událostmi, setkáními s různými lidmi, technikami atp. se zformovala do toho, jak ji rozumí dnes.

7.2 Tabulky

Na následujících stránkách nalezneme tabulky, které představují hromadnou analýzu všech dat našich respondentů. Jednotlivé tabulky postupně odpovídají na naše výzkumné

otázky. Sloupečky reprezentují respondenty, které rozlišujeme podle jejich kódů. Pokud se téma u respondenta vyskytlo, zaznačili jsme to ve sloupečku křížkem.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
1) Pozitiva a negativa HD						
prodloužená ruka	x	x	x	x		
kontext odkud přichází a kam se vrací	x	x	x	x		x
stabilizovanost	x	x	x	x	x	x
procesová závislost			x		x	
spiritual bypass			x	x	x	
otevření se	x	x	x	x	x	x
bezpečí	x	x	x	x		x
vlastní kompetence	x		x	x	x	x
kamínek v mozaice	x	x	x	x	x	x
přirozenost RSV	x			x		
léčebný potenciál prožitku	x	x	x	x	x	x
komunita	x	x	x			x
dobrovolnost	x	x		x		x
struktura a rámec HD	x	x	x	x	x	x
kráčení po cestě		x	x		x	x
významnost sitterování	x				x	
přínos pro jedince		x		x		x

Tab. č. 2: Témata k výzkumné otázce č. 1: Jaké možnosti (pozitiva) a jaká úskalí (negativa) vnímají facilitátoři u využití holotropního dýchání při práci se závislostí?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
2) Vnímání spirituality						
něco přesahujícího	x	x	x	x	x	x
osobní uchopení spirituality			x	x	x	x
oslovení vnitřní kvality		x		x		x
léčebný potenciál	x	x	x			

Tab. č. 3: Témata k výzkumné otázce č. 2: Jak respondenti chápou roli spirituality v celkovém procesu?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
3) Vnímání závislosti						
kompensační mechanismus	x	x	x	x	x	x
trauma	x	x	x	x	x	x
vlastní zkušenost					x	x
bytosné já		x		x		
všichni jsme závislí	x	x	x	x		

Tab. č. 4: Témata k výzkumné otázce č. 3: Jak respondenti vnímají závislost?

7.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující podkapitole budeme odpovídat na naše výzkumné otázky na základě analýzy dat všech respondentů.

1) Jaké možnosti (pozitiva) a jaká úskalí (negativa) vnímají facilitátoři u využití holotropního dýchání při práci se závislostí?

První výzkumná otázka je nejobsáhlejší a z analýzy nám vzešlo 17 témat, která se nám ji pokoušejí přiblížit. Narazili jsme na to, že některá ze vzniklých témat nešla definovat jako pozitiva či negativa, ale jedná se spíš o aspekt HD, který nám však přijde podstatný a během analýzy nám dávalo smysl ho pod tuto otázku zařadit. Témata jsou spolu často velmi provázána a doplňují se.

Téma, které zaznělo od čtyř respondentů (R1, R2, R3, R4) je **prodloužená ruka** holotropních stavů vědomí. Tyto stavy vědomí mají potenciál sáhnout někam hlouběji do našeho nitra, kam se nemusíme dostat pomocí verbální terapie, podívat se *na „nevyřešené věci, bolesti, traumata, který nejenom že sahají do naší biografický roviny, ale vznikají třeba perinatálně.“* (R1), *„nás vede k disociovaným částem, což jako v podstatě je ta část, která často může být tou příčinou té závislosti“* (R3). Právě s tím se ale pojí i určité riziko, které uvedli všichni respondenti – pokud by člověk nebyl **stabilizovaný**, mohlo by to s sebou přinést komplikace. Aby se člověk mohl HD zúčastnit, je potřeba, aby byl venku z aktivního užívání, to znamená po detoxu, ideální doba využití HD se tedy stává někde v doléčovací fázi. Pět respondentů (R1, R2, R3, R4, R6) uvedlo, že je důležité, aby o daném jedinci věděli **kontext odkud přichází a kam se vrací**. Jestli má bezpečné zázemí, a to může být rodina, ale třeba i terapie, kde pak může se vzniklými tématy pracovat.

Dalším objeveným tématem, které je všemi respondenty vnímáno jako prospěšné při práci se závislými, je téma **otevření se**. R2 to popisuje tak, že *„holotropní dýchání může pomoci víc se otevřít tomu životu v té proměně a hledat nějaký nový stupeň, novou úroveň bezpečí v tom nebezpečném světě, kterej se pořád proměňuje“*, R4 říká *„hlavně jim může pomoci být otevřenější vůči změnám, protože vlastně se závislostí je hodně spojená rigidita, to znamená jako vlastně strach z té změny“*, R1 to popisuje jako nějaké otevření se do zranitelnosti. To, aby se člověk otevřel tomu samotnému procesu vyžaduje, aby se cítil **bezpečně**, což je jedno z dalších témat, které se objevilo u pěti respondentů (R1, R2, R3, R4, R6). R1 a R4 to popisují jako **„dobrou dělohu“**, R1 přímo říká, že takové prostředí dá *„dobrou výživu, dá nějakou laskavost, dá nějaký přijetí, ale teda taky nějaký hranice... dává*

pocit bezpečí, že v tý děloze se lidé můžou rozvíjet, zažívat, poznávat, integrovat a tak dále, bezpečným a dobrým způsobem“.

Pět respondentů (R1, R3, R4, R5, R6) popsalo jako významné to, že si člověk sáhne na **vlastní kompetence**, protože on sám je odborníkem na svůj proces a svoje téma, klíčové je dát prostor vnitřnímu léčiteli. Prožitky, kdy člověk pozná vlastní vnitřní sílu, nebo se dotkne něčeho přesahového, mohou mít veliký transformační potenciál. K tomu se pojí i samotný **léčebný potenciál prožitku**, což je opět téma, které popisují všichni účastníci výzkumu.

Úskalí, které pojmenovaly dvě respondentky (R3, R5) je **procesová závislost**. Říkají, že je možné se vlastně stát závislým na holotropním dýchání. R3 to popisuje tak, že *„pokud není uchopeno vlastně opravdu tak, že se s tím materiálem, který se zvědomí bude dál pracovat, tak pokud ten člověk má tendenci vlastně unikat z toho běžného světa pomocí nějakých látek, tak to může jenom nahradit v podstatě...může to být jen cyklení se v procesech, spíš než nějaká cesta k uzdravení jo“*. K tomu se pojí i téma **spiritual bypass**, které zaznělo ve třech rozhovorech (R3, R4, R5), jedná se o to, že jedinec se může chytit do toho, že neustále přijímá zážitky, ale vlastně je nijak neintegruje a v životě nezpracovává, přesto si může připadat tak, že pro svůj problém dělá dostatek, jelikož se účastní seminářů atp. Připadalo nám zajímavé, že do kontrastu s tím uvedl R1 to, že HD má nezávislostní charakter, že je to vlastně náročná práce, na které si nejde závislost vytvořit.

R1 a R4 se vyjadřují o **přirozenosti RSV** a o tom, jak to může být prospěšné (prodloužená ruka), R4 říká *„je to přirozený tady tohle dělat a ta naše kultura to jako nějak vlastně nezná“*. Zvědomuje, že *„možná právě někteří to mají potřebu sytit jinak, těma návykovými látkama, což ale není vlastně ta cesta“*.

Dalším tématem, které pojmenovali 4 respondenti (R1, R2, R3, R6) je **komunita**, která na seminářích vzniká a která může mít ozdravný efekt. *„Vytváří se tam moc cenný vztahy, ta podpora něco dobrého dělá“* (R1), *„má tam lidi, který jsou s ním na tý jedny lodi a může s nimi sdílet a může se na ně obrátit“* (R6). Právě v rámci práce se závislostí se jedná o *„těžiště tý léčby“* (R2).

Dva respondenti (R1, R5) vnímají významnost procesu sitterování, kdy to může být transformativnější prožitek než samotné dýchání. R1 to popisuje ve vztahu k závislosti takto: *„Že ten člověk, který je závislý a může někomu pomoci, že je užitečněj, že zjistí, že je důležitěj, že jeho pozornost je důležitá, to jsou jakoby nesmírně jako zajímavý a důležitý“*

úlovky nebo zážitky, který můžou třeba člověku pomoci, že najednou zjistí, že jako je důležitější, že na něm záleží, že má hodnotu, že má v sobě tohle. Že najednou jako může transformovat ten vztah k sobě“.

Čtyři respondenti (R2, R3, R5, R6) popisují metodu HD v kontextu se závislostmi jako **kráčení po cestě**. R2 říká „*smysl té práce je skutečně nějaký kráčení po cestě než okouzlení se jedním zážitkem, Takhle to vnímám, že opravdu je to nějaký proces s tím dýcháním, kterej ideálně vyžaduje nějakou dlouhodobější pobyt na té cestě“.*

R2, R4 a R5 popisují, že je taky důležité vyhodnotit, zda HD bude mít **přínos pro jedince**. Jde o to, že někteří jedinci mohou být natolik ovlivněni užíváním návykových látek, že by z toho nedokázali těžit oni sami (R2, R6), ani skupina (R2). Nebo nemusí mít sebereflexi, aby dokázali nahlídnout na vlastní činy a chování (R4). Můžeme tedy říct, že HD není technikou pro každého, ať už se jedná o takovéto důvody, nebo kontraindikace dané somatickými, či psychickými problémy.

Všichni respondenti uvádí, že je podstatné k závislostem přistupovat komplexně. R2 říká, že „*pozitivum (HD) není specifický jenom pro závislosti, ale i pro závislosti“.* Všichni HD vnímají jako jakýsi **kamínek v mozaice** v přístupu k závislostem. Popisují podstatnost komplexní léčby, kdy HD může mít velký potenciál a dopomoci tam, kam třeba nedosáhne verbální terapie, ale nemůže stát samo o sobě. Důležitá je právě integrace toho, co prožitky přinesou, což se může dobře doplňovat v individuálních, skupinových terapiích. Všichni respondenti vnímají přínosnost HD právě v tom, jaký má **rámec a strukturu**. Že jde o bezpečné a smysluplné uchopení rozšířených stavů vědomí.

2) Jak respondenti chápou roli spirituality v celkovém procesu?

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na spiritualitu a jak ji respondenti vnímají v celkovém procesu holotropních sezení, ideálně celkově propojeno v kontextu s přístupem k závislosti. První téma, které jsme našli u všech šesti respondentů, jsme pojmenovali jako **něco přesahujícího**. Všichni se vyjadřovali k tomu, že spiritualita je nějakým způsobem s holotropním dýcháním propojena a hraje nemalou roli. R1 popisuje, že „*vidávám jako důležitější moment, že lidé se zkontaktují s něčím, co je přesahuje. A to může být něco v nich, nebo něco, co vnímají kolem sebe, je to nějaký prvek, kterej může léčení vhodně podpořit.“.* R2 to popisuje jako „*přímý prožitek něčeho, co vydává nějakou vnitřní odpověď, nebo třeba smysl prožitkům, který jinak byly neuspořádaný, nebo kterým nerozuměl, je to*

přímej prožitek nějakýho vztahu k sobě na jiný úrovni, vztahu k druhým, ke kosmu nebo nějakému řádu světa“.

Dalším pojmenovaným tématem je **osobní uchopení spirituality**. Toto téma pojmenovali čtyři respondenti (R3, R4, R5, R6). V rámci holotropních procesů je tedy běžné, že se nějakých přesahujících, numinózních, transpersonálních zážitků dotýkáme, není pro ně však žádná šablona, nebo striktně dané vysvětlení, kterého by se musel kdokoliv držet. Záleží čistě na konkrétním jedinci, jak danou zkušenost uchopí, tak aby jemu dávala smysl a stala se pro něj přínosnou. R3 popisuje že *„vlastně je přijímáme jako součást zkušenosti. A to, jestli jim dýchající má potřebu dávat nějaký rámeček z vnějších náboženských systémů, to už je jeho věc, nebo to ponechat čistě v rovině zkušenosti archetypální, že se dostal do kontaktu s nějakou částí transpersonální roviny vědomí, kdy k němu můžou přijít jeho vlastní inspirace, pohledy na tematiku“.*

Ve třech rozhovorech (R2, R4, R6) se objevilo téma **oslovování vnitřní kvality**, respondenti to vnímají tak, že se účastník skrz prožitek rozšířeného stavu vědomí může spojit sám se sebou, s tím, co je uvnitř něj, ale s čím běžně nemusí být v kontaktu. V souvislosti se závislostí se k tomu vyjadřuje R2 takto: *„oslovení vnitřní kvality, která je, jak bych to řekl ošklivě zabordelelna bordelem tý závislosti někde v koutě, tak z toho bordelu a chaosu znovu vyndat tu nějakou zdravou původní tendenci se vyvíjet a žít v nějaký uspořádanosti, nějaký koherenci“.* V rozhovoru s R4 jsme toto téma identifikovali ve spojení s jedincovou sebereflexí toho, co se mu dělo, co ovlivňuje současnost a budoucnost, *„dávání věcí do souvislostí, jako vlastně propojování naší minulosti, s tím, jak nás to ovlivňuje, je to snaha něco překonat...je to spojeno s nějakou sebereflexí...je to hodně akcentovaný, že ty lidi, kteří si vyberou, že tenhle typ práce je pro ně jako ten pravej, tak vlastně, jako žejo dokážou reflektovat, nahlížet na svou minulost, na to jak je to formovalo“.* V rozhovoru s R6 jsme tuto vnitřní kvalitu našli v jeho chápání spirituality jako formu sebepoznávání. Popisuje, že *„potom jsou provázený jako třeba nějakým pocitem, že kontaktovali něco, co je přeasahuje nebo něco, co v nich prostě zanechalo jako nějaký hluboký dojem nějakýho mysteria... a pak začne hledání toho poznání sebe sama“.* S tím, že holotropní dýchání chápe jako nástroj, který nám může pomoci v cestě poznávání sebe sama.

Posledním tématem, které jsme pojmenovali u tří respondentů (R1, R2, R3), je **léčebný potenciál spirituality**. R2 vnímá spiritualitu jako nějakou možnost vnesení řádu do jinak chaosem (závislostí) ovládaného života. R3 zase přináší pohled, že tyto přesahové

zážitky mohou být léčivé sami o sobě, ale mohou vést ke spirituálnímu bypassu, což je riziko, na které je potřeba brát zřetel.

3) Jak respondenti vnímají závislost?

V poslední výzkumné otázce se zaměřujeme na to, jak facilitátoři rozumí závislosti, někdy se nám to daří napojit na proces holotropního dýchání a snažíme se tomu porozumět v kontextu práce s ním. Téma, které se objevilo u všech respondentů, je uchopení závislosti jako **kompensačního mechanismu**. R1 to popisuje tak, že *„jsou do velké míry nějaké coping skil, nějaká potřeba něco doplnit anebo něčím něco utlumit“*, R2 vysvětluje princip závislosti tak, *„že bažím po změně prožívání, která mi bude příjemnější než to, co je teď“*, R3 popsala, že závislost *„je vlastně nějaký nástroj kompenzační nějakých psychických výzev a traumat“*, R4 uvádí, že se závislost *„rozvinula, protože vlastně pomohla přežít ty hrůzy, který v sobě mají“*.

Druhým tématem, které je úzce propojeno s tím předchozím, a které taky zaznělo u všech respondentů, jsme pojmenovali jako **trauma**. Všichni respondenti mluvili o tom, že kořeny závislosti vnímají hluboko v prožitcích daných jedinců, kteří se se závislostí potýkají. Často sahající ještě před biografickou rovinu, do prenatálních a perinatálních prožitků (R1). R2 třeba mluví o tom, že *„každý má v sobě nějaký trauma“*, které *„je nějakým způsobem uvězněný v tom těle, a k tomu se hůř dostáváte tou rozumovou terapií“*, proto vyzdvihuje přínosnost holotropního dýchání, které pracuje i s fyzickou rovinou, kdy může dojít k uvolnění těchto procesů. R3 v tomto ohledu upozorňuje na určitý retraumatizační potenciál HD, kdy si *„člověk to trauma jenom takzvaně znovusehraje... Ale nemusí to být samo o sobě léčivý... že to trauma stačí zvědomit a abeagovat emoce, takže vlastně je to samo o sobě takhle dostatečný, což bych řekla, že není úplně správný přístup...je třeba pracovat s dalšíma metodama terapie traumatu“*.

Téma, které jsme objevili u čtyř respondentů (R1, R2, R3, R4), je téma toho, že jsme **všichni závislí**, popisovali to tak, že princip našeho života je více méně založen na závislosti. Jen u někoho se může stát, že to přeroste v onu patologickou, život deformační závislost. R2 říká, že je to *„nevyhnutelný fenomén, s kterým se každé musíme vyrovnat“*.

R2 a R4 mluví o **bytoštném já**, se kterým daný jedinec není v kontaktu. V rozhovoru s R2 tomu rozumíme tak, že jde o nějaké odtržení se od sebe sama a projektování se do někoho, komu bude líp když bude například pod vlivem nějaké substance. R4 popisuje, že

našemu já něco chybí, je tam touha ho něčím zaplnit a tím se mohou stát třeba substance, pokud nebudeme mít lepší zdroje.

Posledním tématem, které jsme identifikovali, je téma **vlastní zkušenosti**, což se objevilo u dvou respondentů (R5, R6). Oba popsali, že jejich porozumění závislosti je na tom založeno. Propisuje se to do jejich přístupu k účastníkům seminářů, kteří si prochází podobnou problematikou. R6 se vyjadřoval tak, že má „*možnosti s těma lidma empatizovat a těm lidem porozumět, kterou si myslím, že jsem nějakým způsobem načerpal, že jo? Tím, že jsem jako prošlapal tu jejich cestu, tak často tam u nich vidím nějakou paralelu, nebo často prostě vnímám, že mám pro nějaký pochopení*“.

Téma nezařaditelné pod žádnou z výzkumných otázek

V rámci analýzy dat nám vyvstalo téma, na které jsme si nepokládali výzkumnou otázku, avšak zdá se nám, že je natolik podnětné, a v kontextu naší práce dává smysl, že jsme se jej rozhodli uvést. Pojmenovali jsme si jej jako **vlastní prožitek facilitátorské role**.

Facilitátoři představují významné figury, které dávají rámec celému sezení, vytváří onen bezpečný prostor, ve kterém se jedinec otevírá a stává zranitelným, konfrontuje se se svými niternými a nevědomými aspekty. Proto je zásadní, aby byla mezi účastníkem a facilitátorem nastavená důvěra. R1 popisuje roli **sebereflexe**, která by se měla týkat zhodnocením **vlastní kompetence**, ale také sebereflexe během samotného procesu. Facilitátor by měl být pro účastníka **průvodcem**, „**dobrym rodičem**“, který je **podporující** a přichází s **nabídkou**. Sebereflexe je v tomto kontextu důležitá proto, aby se dokázal **upozadit** a nezasahoval do procesů daného účastníka, pokud o to nebude požádán. Jde právě o podporu kompetence daného člověka. R1 také popisoval, že facilitátor funguje jako **přenosné plátno**, když se účastníkům začnou vynášet jejich věci z minulosti, oni tam jsou do toho, aby to drželi a pomáhali jim nahlížet. Dalším důležitým aspektem je to, aby tam byl opravdový **zájem** facilitátora vůči účastníkům, musí tam „**být celou bytostí**“ a mít „**otevřené srdce a mysl**“. Dále R1 popisuje **individuální přístup** k jednotlivým účastníkům a jejich prožitkům, avšak určité „*věci jsou jak podle šablony, že trošku tušíme, jak se můžou rozvíjet, tak třeba se tam přichystám a tak*“.

R2 popisuje, že jeho povinností, je jedince na to, co ho čeká dobře připravit a **provázet** ho celým procesem, „*aby ten zážitek dobře mohl integrovat a byl mu jakoby ku prospěchu*“. R2 popisuje **zájem** vůči účastníkům, to že tam s nimi může být, může jim být

k dispozici a pozitivně ovlivňovat to dění. Popisuje prožitky **hluboké souměřitosti**, když je na seminářích a dostává se mu **naděje**, „*že se z toho úplně nezblázníme, čím víc budou lidi poučeně dýchat a poučeně brát psychedelika, tím větší je šance, že zůstaneme u nějaký podstaty toho, proč jsme tady no*“. Poslední podtéma, které se objevilo je **souhlas**, který R2 popisuje v kontextu s nabídkou toho, kdy vstupuje do účastnickova procesu.

R3 otevřela téma **průvodcovství**, kdy se tedy stává oporou pro jedince před, během i po holotropním semináři. Toto téma je trochu propojené se **zodpovědností**, za to, co se během sezení děje, ale i toho, co následuje. Dále se dotkla **sebereflexe** a **vlastních kompetencí**, a to z hlediska, jestli daného klienta přijmout, zda mu bude moci být dobrým průvodcem, tak aby to bylo bezpečné jak pro něj, tak pro skupinu, jestli tam je nějaká možnost modifikace přístupu k němu atp. To se propojuje s **individuálním** přístupem k účastníkům. Dále R3 popisuje schopnosti se **upozadit** a být pouze **svědkem** procesu jedince.

R4 vnímá ve svém prožitku facilitátorské role důležitý prvek **sebereflexe**, musí dobře „*zhodnotit, jestli toho konkrétního člověka máme šanci jako dobře podpořit, protože jako vzít ho na seminář, tam se něco otevře, prodýchá, doslova jo, a pak ho vlastně vyplivnout zpátky do toho světa bez jakékoliv jako opory, tak není úplně jako dobrý postup, že?*“.

R5 popisuje určitou **prozřetelnost** během úvodních rozhovorů a v poznávání účastníků, „*abych věděla, co se může vyvrbit*“. Dále je to **nezasahování** do procesu.

R6 udává význam **sebereflexi**, **vlastní kompetenci** a **flexibilitě** v rámci celého procesu. Dále popisuje, že je pro něj důležitý **individuální přístup** k účastníkům, dává důraz na **zodpovědnost** za celý proces, kterou ze sebe nemůže sejmout a jedná se o určitý aspekt, se kterým je potřeba se smířit. V souvislosti s tím se vyjadřuje o **prozřetelnosti** při přijímání účastníků na seminář. Dále je to to, že se během procesu stává **pozorovatelem**, který zasahuje až když je o to požádán. Také jsme se dotkli toho, že se během seminářů snaží dělat **to nejlepší**, že u něj samotného dochází neustále k transformačním procesům i z pozice facilitátora, jen na **jiné rovině**, a že je pro něj tato práce **hluboce uspokojivá**.

Přikládáme zde tabulku se vzniklými podtématy, které se objevují napříč rozhovory. Systém značení je stejný, jako u předchozích tabulek. Sloupečky reprezentují jednotlivé respondenty, řádky témata, pokud se téma u respondenta objevuje, je to symbolizováno křížkem.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Vlastní prožitek fac. role						
sebereflexe	x		x	x	x	x
Nevtíravý podporující průvodce	x	x	x	x	x	x
napojení se	x	x				x

Tab. č. 5.: Téma nezařazené pod žádnou z výzkumných otázek

To, co zaznělo u všech respondentů, jsme pojmenovali **jako nevtíravý podporující průvodce**. Respondenti mluvili o tom, že je důležité být během procesu všímavý a podporující, zároveň se však musí dokázat upozadit a nechat účastníka, aby se v tom procesu napojil sám na sebe. Facilitátor by do něj neměl zasahovat, pokud o to není požádán. Pokud by měl tendence do procesu nějak intervenovat jen z pozice toho, že si myslí, že ví, co daný účastník potřebuje, měl by se zastavit, R1 to popisuje tak, že *„nadechnu se a vydechnu, zkoumám, co se to děje, co se to děje ve mně a jako fakt opravdu jako dobře a dlouze zvažuju, co se to chystám udělat, proč se to chystám udělat a je to pro mě vždycky jako prvně vnitřní proces můj a potom teprve co prozkoumám, že ten můj záměr je jako dobřej a čistej, tak přicházím, přicházím s nabídkou.“*

Sebereflexe je podtéma, které se úzce prolíná s předchozím podtématem. Pět respondentů (R1, R3, R4, R5, R6) jej vnímá jako podstatnou součást jejich role. Vyhodnocují, zda jsou jejich kompetence dostatečné na to, aby mohli přijmout konkrétní jedince na seminář. Zda budou moci provést jedince procesem tak, aby to bylo bezpečné pro něj, ale i pro skupinu. Zároveň reflektují své počínání i během samotného procesu.

Poslední podtéma, které se u tří respondentů (R1, R2, R6) objevilo jako významnější je **napojení se** na účastníky. Respondenti to popisují jako prožitek zájmu o dané jedince, to, že jsou tam s nimi a zažívají pocity sounáležitosti, že se snaží udělat maximum, aby ten proces proběhl dobře, že zažívají hluboké pocity souznění s celou skupinou a během jejich seminářů.

8 DISKUZE

Cílem naší práce bylo zmapovat a popsat možnosti, meze a celkový proces využití holotropního dýchání při práci se závislostmi z pohledu facilitátorů. V této kapitole se podíváme na výsledky naší analýzy a budeme je propojovat s teoretickými východisky. Následně zhodnotíme limity naší práce, jaké by mohly být možnosti následného výzkumu a kam by se dalo s tématem dále směřovat.

První výzkumnou otázkou bylo komplexní zmapování možnosti využití holotropního dýchání při práci se závislostí z pohledu našich respondentů. Tato výzkumná otázka byla nejobsáhlejší a identifikovali jsme 17 významných témat, která nám pomáhají osvětlit a nahlédnout do celé problematiky. Během rozhovorů jsme narazili na to, že metoda HD má jasně danou strukturu a rámec, kterých se facilitátoři během seminářů drží. Metoda se nijak zvlášť nepřizpůsobuje, protože by se tak zasahovalo do dobře fungujícího mechanismu. Považujeme tedy za důležité zmínit, že metoda se v rámci přístupu k lidem se závislostí nijak speciálně nemodifikuje. Její léčivý potenciál je využitelný pro celé spektrum problémů a jedním z nich jsou právě i závislosti. Je podstatné explicitně pojmenovat, že její pozitiva nejsou jen pro závislosti, ale i pro ně. Když se tedy podíváme na výsledky naší analýzy, nalezneme pozitivum, jakým je například otevření se, což je téma, které zaznělo napříč všemi rozhovory. Toto otevření je významově navázáno na otevření se vůči změně a prožitku menšího strachu z budoucnosti. Právě toto snížení strachu z budoucnosti může znamenat snížení celkově úzkostného prožívání, které je pro jedince se závislostí běžnou komorbidní diagnózou. Výsledky výzkumů potvrzují, že holotropní dýchání má opravdu vliv na snížení či úplné vymizení úzkosti u uživatelů návykových látek, což zvyšuje duševní pohodu, a tak i prevenci relapsu (Metcalf, 1995; Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, 2011; Nedumpillil, Malarvizhi, Neelakshi, 2014; Sánchez-Quijano et al., 2023).

Další téma, u kterého cítíme potřebu věnovat mu více pozornosti a zaznělo také ve všech rozhovorech, najdeme pod označením kamínek v mozaice. Všichni respondenti se shodli v tom, že považují holotropní dýchání jako jeden z možných přístupů pro léčbu závislostí, který by ale měl být zařazený do komplexnějšího systému péče o drogově závislé. Participantů uvedli, že holotropní dýchání se může stát vhodným pomocníkem, který dokáže často oslovovat roviny lidské mysli sahající za koncept verbálního uchopení myšlenek. Toto

téma jsme pojmenovali jako prodloužená ruka holotropního dýchání a bylo zmíněno čtyřmi respondenty (R1, R2, R3, R4). Obsahy, které se během sezení otevrou je podstatné dále zpracovávat a snažit se integrovat do běžného života. Respondenti tedy uváděli vhodnou kombinaci například s individuální terapií, ideálně transpersonálně orientovanou. Terapeut by měl dokázat s oslovenou transpersonální rovinou klientova prožitku pracovat a pomáhat jej integrovat. Výzkum z roku 1999 zkoumající účinnost začlenění transpersonální psychoterapie s využitím holotropního dýchání do tradičních přístupů k léčbě závislých osob ukázal, že se jedná o účinnou možnost léčby (citováno dle Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, 2011). Na základě rozhovorů jsme dostali podnět, že bychom měli pečlivě rozlišovat mezi facilitátorem a terapeutem. Toto rozlišení je vhodné právě v kontextu, když bychom se chtěli bavit o terapeutickém začlenění holotropního dýchání do léčby závislých. Ne každý facilitátor je i terapeut (tj. prošel psychoterapeutickým výcvikem), ale každý facilitátor by za sebou měl mít výcvik v holotropním dýchání (GTT, GLT). Vnímáme zde určitý rozdíl v práci s klienty. Facilitátor s psychoterapeutickým výcvikem může svým klientům poskytovat například další terapeutické prostředky práce se sebou, jelikož se věnuje HD, je pravděpodobně transpersonálně orientovaný a může tak klientovi dobře pomoci se zpracováváním obsahu. Vnímáme, že se v takovémto případě dostáváme do terapeutického rámce. Pokud se jedná o facilitátora bez dalšího terapeutického vzdělání nemůžeme už mluvit o terapeutickém působení. Myslíme si, že je to dáno i tím, že HD je bráno jako sebepoznávací technika a nemá záštitu léčebné metody (Holos, nedat.).

Téma, které jsme identifikovali u dvou respondentů (R1, R5), se věnuje prožitku sitterování a jaký efekt může pro jedince mít. Když to konkrétně vztáhneme na práci s klienty v doléčovací fázi závislosti, může se jim dostat například zkušenosti, kterou popisoval R1: „*že ten člověk, který je závislý a může někomu pomoci, že je užitečnější, že zjistí, že je důležitější, že jeho pozornost jako je důležitá, to jsou, to jsou jakoby nesmírně jako zajímavé a důležité úlohy nebo zážitky, který můžou třeba člověku pomoci, že najednou zjistí, že jako je důležitější, že na něm záleží, že má hodnotu, že má v sobě tohle. Že najednou jako může transformovat ten vztah k sobě*“. Tyto skutečnosti popisuje i Kayla Taylor (2007), která uvádí, že jedinci se mohou dostat do role někoho, kdo dává, je prospěšný pro někoho druhého, může tak zažívat hluboké uspokojení z vlastní schopnosti “dát takový dar” a z toho, že dokáže utvářet takové spojení s dýchajícím. Tyto zkušenosti mohou být určující v korektivním vztahu sám sobě a v osahání si vlastních kompetencí, což je další z téma zaznívajících v pěti rozhovorech (R1, R3, R4, R5, R6). Sáhnutí si na vlastní kompetenci je

ústředním principem holotropních sezení. Jedinec tak získává, nebo znovuobjevuje vlastní zdroje, které mohou pramenit přímo z jeho nitra a které tak mohou být účinným prostředkem v zotavování se (Grof, 2004; Grof, 2017; Grof&Grof, 1992, Grof&Grof 2011; Grof&Grof, 2023).

Komunita, skupina, sounáležitost, to bylo jedno z dalších podstatných témat, které zaznělo u čtyř respondentů (R1, R2, R3, R6). Na HD sezeních vznikají specifické skupiny, kde se tvoří intimní vztahy, na základě toho, co spolu jedinci prožili. Víme, že skupinový princip je základním aspektem pro práci se závislostmi, například Terapeutické komunity, svépomocné skupiny (AA, NA) atp. (R1, R2). Pokud spolu lidé dýchají pravidelně, vytváří se velmi hluboká pouta. Využití holotropního dýchání v terapeutické komunitě, nebo na oddělení psychiatrické kliniky může poskytnout další hodnotu prostřednictvím toho, že se klienti dobře znají, podporují se, je tam zájem jeden o druhého. Navíc vzhledem k tomu, že již byla řada témat mezi účastníky otevřena a probírána na skupinových sezeních, snadněji se integrují do holotropního procesu (Kudrle, 2007; Taylor, 2007).

Co je všemi respondenty vnímáno jako podstatné při práci se závislými, je jejich stabilizovaný stav. Jedna z kontraindikací účasti na HD semináři, je aktivní závislost (Grof, 2017). Stabilizovanost tedy v našem případě znamená fázi, kdy si člověk prošel detoxifikací. Ideálně je to delší období bez užívání látky. Ale nejedná se jen o samotnou detoxifikaci, nýbrž i o jeho sociální zázemí a bezpečné prostředí, kam se následně může vrátit. Závislost je komplexní problém, který zasahuje oblasti jak na fyzické úrovni, tak psychické, sociální, spirituální, politické a ekonomické (Maté, 2020). Často to tedy znamená nejen opuštění látky, ale i sociální skupiny a celkově životního stylu. Takový jedinec se ocitá ve velmi křehké pozici. Silná prožitková zkušenost by mohla nadělat více škody než užitku, například ve formě relapsu. Vnímáme zde určité nuance ve specifčnosti kontextu toho, kde se HD odehrává, komu je přístupné atd. Myslíme si, že je rozdíl, pokud je HD provozováno na psychiatrické klinice na oddělení, kde má jedinec určité zázemí, je tam odborný personál, který je mu k dispozici a je tak trochu vytržený z reality. Má možnost se tam zastavit, dostane impulsy, jak by to mohl jeho život vypadat jinak. Velmi podobně to je i v Terapeutické komunitě. Naopak, pokud by taková osoba navštívila tradiční holotropní seminář, je kladen větší důraz na screening před samotným přijetím na workshop. Vnímáme za zásadní tyto skutečnosti reflektovat, protože nám to poskytuje ucelenější obraz, jací lidé se reálně na HD semináře dostávají. Pravděpodobně to budou spíše jedinci s látkovou zkušeností. Pokud by se jednalo o klienta, který si prošel závislostí, bude se nejspíš jednat

o někoho alespoň minimálně kompenzovaného (finančně, se zázemím atp.), který má o metodě nějaké povědomí. Toto v nás vyvolává otázku ohledně dostupnosti metody a zároveň podněcuje v přemýšlení, jak by se to dalo uchopit jinak, aby se metoda stala dosažitelná i pro jedince, kteří se pohybují více na okraji společnosti. Zároveň je důležité zmínit, že lidé účastníci se workshopů nesmějí být úplně dohnání životem v závislosti. To by s sebou pravděpodobně přinášelo další fyzické, ale i psychické kontraindikace. Navíc jedinec musí být schopen s vynořeným obsahem pracovat a nějak ho integrovat, což ho podmiňuje i k určité mentální kapacitě.

Možným rizikem, které pojmenovali tři respondenti (R3, R4, R5), je spiritual bypass. Jedná se o obrannou psychologickou pozici, kdy jedinec věří, že pouhým zapojením do duchovních praktik se vyřeší jeho problémy, místo aby se aktivně zabýval obtížnými emocemi a zkušenostmi a snažil se s nimi pracovat (Picciotto, 2017). Během holotropních procesů se lidem mohou objevovat intenzivní a zajímavé zkušenosti, vznikají tam velmi příjemné komunity a člověk může mít pocit, že to, co dělá, je zkrátka dostatečné, ale vlastně se nemusí dít vůbec nic. V návaznosti na spiritual bypass byla dvěma respondenty (R3, R5) pojmenována procesová závislost. Respondentky vnímají určité riziko ve vzniku závislosti na samotném holotropním dýchání. Právě kvůli tomu, jaké to přináší prožitky, ale i příjemné a specifické prostředí. Může se vytvořit taková závislost na samotném procesu, zacyklení se, pokud s obsahy nebude člověk dále více pracovat. V souhrnné analýze napříč všemi rozhovory jsme již narazili na to, že participant R1 naopak uváděl nezávislostní charakter HD. Tento názor ve své práci publikuje i Kayla Taylor (2007). Během rozhovoru však R1 uvedl, že závislost by se teoreticky mohla vytvořit právě na komunitě a bezpečném prostoru, které jsou nedílnou součástí holotropních seminářů. Respondentka R4 uvedla, že bypass je u holotropního dýchání možný, ale je mnohem náročnější a je méně pravděpodobné si ho vytvořit než například u psychedelik. Rozdíl vnímáme primárně v tom, že HD neobsahuje žádnou externí substanci, která by rozšířený stav vědomí zařídila. Vše vychází z konkrétního jedince. Během holotropních seminářů je důraz na zmiňovanou kompetenci, podporuje klientovy vlastní zdroje, je to něco, co jedinec vydává sám ze sebe. Není tam žádná zkratkovitost ve smyslu, že si vezmu nějakou substanci, která by RSV zařídila. V angličtině se holotropní dýchání označuje jako Holotropic Breathwork a je to skutečně určitá práce, celý proces trvá poměrně dlouho a samotné dýchání je náročné (Taylor, 2007). Nechtěli bychom však tímto textem diskreditovat terapeutickou práci s psychedeliky, kde externí zdroje navozující RSV, jsou. Podstatnou roli v celém kontextu (jak holotropním, tak

psychedelickém) hraje set, setting a určitá rituálnost s jakou je k RSV přistupováno a jak následně probíhá integrace zážitku (Taylor, 2007; Jeřábek, 2008; Kozák, 2020).

Téma, které jsme pojmenovali jako léčebný potenciál prožitku, zaznělo také ve všech rozhovorech. Je to jeden ze základních principů práce s holotropním dýcháním. Oddat se samotnému procesu, nechat promluvit vnitřního léčitele a dát mu prostor, aby do našeho vědomí vynesl to, co považuje za důležité. Tento léčebný potenciál je silně propojený se spirituální rovinou. Zážitky, mohou být intenzivně numinózní, transpersonální, přesahující, což může léčebný proces podpořit samo o sobě (Grof, 2017).

Navažme tím na naši druhou výzkumnou otázku, která se věnovala pojetí spirituality. Jak jsme již uvedli, tyto přesahující prožitky mohou mít léčivý potenciál samy o sobě (R1, R2, R3). Zdůrazněme slovo potenciál a držme se toho tak, že bychom neměli zapomínat na následnou práci s vyořeným obsahem. Důležité je zde také vyslovit, že to může vést právě ke spirituálnímu bypassu, kdy dáváme větší váhu jen prožitkům, ale neděláme nic pro jejich integraci.

Druhým zásadním tématem v souvislosti se spiritualitou bylo její osobní pojetí a chápání (R3, R4, R5, R6). Respondenti to popisovali tak, že spirituální prožitky jsou od HD neoddělitelné. Avšak je na každém jedinci, jak je uchopí, aby mu to v kontextu jeho vnímání světa dávalo smysl. Neexistuje žádné dogma, podle kterého by se musel jedinec řídit. Prožitky spojení se s něčím přesahujícím (R1, R2, R3, R4, R5, R6) mohou být klíčové při zotavování se ze závislosti. R2 to například popisoval tak, že spiritualita je takovým nastolením řádu v životě, který je zanesen chaosem závislosti. Jak uváděli participanti našeho výzkumu, jedná se často o vlastní uchopení spirituality, které by však mělo být autentické. Pokud by se mělo jednat o přejímání jakýchkoliv hodnot z vnějšku, které nejsou skutečně v souladu s jedincovým vnímáním, nemusí být tento prvek tolik efektivní. Ve studii Jarusiewicz (2000) byl zjištěn významný rozdíl v úrovních vnímání spirituality mezi participanty, kteří se zotavili, a těmi, kteří relapsovali. Rozdíl byl v prožívané autentické spiritualitě a té, které je ukotvena v externích zdrojích. Zmiňme ještě riziko negativního náboženského copingu, což je spojeno s pocity, že byl jedinec opuštěn bohem v náročných a stresových situacích, což může snižovat motivaci k opravdovému spirituálnímu rozvoji (Snodgrass, Corcoran, Jerry, 2023). Myslíme si, že toto může být poměrně problematické právě v situacích spojených s relapsem. Chápeme to tak, že k relapsu může dojít, když je jedinec vystaven větší stresové zátěži, není dostatečně zazdrojován a nejjednodušší cesta,

jak se s takovou náročnou situací vypořádat, je užití látky, což bylo po dlouhou dobu, to, co fungovalo.

Shrňme to však tak, že výzkumy potvrzují pozitivní vliv spirituality v kontextu léčby závislosti a říkají, že se jedná o podstatnou složku, která má vliv jak na abstinenci, tak na snižování relapsů (Nicholsona et al., 1994; Samková, Dolejš, 2014; Berald 2019; Hai, 2019).

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na vnímání závislosti jako takové. Všichni respondenti se shodovali v propojování závislosti s traumatem. Tento koncept můžeme znát z práce Gabora Matého (2020), který závislost popisuje jako pokus, jak zaplnit prázdnotu z bolesti/traumatu. Jedním z aspektů traumatu je i určitá zakódovanost na tělesné úrovni. Během holotropního dýchání dochází k prožitku silných emocí, které se mohou výrazně projevit tělesně. Neodžité emoce jsou často v těle uvězněné a je potřeba jim nějak pomoci ven. Jejich uvolnění napomáhá celkový proces, který se na seminářích odehrává (Grof, 2017). Během rozhovoru s R3 jsme však zjistili, že holotropní dýchání má určitá omezení. R3 uznává jeho velký potenciál, ale zdůrazňuje, že pouhá abreakce a znovuprožití traumatu ne vždy postačuje. Pokud během sezení dojde k otevření traumatické události, je důležité následně zvolit vhodné metody práce s traumatem, aby se s prožitkem pracovalo laskavě a citlivě a nedošlo k retraumatizaci, což představuje velké riziko. Tímto se obloukem vracíme k nutnosti určité stability účastníků, kteří se HD sezení účastní. Je potřeba, aby byl účastník v takovém mindsetu, že se s tím, co HD přinese, bude schopen bezpečně vypořádat.

Během rozhovorů (R1, R2, R3, R4) vyvstalo téma, že všichni máme potenciál k závislostnímu chování, jelikož jsme od prvních okamžiků našich životů na něčem závislí – péči, vodě, vzduchu, sociálním kontaktu atd. (Grof, 1993; Kudrle, 2006; Maté, 2020). R3 uvádí, že je důležité si toho být vědom a věnovat tomu ve svém životě pozornost. Máme závislosti, se kterými můžeme žít a jsou tak trochu nedílnou součástí, ale potom jsou závislosti, které nám objektivně zasahují do života takovým způsobem, který je devastující.

Všichni respondenti uvedli, že závislost vnímají jako kompenzační mechanismus, který jedinec využívá a je to v danou chvíli ta nejlepší strategie, které je schopen. Na závislost je potřeba se dívat komplexně a neopomíjet žádné faktory, které mohou v jejím rozvoji a udržování hrát roli. Tyto faktory jsou biologické, neurologické, chemické, psychologické, emoční, sociologické, politické, ekonomické, ale i spirituální. Pokud se nám podaří závislost chápat v kontextu souhry všech těchto faktorů, mohlo by nám to pomoci v následné práci s ní (Maté, 2020).

Na závěr chceme ještě uvést poslední téma, které figurovalo ve všech rozhovorech, avšak nebyli jsme schopni ho zařadit pod žádnou výzkumnou otázku. Jedná se o vlastní prožitek facilitátorské role. Toto téma skrývalo několik podtémat, jedním z nich je nevtíravý podporující průvodce. Jedná se o podstatnou pozici, kterou v procesu facilitátor zastává. Principem je, že by měl podávat pomocnou ruku a být tam pro dýchajícího, ale neměl by zasahovat do jeho procesu, pokud o to není požádán (Taylor, 2007; Grof, 2017). Facilitátoři tím klienty zkompetentňují a přesně to pro ně může být jedním z klíčových momentů. Může se tak jednat i o určitou korektivní zkušenost. R1 popisuje toto: „*Spousta lidí přichází na holotropní dýchání s tématem jako invaze, že někdy v jejich minulosti byly autority, nebo lidé, kteří blbě mentorovali, který zasahovali do jejich prostoru anebo i zneužívali jejich prostor a tak dále. A tady tydle věci můžou na to nasednout. Je tady někdo jako zase další, kdo vstupuje do mého prostoru, kdo jakou ví líp, co já potřebuju a tak dál*“. V tomto ohledu je důležitá facilitátorova vlastní sebereflexe.

Věříme, že teoretická část naší práce objasňuje základy práce holotropního dýchání a jak se dá využít při léčbě závislostí. Také zvědomujeme, kolika lidí se závislosti týkají, a že se jedná o poměrně vysoká čísla. Domníváme se proto, že má význam a je pro praxi perspektivní se zabývat dalšími (alternativnějšími) přístupy a poskytnout tak další možnosti léčby. Tím pádem i potenciálně větší přínos pro vícero lidí. Výzkumů zabývajících se tímto tématem vzniklo několik v průběhu desítek let a přinesly veskrze pozitivní výsledky. Náš výzkum objasňuje pohledy facilitátorů holotropních sezení a přináší tak odborné názory na klady a záporů využití holotropního dýchání při léčbě závislostí. Přáli bychom si, aby tato práce přispěla k podpoře a odhodlání těch, kteří disponují prostředky a kapacitou posunout přístup k léčbě závislostí blíže ke komplexní úzdavě pacientů. Věříme, že čím více možností léčby bude klientům dostupných, tím větší bude jejich šance na úspěšné uzdravení.

Limity

Limit, který jsme se pokoušeli eliminovat ve fázi sebereflexe je autorčina vlastní zkušenost s holotropním dýcháním. Tento aspekt sice mohl částečně pomoci k lepšímu porozumění toho, co se nám respondenti snažili předat. Autorka však musela dbát na zachování neutrality a nevnašela tak vlastní zkušenosti do analýzy a tvorby dat.

V rámci limitů bychom měli zmínit omezenou zkušenost našich respondentů. Když jsme stanovovali kritéria pro výběr participantů, ideálním případem by bylo, kdyby měli vlastní zkušenost s využitím HD během léčby závislostí. Jelikož je to poměrně úzce specifické, byli jsme si vědomi, že pravděpodobně nenajdeme dostatek respondentů, proto jsme kritérium rozšířili, a to tak, že bylo dostačující, pokud o tomto fenoménu budou mít povědomí a budou se cítit kompetentní o tématu mluvit. Odpovědi, které s námi respondenti sdíleli, považujeme za přínosné a pro uchopení naší práce dostačující.

Využití práce a další možnosti výzkumu

Domníváme se, že by naše práce mohla sloužit lepšímu pochopení role, kterou může holotropní dýchání hrát v léčbě závislostí. Mohla by tak podnítit a otevřít zájem o (znovu) využití metody HD v této oblasti. Zkušenosti s holotropním dýcháním, které historicky přinesly pozitivní výsledky v léčbě závislostí existují a bylo to uváděno i našimi respondenty. Myslíme si však, že by problematice mohlo prospět, pokud vznikalo více odborných textů, které by zkoumaly toto téma.

Také bychom chtěli zdůraznit potřebu určité destigmatizace a snížení kontroverze, které kolem holotropního dýchání a jeho využití, jak ve veřejném prostoru, tak mezi odbornou obcí, panuje. K tomu nás napadá, že by mohlo být přínosné provést rozhovory s odborníky z adiktologie, kteří se HD nevěnují a zjistit jejich názor na zařazení této metody.

V neposlední řadě chceme zmínit, že je technika holotropního dýchání aktuálně umístěna čistě v soukromém sektoru, není na ni žádný příspěvek od pojišťovny, je považována za sebepoznávací a není nijak ukotvena jako metoda léčebná. Myslíme si, že by se další výzkumy mohly soustředit na identifikaci překážek, které brání jejímu zařazení do širší praxe, dále by se mohl osvětlit současný stav využití holotropního dýchání v terapeutické praxi a navrhnout možnosti, jak tuto metodu lépe integrovat do léčebných programů pro závislé jedince.

9 ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali zmapováním, popsáním možností, mezi a celkového procesu využití holotropního dýchání (HD) v kontextu léčby závislostí. Na základě provedené analýzy rozhovorů s facilitátory holotropních sezení jsme odhalili několik klíčových témat, která přispívají k hlubšímu porozumění této metody a jejímu potenciálnímu místu v terapeutickém procesu.

První výzkumná otázka se zaměřovala na pozitiva a úskalí, která s sebou holotropní dýchání může v kontextu léčby závislostí přinášet. Za podstatné považujeme zmínit, že holotropní dýchání přináší pozitiva, která jsou využitelná i v kontextu léčby závislostí, nejen pro ně. Další důležitou poznámkou je, že HD má svou danou strukturu a rámec, které jsou nastavené tak, že tvoří funkční mechanismus, nedochází proto k nějakým modifikacím na konkrétní typ problému apod. Snažili jsme se tedy zjistit, jaké aspekty HD mohou pozitivně, ale i negativně intervenovat u problematiky závislosti. Jedno z hlavních identifikovaných témat bylo **otevření se vůči změně**. Facilitátoři vnímají, že holotropní dýchání podporuje otevření se ke změnám a může tak snižovat strach z budoucnosti, což vede k redukci úzkosti, jež jsou u jedinců se závislostí častou komorbidní diagnózou. Snížení úzkosti má pozitivní vliv na duševní pohodu jedinců a je protektivním faktorem vůči relapsu. Dalším významným tématem je **komplexita přístupu** k léčbě závislosti. Facilitátoři vnímají metodu HD jako jeden z možných přístupů, který může vhodně doplňovat širší systém péče o závislé. Respondenti se shodli, že HD nemůže stát samo o sobě jako jediná metoda práce se závislými, ale je vhodná s kombinací dalších metod. Výhodou HD je to, že může **oslovovat hlubší roviny** lidské psychiky, které mohou být verbálně nedosažitelné a pomáhá je zpracovat i na tělesné úrovni. Obsahy otevřené během sezení je důležité dále zpracovávat a integrovat do běžného života, což může být podpořeno kombinací s individuální terapií. Dalším zásadním bodem je potřeba, aby byl účastník **stabilní**. To znamená bez aktivní závislosti, s bezpečným kontextem, kam se bude vracet, v takovém mindsetu, že zvládne s vnesenými obsahy dále pracovat. Hrozí zde jinak riziko přehlcení, které může následně vést k excesivnějšímu chování, či k relapsu. Jedno z pojmenovaných úskalí je **spiritual bypass**, při kterém jedinci mohou používat duchovní/seberozvojové praktiky, kam v tomto kontextu můžeme řadit i HD, jako únik od řešení skutečných problémů. V souvislosti se spiritual bypassingem byla pojmenovaná i **procesová závislost**, kdy se jedinec stane

závislým na procesu HD a jeho komunitě. Dojde tam k určitému stavu konzumerismu vrcholných zážitků, které ale nejsou nijak dál zpracovávány a integrovány do života.

Druhá výzkumná otázka se zabývala rolí spirituality v celém procesu. Facilitátoři vnímají spiritualitu jako klíčový prvek v procesu holotropního dýchání, který může mít významný **léčebný potenciál**. Zdůrazňují, že spirituální prožitky jsou od holotropního dýchání neoddělitelné a mohou být pro jedince při zotavování se ze závislosti klíčové. Z rozhovorů vyvstalo téma **osobního prožívání závislosti**. Podle respondentů je důležité, aby byla spiritualita autentická a v souladu s vnímáním světa jednotlivce, což může vést k opravdovému spirituálnímu rozvoji a pomoci v cestě ze závislosti.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na to, jak respondenti vnímají závislost. Chápu ji jako komplexní a multifaktoriální problém, který zasahuje do biologické, psychologické, sociální a spirituální roviny. Rozumí ji jako **kompensačnímu mechanismu**, který slouží jako strategie pro řešení nedostatků nebo bolesti v životě jedince. Zároveň je důležité si uvědomit, že každý člověk má **potenciál k závislostnímu chování**, je proto potřeba tomu věnovat pozornost.

10 SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na zmapování a popis možností, mezi a celkového procesu využití holotropního dýchání (HD) v kontextu léčby závislostí. Analyzujeme klíčová témata odhalená prostřednictvím rozhovorů s facilitátory holotropních sezení, s důrazem na pozitiva a úskalí této metody. Dále zkoumáme roli spirituality v procesu HD a jak respondenti vnímají samotnou závislost.

První část naší práce se zaměřuje na teoretické ukotvení. První kapitola se věnuje spiritualitě a rozšířeným stavům vědomí (RSV). V textu se podrobně zabýváme pojmem spiritualita a jejím vztahem k léčbě závislostí. Procházíme různé definice a kontexty spirituality a ukazujeme, jak může být klíčová pro osobní růst a zotavení. Dále se zaměřujeme na výzkumy a zjištění, které naznačují, že autentická spiritualita může pozitivně ovlivňovat léčbu závislostí (Jarusiewicz, 2000). Zároveň varujeme před neautentickými formami spirituality, které mohou být kontraproduktivní (Snodgrass, Corcoran, Jerry, 2023). Nakonec si představujeme pojem vědomí, dotýkáme se rozšířených stavů vědomí, jejich charakteristických znaků a jejich vlivu na psychiku jedince. Díváme se na jejich roli při hledání spirituality a pochopení životních otázek. Nakonec si vysvětlujeme pojem psychospirituální krize a její vztah k závislosti (Grof&Grof, 1992).

Druhá kapitola přibližuje metodu holotropního dýchání, kterou vyvinuli manželé Grofovi v 70. letech 20. století. Stručně se věnujeme historii, průběhu sezení a kontraindikacím pro účast na semináři. Dále následuje podrobný popis jednotlivých prvků, jež v sobě holotropní sezení kombinuje, a vysvětlujeme si jejich esenciální charakter v celkovém procesu. Holotropní dýchání kombinuje rychlé a intenzivní dýchání s evokativní hudbou a bodyworkem. Během sezení je možné dostat se do RSV a získat tak hluboké transformační prožitky (Grof&Grof, 2011). Popisujeme sitterování jako významný prvek holotropního dýchání, kdy sitter poskytuje podporu a péči dýchajícímu. Tento vzájemný proces může vést k hlubokým prožitkům a může přinášet velmi pozitivní zkušenosti právě v kontextu závislostí (Kudrle, 2007; Taylor, 2007). Závěr kapitoly věnujeme výzkumům, kde byla zkoumána účinnost holotropního dýchání jako součásti terapeutických programů pro osoby s různými formami závislostí. Výsledky naznačují, že HD může přispět k udržení abstinence, snížení úrovně úzkosti a deprese, zvýšení sebeúcty a nalezení cesty ke

spiritualitě u jedinců s těmito problémy (Metcalf, 1995; Holmes, Morris, Clanc, Putney, 1996; Taylor, 2007; Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, 2011; Nedumpillil, Malarvizhi, Neelakshi, 2014; Sánchez-Quijano et al., 2023).

Poslední kapitola v teoretické části naší práce je věnována závislostem. Závislost chápeme jako komplexní stav, který zahrnuje behaviorální, kognitivní a fyziologické aspekty. Je charakterizována opakovaným užíváním psychoaktivních látek, což vede k intenzivní touze po droze, porušené schopnosti kontroly a přetrvávajícímu užívání navzdory negativním následkům. Diagnostické manuály, jako je MKN-10, DSM-V a ICD-11, poskytují různá kritéria pro diagnózu závislosti (MKN-10., 2017; Heinz, 2021; APA, 2022). Zároveň je důležité si uvědomit, že závislostní chování může vycházet z toxického sociálního prostředí, jak naznačuje teorie sociální dislokace (Alexandr, 2010). V kontextu léčby a prevence závislosti hraje klíčovou roli spiritualita. Mnoho závislých hledá odpovědi na vnitřní prázdnotu, a právě spirituální procitnutí může pomoci překonat závislost (Maté, 2020). V závěru kapitoly zdůrazňujeme, že závislost je komplexní problém, který vyžaduje komplexní řešení včetně primární, sekundární a terciární prevence. Představujeme systém péče o drogově závislé, který funguje v ČR a předkládáme data, která se týkají prevalence užívání v ČR.

Tímto se přesouváme k empirické části naší diplomové práce. Holotropní dýchání je nástroj, o kterém si myslíme, že může být pomocnou rukou lidem se závislostí. Závislost je vnímána jako “žízeň po celistvosti”, což je určité hledání vnitřního, bytostného já, kterému jsme se odcizili (Grof, 1993). Tato metoda je v současnosti využívána primárně jako sebepoznávací, nikoliv léčebná, ačkoliv existují důkazy o jejím potenciálu v léčbě závislosti. Výzkum se zaměřuje na facilitátory holotropního dýchání, jejich zkušenosti a pohled na tuto metodu jako na nástroj pro léčbu závislosti. Cílem je rozšířit povědomí o možnostech a potenciálních rizicích této metody a podnítit diskusi o jejím využití v praxi. Stanovili jsme si tři výzkumné otázky, na které jsme v rámci následné analýzy odpovídali. První otázka se týká možností a potenciálních problémů, které facilitátoři vidí při použití holotropního dýchání v práci se závislostmi. Druhá otázka se zabývá tím, jak facilitátoři vnímají roli spirituality v celém procesu. A konečně, poslední otázka se zaměřuje na to, jak facilitátoři sami chápou závislost.

Dělali jsme kvalitativní výzkum pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy. S respondenty jsme prováděli polostrukturované rozhovory v časovém období od září do listopadu 2023. Výzkumný soubor tvořilo 6 participantů, z toho byli 3 muži a 3 ženy.

Všichni respondenti prošli certifikovaným výcvikem holotropního dýchání, někteří k tomu mají dokončený či započatý nějaký psychoterapeutický výcvik, všichni se však zabývají dalším vzděláváním v oblasti osobního rozvoje. Průměrný věk respondentů byl 48,5 roku, nejmladšímu respondentovi bylo 39 let a nejstaršímu 70 let. Průměrná délka rozhovorů byla 72 minut. Rozhovory jsme nejprve převedli do textové formy a poté jsme je analyzovali pomocí metody IPA. Analýzy jednotlivých respondentů začínají stručným popisem a jsou organizovány podle výzkumných otázek. Nakonec jsme data zhodnotili na základě výzkumných otázek napříč všemi případy.

Respondenti považují holotropní dýchání jako vhodný doplňující prostředek pro práci se závislými. Mezi pojmenovaná pozitiva patří možnost sáhnout do hlubších emocionálních a traumatických vrstev, které jsou s kořeny závislosti spojené a čistě verbální terapie na ně většinou nestačí. Dalším pojmenovaným pozitivem je schopnost otevření se vůči změnám a hledání nové úrovně bezpečí ve světě, který je v neustálé proměně. Téma otevření se je spojeno i s otevřením se vůči procesu. Dát prostor vnitřnímu léčiteli, vnitřní moudrosti, která vynese do vědomí obsahový materiál, který je potřeba zpracovat. Toto téma je úzce propojeno s tématem vlastních kompetencí a jak je důležité klienty podporovat v tom, aby si na ně sáhli a uvědomili si, že toho spoustu mají ve vlastních rukou a jsou schopni s tím něco dělat. Tyto prožitky mohou mít skutečně transformační potenciál.

Nicméně, existují i potenciální rizika, jako je možnost vzniku procesové závislosti. To znamená, že se jedinec stane závislým na samotném holotropním dýcháním, na prožitcích, na komunitě, která tam vzniká. Dalším úskalím je spiritual bypass, kde nastává riziko, že klienti pouze přijímají zážitky, ale neintegrují je do svého života.

Také je zásadní vyhodnotit, zda je HD pro konkrétního jedince vhodné a zda má potenciál mu přinést prospěch. Je důležité, aby byl jedinec stabilizovaný, to znamená, že se nachází v delším období bez užívání látky. Ale nejedná se jen o samotnou detoxifikaci, měl by mít ideálně i sociální zázemí či nějaké jiné bezpečné prostředí, kam se vrátit. Měl by být také v takovém mindsetu, že se s vyjeveným obsahem bude schopný vypořádat a nebude pro něj mít destruktivní následky, pod čímž si můžeme představit excesivní chování či relaps.

Respondenti vnímají roli spirituality jako klíčovou součástí celkového procesu holotropních sezení. Spiritualita je chápána v rovině toho, že může poskytnout hlubší porozumění sobě samému, vztahům a světu kolem sebe. Pro mnohé účastníky představuje kontakt s něčím transcendentálním, či archetypálním, což může být důležitým momentem,

který je podporující v procesu uzdravování. Je však podstatné, že způsob, jakým jednotlivci interpretují a uchopují své spirituální zkušenosti, je velmi individuální. Důraz je dáván na její autentický prožitek. Spiritualita může být vnímána jako prostředek k sebepoznání, oslovení vnitřních kvalit a hledání vnitřního řádu v chaosu, který závislost způsobuje. Celkově je spiritualita vnímána jako léčivá síla, která může přinášet náhled na sebe sama či situaci a pomoci tak odkrýt bytostné já, které je ukryto někde pod vším tím nánosem. Jedinec skrz spirituální dimenzi může dosáhnout transformativních prožitků. Následná práce vyžaduje citlivý a uvědomělý přístup k integraci těchto zkušeností do celkového terapeutického procesu.

Respondenti popisují závislost jako způsob, jak se jedinec vypořádává s těžkými situacemi nebo s traumatem tím, že hledá změnu ve svém prožívání, která mu tak poskytne určitou úlevu od bolesti, jež ho jinak neustále doprovází. Respondenti uvádějí, že kořeny závislosti sahají hluboko do jedincovy minulosti, možná dokonce až do období před narozením. Chápu závislost jako běžnou součást lidského života, popisují, že všichni máme závislostní potenciál, který bychom si měli uvědomovat a měli bychom k němu být všímaví. Snažit se objektivně zhodnotit, zda se jedná o něco, co náš život nijak negativně neovlivňuje, či to přerůstá do problému, který může působit až destruktivně. Dva respondenti sdíleli osobní zkušenost s problémy spojenými se závislostí, což podle jejich popisu ovlivnilo nejen jejich vnímání závislosti, ale také jejich schopnost vcítit se do situací ostatních lidí a projevit vůči nim empatii. Respondenti rovněž zdůraznili, že závislost může vést k ztrátě vlastní identity a touze po úniku do změněného stavu vědomí, který je poskytován drogami nebo jinými látkami. Snaží se o změnu svého prožívání a preferují iluzorní realitu, kde se jim zdá, že jsou šťastnější než ve skutečném světě.

Na závěr chceme shrnout, že tento výzkum zkoumal využití holotropního dýchání při léčbě závislostí. Hlavní myšlenkou je, že holotropní dýchání může poskytovat léčebný potenciál pro jedince s různými formami závislostí. Je však důležité, aby byla metoda kompetentně začleněna do celkového léčebného procesu a aby se respektovaly individuální potřeby klientů.

LITERATURA

Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.201–208). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Alexandr, B. K. (2010). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. New York: Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Audrey Hang Hai, Franklin, C. G. S., Park, S., DiNitto, D. M., & Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 134–148. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045>

Bém, P. (2003). Úvod – složky systému péče v ČR. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.155–159). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Beraldo, L., Gil, F., Ventriglio, A., de Andrade, A. G., da Silva, A. G., Torales, J., Gonçalves, P. D., Bhugra, D., & Castaldelli-Maia, J. M. (2019). *Spirituality, religiosity and addiction recovery: Current perspectives*. *Current Drug Research Reviews Formerly: Current Drug Abuse Reviews*, 11(1), 26–32. <https://doi.org/10.2174/1874473711666180612075954>

Boadella, D. (2009). Tvarové držení těla a držení těla duše: Biosyntetické pojetí motorických polí. In Boadella, Frankel, Corrêa, *Biosyntéza. Výběr z textů*. Praha/Kroměříž: Triton

Brewerton, Eyerman, Cappetta & Mithoefer, (2011). Long-Term Abstinence Following Holotropic Breathwork as Adjunctive Treatment of Substance Use Disorders and Related Psychiatric Comorbidity. *International Journal of Mental Health and Addiction* 10(3). DOI:10.1007/s11469-011-9352-3.

Brouillette, G. (1997). Reported effects of holotropic breathwork: An integrative technique for healing and personal changes. *Unpublished doctoral dissertation, Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto, CA*.

Cofré, R., Herzog, R., Mediano, P. A. M., Piccinini, J., Rosas, F. E., Sanz Perl, Y., & Tagliazucchi, E. (2020). Whole-Brain Models to Explore Altered States of Consciousness from the Bottom Up. *Brain Sciences*, 10(9). <https://doi.org/10.3390/brainsci10090626>

Česká protidrogová politika a její koordinace. Informační leták RKVPP [online]. 2017, 6 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/...pdf>

Čtrnáctá, Š. (2007). Rituály TK. In Nevšimal, P. (Ed.). *Terapeutické komunity pro drogově závislé II. Česká praxe*. (s. 126-130). Praha: NLN. ISBN: 978-80-7106-937-9

Dalajlama, (2002). *Čtyři vznešené pravdy*. Praha: Pragma. ISBN: 80-7205-857-6

Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3-512 DOI: 10.4103/2224-3151.115826.

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.195–201). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Dvořák, D. (2003). Chráněné bydlení a chráněná práce. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.215–221). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Ehrman, W. (2001). Stimulation or support: On the use of music in holotropic breathwork In Manné, J., *The Healing Breath a Journal of Breathwork Practice, Psychology and Spirituality*, 3, 23–28. Získáno 10. 11. 2020, z <https://catherinedowling.com/wp-content/uploads/2014/02/The-Healing-Breath-Vol-3-No-3.pdf>

EMCDDA, (2023). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs — 2023 update*. Doi: 10.2900/854004

Grof, Ch. (1993). The thirst for wholeness: Addiction and the spiritual path. Online. *ReVision*. 1993, roč. 15, č. 4, s. 162-168. ISSN 02756935. [cit. 2024-03-24].

Grof, S. (2004). *Psychologie budoucnosti poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Perla.

Grof, S. (2017). *Psychologie budoucnosti*. Praha: Argo. ISBN: 978-80-7203-937-1

Grof, S. (duben, 2020). *Globální projekt GROF® Legacy Training*. Získáno 3. 11. 2020, z <https://www.grof-legacy-training.cz/globalni-projekt>

Grof, S. & Grof, Ch., (1992). *The Stormy Search for the self. A Guide to Personal Growth through Transformational Crisis*. New York: Jeremy P. Tarcher. ISBN: 0-87477-649-X

Grof, S. & Grof, Ch. (2011). *Holotropní dýchání. Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Opava: Holos.

Grof, S., & Grof, C. (2023). *Holotropic breathwork, Second Edition: A new approach to self-exploration and therapy*. State University of New York Press.

Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.172–179). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Hartogsohn, I. (2017). Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law*, 3, 205032451668332. <https://doi.org/10.1177/2050324516683325>

Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2021). *ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. Der Nervenarzt*. doi:10.1007/s00115-021-01071-7

Holmes, S. W., Morris, R., Clance, P. R., & Putney, R. T. (1996). *Holotropic breathwork: An experiential approach to psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 114–120. doi:10.1037/0033-3204.33.1.114

Holos (nedat.). *Holotropní dýchání*. Získáno 24. 3. 2024, z: <https://www.holos.cz/holotropni-dychani>.

Horáčková, K., Mihalová, I., Cibulka, J., Jarošíková, H., Černíková, T., & Chomynová, P. (2022). Česká politika v oblasti závislostí a priority předsednictví České republiky v Radě EU v r. 2022. *Zaostřeno* 8 (1). Praha: Úřad vlády České republiky.

Hrdina, P., Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.159–165). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Chagas, C., Martins, L. B., Machado, F. R., Zangari, W., & Galduróz, J. C. F. (2023). Religious and secular spirituality: Methodological implications of definitions for health research1. *Explore*, 19(1), 6-13. DOI: 10.1016/j.explore.2022.04.004

Chomnyová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E., (2023). Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2023 [Report on Problematic Psychoactive Medicines Use in the Czech Republic 2023]. Získáno 1. 4. 2024 z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33914/1242/Zpr%C3%A1va%20o%20problematick%C3%A9m%20u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20psychoaktivn%C3%ADch%20l%C3%A9k%C5%AF%20v%20CR%202023_fin.pdf

Chomnyová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E., Fidesová, H., Vopravil, J., (2023). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023 [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2023]. Získáno 1. 4. 2024 z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33917/1244/Zpr%C3%A1va%20o%20neleg%C3%A1ln%C3%ADch%20drog%C3%A1ch%20v%20CR%202023_fin.pdf

Chomnyová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Rous, Z., Černíková, T., (2023). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022 [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2022]. Získáno 1. 4. 2024 z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33854/1198/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_v_CR_2022_fin.pdf

Chomnyová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Dékany, L., Franková, E., Lucký, M., (2024). Zpráva o tabákových a nikotinových výrobcích v České republice 2023 [Report on Tobacco and Nicotine Products in the Czech Republic 2023] Získáno 1. 4. 2024 z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33915/1252/Zprava%20o%20tabakovych%20a%20nikotinovych%20vyrobcich%20v%20CR%202023_fin02.pdf

Chomnyová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Franková, E., Lucký, M., (2024). Zpráva o alkoholu v České republice 2023 [Report on Alcohol in the Czech Republic 2023]. Získáno 1. 4. 2024 z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33916/1253/Zpr%C3%A1va%20o%20alkoholu%20v%20CR%202023_fin1.pdf

Janíková, B. & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*, 7, 1-20. Získáno 28. 2. 2024 z: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/33529/1105/Zaostreno_2021-03_Scitani%20adiktologickych%20sluzeb.pdf

Jarusiewicz, B. (2000). *Spirituality and Addiction. Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(4), 99–109. doi:10.1300/j020v18n04_08

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. (s. 53–70). Praha: Grada Publishing.

Jung, C. G. (2017). *Mandala symbolism:(from vol. 9i collected works)* (Vol. 4895). Princeton University Press.

Kalina, K., Dvořák, D., et al. (2001). *Mezioborový glosář: pojmy z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

Kalina, K. (2003a). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. (s.78–83). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. (2003b). Denní stacionáře. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.179–190). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2449-2

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J. (2009). *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.

Khalsa, S. B. (2007). Yoga as a therapeutic intervention. *Principles and practice of stress management*, 3, 449-462.

Knížová, R. (2020). Prožitek holotropního dýchání a umělecká tvorba. [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Koukolík, F. (2013). *Já.: O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum Press.

Kozák, J. A. (2020). Psychedelický rituál. In Tylš a kol. (2020). *Fenomén psychedelie*. Praha: Dybbuk. ISBN: 978-7438-226-0.

Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.208–215). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kudrle, S. (2005). Holotropní dýchání v terapii závislých. *Adiktologie*. (5), 2, 179-185.

Kudrle, S. (2006). Závislost jako spirituální učitel. *Nedatováno [cit. 11. 2. 2024]*. Dostupnost z: < <http://www.adiktologie.cz/download/645/Zavislostjako-spiritualniucitel-S.Kudrle.pdf>.

Kudrle, S. (2007). Holotropní dýchání. In Nevšimal, P. (Ed.). *Terapeutické komunity pro drogově závislé II. Česká praxe*. (s. 126-130). Praha: NLN. ISBN: 978-80-7106-937-9

Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. (s. 17–22). Praha: Grada Publishing.

Landaeta Farizo, F. (2022). The perceived impact of holotropic breathwork: An interpretive phenomenological analysis. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 41(1). <https://doi.org/10.24972/ijts.2022.41.1.51>

Leary, T., Metzner, R., Dass, R. (2000). *Psychedelie/Trilogie o halucinogenech*. Praha: Levné knihy. ISBN: 80-86425-97-5.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.165–172). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Ludwig, A. M. (1966). Altered states of consciousness. *Archives of general Psychiatry*, 15(3), 225-234. doi:10.1001/archpsyc.1966.01730150001001

Manné, J. (2004). *Conscious breathing: How shamanic breathwork can transform your life*. Berkeley: North Atlantic Books.

Maté, G. (2020). *V říši hladových duchů*. Praha: PeopleComm. ISBN 978-80-87917-62-6.

Mattuš, L. (2. dubna 2020). *Hyperventilace a jak ji využít*. Získáno 9. 2. 2021 z: <https://codeoflife.cz/telo/hyperventilace/>

Metcalf, B. A. (1995). Examining the effects of Holotropic Breathwork in the recovery from alcoholism and drug dependence. *Center for Transpersonal Studies & Development*.

Mioviský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.15–19). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Mioviský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MKN-10. (2017). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Motl, J. (2011). Kritická analýza konceptu psychospirituální krize. *Československá psychologie*. 55(6), 546-555.

National harm reduction coalition (listopad, 2023). *What is Harm Reduction? – Harm Reduction International*. Získáno 28. 2. 2024 z <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

Nedumpillil, M. L. P. R., Malarvizhi, M., & Neelakshi, G. (2014). *Effectiveness of holotropic breathwork on anxiety among patients with alcohol dependence syndrome admitted at selected deaddiction cum rehabilitation centre*. Doi:01.0401/ijaict.2014.02.19

Nepustil, P. (7. prosinec, 2020). *Závislost je zoufalá snaha zaplnit prázdnotu*. Respekt. <https://www.respekt.cz/externi-hlasy/zavislost-je-zoufala-snaha-zaplnt-prazdnotu>

Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.190–195). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Stickle, F., Pruitt, T. (1994). The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 8, No. 1, 24–28.

Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Garda.

Picciotto, G., Fox, J., & Neto, F. (2017). A phenomenology of spiritual bypass: Causes, consequences, and implications. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1–22. doi:10.1080/19349637.2017.1417756

Plháčková, A. (2005). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN: 80-200-1387-3.

Podané ruce, (říjen, 2023). *Společnost podané ruce spouští v Brně první program bezpečnější aplikace a prevence předávkování v České republice*. Získáno 29. 2. 2024 z: <https://podaneruce.cz/spolecnost-podane-ruce-spousti-v-brne-prvni-program-bezpecnejsi-aplikace-a-prevence-predavkovani-v-ceske-republice/>

Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. (s.221–228). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Psyon, (nedat.). *Ketaminem asistovaná terapie*. Získání 24. 3. 2024, získáno z: <https://www.psyon.cz/ketaminem-asistovana-terapie/>

Říčan, P. (2005). *Psychologie: Příručka pro studenty*. Praha: Portál.

Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-312-3.

Samková, D., Dolejš, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, 14(2), 158–166.

Sánchez-Quijano, F., Diana Ximena Puerta-Cortés, & Julio Eduardo Mazorco-Salas. (2023). Effects of Mindfulness and Holotropic Breathwork on the Rehabilitation of Adolescents Who Use Psychoactive Substances: A Pilot Study. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2557650/v1>

Skóra, M. N., Pattij, T., Beroun, A., Kogias, G., Mielenz, D., Taco de Vries, Radwanska, K., & Müller, C. P. (2020). Personality driven alcohol and drug abuse: New mechanisms revealed. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 116, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.023>

Snodgrass, S., Corcoran, L., & Jerry, P. (2023). Spirituality in Addiction Recovery: A Narrative Review. *Journal of Religion and Health*, 1-16.

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>

Taylor, K. (2001). SoulCollage™: An Art Process to Use with Breathwork. In Manné, J., *The Healing Breath a Journal of Breathwork Practice, Psychology and Spirituality*, 3, 28–38. Získáno 8. 11. 2020, z <https://catherinedowling.com/wp-content/uploads/2014/02/The-Healing-Breath-Vol-3-No-3.pdf>

Taylor, K. (2007). *Considering Holotropic Breathwork: Essays and Articles on the Sociological, Therapeutic and Spiritual Functions and Effects of the Grof Breathwork*. Hanford Mead Publishers. ISBN: 978-1-59275-007-8.

Vojtíšek, Z., Dušek, P., Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0088-8.

Vláda ČR (březen, 2023). *Česko trápí nadměrné pití alkoholu, nadužívání psychoaktivních léků a online hazard*. Vláda České republiky. Získáno 1. 4. 2024 z: <https://vlada.gov.cz/cz/ppov/zavislosti/media/cesko-trapi-nadmerne-piti-alkoholu--naduzivani-psychoaktivnich-leku-a-online-hazard-204760/>

Winkelman, M. J. (2021). The evolved psychology of psychedelic set and setting: Inferences regarding the roles of shamanism and entheogenic Ecopsychology. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.619890>

Zinnbauer, B. J., Pargament K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In: Paloutzian, R. F., Park, C. L. (Eds.), *Handbook of thy psychology of religion and spirituality*. New York: The Guildford Press, s. 21-42.

Přílohy

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Otázky polostrukturovaného rozhovoru
4. Přepis rozhovoru R4

Příloha 1 Abstrakt diplomové práce

Název práce: Využití holotropního dýchání jako terapeutické metody při léčbě závislostí

Autor práce: Bc. Renáta Knížová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 99 stran, 195 189 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt (800–1200 zn.):

Tato diplomová práce se zabývá možnostmi a úskalími využití holotropního dýchání v léčbě závislostí. Teoretická část práce se zaměřuje na vztah spirituality a rozšířených stavů vědomí k léčbě závislostí a poskytuje úvod do metody holotropního dýchání. Dále se dívá na komplexní povahu závislostí a významné propojení se spiritualitou v procesu léčby. Empirická část prezentuje výsledky kvalitativního výzkumu, který analyzuje zkušenosti facilitátorů HD a jejich pohled na tuto metodu jako nástroj pro léčbu závislostí. Provádíme polostrukturované interview se šesti respondenty (tři muži, tři ženy). Data jsou zpracovávána pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Závěry naznačují, že holotropní dýchání může být užitečným nástrojem v práci se závislými, avšak není vhodné považovat ho za samostatnou léčebnou metodu. Tento přístup se vyznačuje specifickými výhodami, které mohou být zvláště prospěšné právě pro klienty se závislostí. Spiritualita hraje klíčovou roli v procesu, jelikož je vnímána jako dimenze s výrazným léčebným potenciálem. Nicméně, existují i určitá rizika, která je potřeba reflektovat. Závislost je komplexní problém, který vyžaduje komplexní řešení.

Klíčová slova: holotropní dýchání, závislost, spiritualita, rozšířené stavy vědomí

Příloha 2 ABSTRACT OF THESIS

Title: Holotropic Breathwork as a therapeutic tool for treatment of addiction

Author: Bc. Renáta Knížová

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 99 pages, 195 189 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 93

Abstract (800–1200 characters):

This thesis explores the possibilities and challenges of using Holotropic Breathwork in addiction treatment. The theoretical part of the thesis focuses on the relationship between spirituality, altered states of consciousness, and addiction treatment, introducing the Holotropic Breathwork method. It further examines the complex nature of addiction and its significant connection to spirituality in the treatment process. The empirical part presents the results of qualitative research analyzing the experiences of Holotropic Breathwork facilitators and their perspectives on this method as a tool for addiction treatment. Semi-structured interviews were conducted with six participants (three men, three women), and data were processed using Interpretative Phenomenological Analysis. The conclusions suggest that Holotropic Breathwork can be a useful tool in working with individuals struggling with addiction; however, it should not be considered a standalone treatment method. This approach has specific advantages that may be particularly beneficial for clients with addiction. Spirituality plays a crucial role in the process, perceived as a dimension with significant healing potential. However, there are also certain risks that need to be considered. Addiction is a complex problem that requires a comprehensive solution.

Key words: Holotropic Breathwork, addiction, spirituality, altered states of consciousness

Příloha 3 Otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Sociodemografické údaje (pohlaví, věk, dokončené vzdělání)
2. Jak dlouho se věnujete práci v HD?
3. Jakou máte zkušenost s léčbou závislostí pomocí HD?
4. Jak terapie závislosti pomocí HD probíhá?
5. Jaká vnímáte pozitiva využití HD při léčbě závislostí?
6. Jaká naopak vnímáte negativa?
7. Jak vnímáte/jak rozumíte problematice závislosti?
8. Ukázal Vám tento proces jiný náhled na závislost?
9. Co jsou kontraindikace této metody při léčbě závislostí?
10. Jak tato metoda pomáhá klientům integrovat změny do jejich života?
11. S jakou klientelou se v rámci této terapie setkáváte? (věk, typ problému, první zkušenost s terapií...) a jaká je jejich nejčastější primární závislost?
 - a. jsou rozdílné přístupy pro léčbu různých závislostí? (alkohol, pervitin...)
 - b. jsou speciální programy (/sezení) pro závislé a lidi, kteří přichází a jinými problémy?
12. Co následuje po skončení prvního sezení?
13. Jakou roli hraje spiritualita v celém procesu?
14. Jak vy osobně jste zapojený*á do celého procesu?
15. Jaký je Váš postoj pro využívání HD jakožto nástroje pro léčbu závislostí?
16. Vnímáte nějaká omezení v kontextu nastavení naší společnosti?
17. Prostor pro doplnění, vhledy, co by mělo zaznít

Příloha 4 Přepis rozhovoru

I: Tak ještě jednou se teda zeptám, jestli je v pořádku, že to je teda nahrávaný. Budu to mít uchovaný vlastně po dobu mojí nějaký práce s těmi daty, a pak odprezentování té diplomky a bych ty věci smazala. Tak jo, první otázka se týká nějakých sociodemografických údajů, tak jestli se vás můžu zeptat na to, kolik je vám let a jaký máte dokončené vzdělání?

R: Hm tak mně je 43 let a mám vlastně nejvyšší dosažené vzdělání mám magisterské z psychologie, bakalářské mám ze sociální práce.

I: Děkuji a zeptám se ještě, jestli jste dělala jsi nějaký psychoterapeutický výcvik?

R: Hm jo mám dokončený pětiletý instep, institut ve skupinové terapii. To má takový jako gestalt teoretický vlastně rámec a jinak je to specifikovaný na skupinu. A pak mám grof transpersonal training, což je vlastně přímo v technice holotropního dýchání.

I: Děkuju, a jak dlouho se věnujete práci v holotropním dýchání?

R: No tak profesně od 2017, to jsem byla ještě ve výcviku, a to jsem působila vlastně dva a půl roku jsem byla jako ve výcviku, když jsem působila jako facilitátor v jednom centru. A vlastně od loňského roku v rámci nějaké návazné další jakoby vlastně práce pořádáme semináře. Vlastně s kolegyní, která je taky certifikovaná, nebo jsem se třeba přidala k nějakému evropskému týmu v tom loňském roce, takže to už. Teď teď mám vlastně po výcviku. Výcvik jsem dokončila letos. V březnu.

I: Hm takže 23?

R: No 23.

I: Tak jo. Tak další otázka je, jakou máte vlastní zkušenost s léčbou závislostí pomocí holotropní?

R: Vlastní zkušenost s léčbou závislostí. To nemám, jakože jsem závislosti takhle nikdy, jako nepotkala jsem se s tím, jako já osobně, jako co se týče práce s klienty. Tak teď jsme měli na semináři, no teď jsme měli na semináři, vlastně klientku, která několik měsíců abstínuje. Je vlastně, chodila taky na, chodí taky na svépomocnou skupinu lidí, kteří se zotavují ze závislosti na alkohol. Byla to vlastně podpůrná léčba pomocí antabusu, psychiatrická ambulantní léčba taky, nevím, jestli jenom antabus, nebo tam měla i nějaký antidepressiva. Já to zavřu.

I: Jo jo.

R: Jako přišla, přišla k nám na seminář holotropního dýchání a moc jí to zaujalo, že vlastně říkala, že jí moc jako nedala ta klasická verbální, individuální jako terapie, že třeba těžila jako víc z té svépomocné skupiny, ale vlastně chtěla to doplnit ještě něčím a hodně jí to sedlo ta technika, takže určitě si vybavuju tady tudle paní, pak ještě jednoho pána, který řešil nelátkovou závislost. A z těch dřívějších let, jako teď se mi nevybaví někdo konkrétně, ale určitě prostě. Třeba ve výcviku jsme v tom grof transpersonal training, tak jsme jako měli lidi, který, který vlastně se v minulosti potýkali se závislostí a ta technika jim s tím pomohla. Ono to dává logiku, protože. To vlastně. Ta technika je dobrá na práci s traumatem a závislost je jako vždycky spojeno s nějakým traumatem, takže a tím, jak je to tělově orientovaný, tak vlastně, to jako, dává mi to jako velkej smysl jo pro ty lidi. No takže to to to bych k tomu řekla.

I: Jo, takže vlastně máte, jako setkala jste se s tím, ale nějak se na to jako nespécializujete přímo tady.

R: Já bych se na to upřímně ráda specializovala, protože jako já jsem mnoho let pracovala vlastně se závislými a s uživateli drog a alkoholu, třeba pro podané ruce. Prošla jsem jako řadou služeb tam a já jsem se to v jedny organizaci, která taky byla jako zaměřená adiktologicky, snažila nabídnout tu techniku jako pro doléčování, to znamená pro lidi třeba po léčbě, kteří už docházeli na takový ambulantní doléčování, ale vlastně to jako bylo hrozně neprůstředný tím systémem jo že, že vlastně se ty organizace jako bály udělat takovejhle krok a nějakou takovou alternativu jako zavést, protože se jako bály vlastně, že by třeba z pohledu donátorů nebyly vnímány jako seriózní jo poskytovatelé profesi jo, jakože to holotropní dýchání má takový jako někdy prostě je tu mýtus samozřejmě jo, ale jakože určitý spektrum lidí si myslí, že to je jako ezo strašně a pak to vlastně. My jsme měli v té organizaci jo i ve vedení vlastně kolegyni, která sama měla zkušenosti s holotropním dýcháním a opakovaně, a přesto vlastně tomu nechtěli dát jako zelenou. No. Že se jako báli jo, já jako v těch 90 letech třeba to šlo, jestli nevím, jestli jste mluvila se Standou Kudrlem, tak ten by vám o tom řekl víc, jak vlastně normálně touhle technikou, že pracovali jako na tom závislostním oddělení pobytové léčby na psychiatrii a i vlastně v terapeutické komunitě. Do té jedné terapeutické komunity se to podařilo dostat, ale je to prostě bylo, jako myslím si, že ta doba tomu nahrávala mnohem víc, že, mnohem víc věci bylo jako možných v té době a i potom nějaký personální vazby. Jo že člověk asi musí mít fakt jako důvěru těch správných lidí. No takže to se třeba nepodařilo a jako to je zároveň ten sektor je tak úzký, že nějak více na to

jako specializovat jo, jako že já bych byla rozhodně pro a ráda ty lidi podpořím, ale nedá se ta praxe zúžit jenom na to, jako, to jako si myslím že není reálný jo.

I: Takže jako vnímáte nějaký prostě omezení jako v kontextu, tady našeho, jako naší společnosti jako český, český republice?

R: Myslím si, že prostě hodně odborníků na duševní zdraví jako psychologů psychiatrů tak vůbec není vzděláno dobře, co se týče techniky holotropního dýchání, že prostě mají vůči tomu hromadu předsudků, ale ty jsou úplně jako mimo. Jo, že si myslí, že to může prostě lidem spustit psychózu a nevím, co prostě. Nebo v případě třeba té indikace závislost, tak tak to v nich vyvolává jako takový dojem, že je to vytloukání klínu klínem jo, že jakoby jeden změněný stav vědomí se vymění za jiný změněný stav vědomí, což prostě, jako když tomu porozumíme víc, tak jako to zjistíme, že to tak není, ale těžko se to vysvětluje někdy lidem, kteří s tím nemají zkušenost a myslím si, že v tomhle jistou kontroverzi u těch konzervativních prostě profesionálů na duševní zdraví, jako musí třeba vzbuzovat ta ketaminem asistovaná psychoterapie, protože to v nich musí vyvolat jasně jako domněnku, že, no tak vytloukání klínu klínem. No tak a to je prostě o nedostatku jako zkušeností a knowhow. Takže je úžasný, že píšete na to práci, protože je prostě přesně tohle potřeba, aby se ty správné informace dostaly k lidem a já jsem se bohužel jako mnohokrát setkala, že když jsem se bavila s kolegy, jako vzdělanými psychology, psychiatry, tak buď se jako vůbec nezajímali o to, jako že k tomu zaujali takový jako neutrální nehodnotící postoj a absolutně o tom nechtěli nic jako slyšet, a nebo byli otevřeně jako odmítaví, aniž by o tom cokoli věděli. Takže...

I: Jo.

R: Ještě jsem si vzpomněla. Pardon, že vlastně v rámci grof transpersonal training, když jsem dělala ten výcvik, tak jeden z těch povinně volitelných modulů, co jsme si mohli vybrat, tak byl právě na téma závislost a vedla ho Christine Calvert, americká facilitátorka mladá jako žena. Facilitátorka taky vlastně holotropního dýchání a člověk s vlastní zkušeností závislosti na metamfetaminu jo, kdy vlastně taky ona byla takovým jako příkladem toho, jak jí ta technika jako pomohla vlastně pobožovat, pobožovat s tou vlastní závislostí a pak vlastně jako poté, co se z toho dostala, tak si udělala ten certifikát v holotropním dýchání a dneska vede prostě modul jo, vlastně na to téma to přebrala po Tavu Sparksovi, což byl jako vlastně jako ředitel, grof transpersonal training, on zesnul asi 3 roky to je a vlastně taky člověk, který bojoval jsi závislostmi na opiátech alkoholu a pak vlastně taky jako přičuchl nějak

k holotropní dýchání ještě se Stanem, se Stanem Grofem. Já jsem měl možnost zažít jo, zažít s ním nějaký modul. Prostě hodně hodně akcentoval jako tu tu spirituální a ty spirituální kořeny třeba ty závislosti.

I: Tak možná jestli zeptám rovnou tady na to, když jste o tom začala mluvit, protože to je vlastně taky. Jedna z těch otázek. Jakou roli vlastně hraje spiritualita v celém tom procesu?

R: No může jako může hrát jako velkou, jo. Ale ono to je. Mně to trochu jako zavádí k tomu, jako co je vlastně spiritualita, protože různý lidi si za tím vykládaj něco třeba úplně jiného, ale když se na to podívám, z hlediska že že by to mohl bejt nějaký prostě zájem o přesah, nějaká jakoby nenáboženská spiritualita. Jo jako vlastně trochu prostě dávání věcí jako do souvislostí jo, jako vlastně propojování. Propojování naší minulosti s tím, jak nás to ovlivňuje jo ta snaha vlastně nějaký věci jako překonat, takhle teda já rozumím tomu na té nenáboženské spiritualitě jo, vlastně jako takový je to spojený s nějakou jako sebereflexí vlastně, že jo nebo nějaký takový psychoterapeutickým pohledem vůbec na život a tak tak to si myslím, že tam je hodně jo, že akcentovaný, že ty lidi právě, kteří si vyberou, že tenhle způsob práce je pro ně jako ten pravej, tak vlastně, jako že jo dokážu reflektovat, jsou to chytrí lidi, že dokážou dokážou nahlížet jako na svoji minulost, na to jak jak je to formovalo, jak je to, jakým způsobem to ovlivňuje současnost, budoucnost. A ten zážitek jako přesahu toho vědomí, že jo, ty transpersonální jako prožitky nebo perinatální jako prožitky, které jsou vlastně tak jako intenzivní a zároveň jako nepopsatelný jo, můžu můžou hrát jako velkou roli v té úzdavě, můžou můžou ty lidi v tom procesu holotropním nebo i psychedelickým jo, teď třeba mám jako v péči individuální terapii klasický, mám v péči klientku, která je jako hodně jako vývojově traumatizovaná, taková jako křehká jo že v minulosti měla třeba to trochu problémy s jídlem, nebo tak jako obtížně dlouho hledala jako dobrý vztah k sobě a poslední třeba rok tak nabyla nějaké jako zkušenosti s psychedeliky jako po vlastní ose, tak jako různě s přáteli a tak a teď právě sdílela na posledním sezení její zkušenost jako s MDMA, kdy v takovém jako dobrým bezpečným, prostě jednoduchým settingu, plánovaně jako s nějakou přípravou tu látku užila společně jako s kamarádkou vlastně popisovala zážitek jako velkého sebezpřijetí, že bylo fakt evidentní, jak jako ten transpersonální zážitek prostě měl pro ni ten terapeutický prostě efekt, jo, tak podobně, taky z holotropního dýchání jako jo podobný vlastně zkušenosti si odnáší, tak tohle si myslím, že je něco, co prostě jako těžko nám. Těžko to bude nějak jo, jako, že některý věci jsou takový jako nenahraditelný, takový jako jedinečný jo že, že prostě ta práce s tím mimořádným stavem vědomí prostě může jako v tomhle nabídnout jako hodně moc,

zas má třeba nějaký jiný limity, že jo? Ale v tomhle může jako nabídnout hodně moc může hodně pomoci těm lidem se uzdravit. Jo, jakože konkrétně třeba najít jako dobrý vztah k sobě, myslím si, že s tím hodně lidí zápasí v té klasické terapii, že je to pro ně hrozně těžký se to naučit, naučit se mít rádi prostě zpracovat trauma vlastně, který je jako za tím, že v tomhle hraje, jako spousta v tomhle zkušenosti, aby fakt jako takových jako s mimořádným stavem vědomí takových jako přelomových, kdy to pak mělo prostě výrazný pozitivní vliv na ten život. No takže, to mě k tomu napadá. Já se té technice vlastně věnuju jako osobně, jakože jako technice holotropního dýchání vlastně 23 let mám zkušenosti s tím, že mě to fakt jako provází vlastně víc jak půlkou života už a je to vlastně nedílnou součástí jako mého životního stylu vlastně jo nějak s tím prostě furt jako pracovat na vlastní úrovni. To jinak nejde asi jako já neznám nikoho, kdo by to jo jako vlastně jako dělal, jakože dělal seminář holotropního dýchání pro lidi a zároveň to jako nežil vlastně.

I: No a myslíte si, že jakoby, může být třeba jenom jedna zkušenost už nějak jako hodně výrazná a nebo je prostě lepší to dělat jako opakovaně, nebo jak s tím vlastně jako pracovat.

R: Jako může být jedna zkušenost nějaká v tomhle jako průlomová a jo jako přinést nějaký efekt, ale samozřejmě třeba zrovna jo ta práce s tím traumatem vývojovým, to je prostě na leta, jo a je to jako cesta jo že ty lidi a ty lidi zkouší různé věci, že jo? Ty lidi jezdí na semináře holotropního dýchání, chodí prostě do terapie, z obojího si něco vezmou, zkouší třeba jiné věci ještě, takže samozřejmě jedna vložka jaro nedělá no. Jo že si to lidi i tak jako ořukávají tu techniku jo, že ta technika holotropního dýchání na rozdíl třeba od psychedelik je vlastně a jako nic proti psychedelikům nemám. Jo jakože s tím osobně mám spoustu dobrých zkušeností, ale i jako nějaký jako špatný. A že jo, tam se může s těmi psychedeliky mnohem jednodušeji stát, že to bude prostě zavalující, až třeba traumatizující tím, že se třeba nepohlídá dobře bezpečný rámec setting, set, jo a ta technika toho dýchání je taková jako elegantní jako bezpečná, jo že vlastně ten standard té kvality je tam jako daný tím, že je ten výcvik a že tím výcvikem fakt neprojde každý a je hodně sebezkušenostní ten výcvik. Takže ten standard té kvality je tam prostě zajištěnej a je tam jako šablona vlastně pro to, jak jak to dělat jako dobře, jo. A navíc ta práce s tím vnitřním léčitелеm pomocí toho dechu je fakt, jakože člověk musí opravdu. Mít jako důvěru to nějak jako odevzdat, odevzdat sebe v ten proces a pak vlastně to může být jako dost hluboký jo že mám nějaký zkušenosti s dýcháním holotropním, kdy to bylo mnohem intenzivnější než nějaký třeba psychedelický zkušenosti, jo že, jako mnohem víc jsem se jako do toho položila, opřela, vytěžila z toho. Protože tam byl prostě dobrý rámec a dobrá jako podpora pro ten proces. Jo dobrá třeba

facilitace, dobrý hudební set jo, ty všechno prostě každý detail hraje roli opravdu no, takže ale někdy lidi jdou po krůčcích jo, že přijedou na první dýchání si to tak jako ošahat, nestane se bůhví co jo jako tak pak přijedou na 2 a 3 na 4, pak třeba teprve se začnou dívat fakt jako věci jo, jak měli jsme ve výcviku kolegyni, no na jo ona vlastně nebyla ve výcviku ještě ale jezdila na ty moduly toho grof transperosnal training, protože tam je to tak, že vlastně tam může přijet jako kdokoli, jenom si třeba zadýchat, že vy se jako nezavazujete k tomu, že vstoupíte do toho výcviku rovnou, takže tam s náma byla třeba ona a jako pár nějakých modulech, tak vlastně si fakt jako roztočila taková jako spirála u ní jako tak takové změny opravdu velké, kdy zároveň vlastně to popisovala až jako psychospirituální krize. Jo, že to bylo prostě náročný intenzivní byla na nemocenské, říká jediný, co mi dávalo smysl po nějakou dobu, tak bylo jako holotropní dýchání. Jo že byla taková, jako je rozbitá vlastně, ale zároveň jako na cestě vlastně jako k tý úzdravě k tý celistvosti. Jo, že to bylo opravdu takovej prostě proces jako na tady byl. Tady prostě byl rámovanej jako mnoha mnoha dýcháním. Jo že předtím to řešila nějak psychofarmaky a což prostě řešila symptomy že, ty psychofarmaka řešily prostě symptomy. A pak si prostě vysadila psychofarmaka a začala dělat tady tohle a najednou se jako vyvalily všechny ty věci. Jo, že to byla jako. Najednou byla v tom terapeutickým prostě procesu náročným, no nevím, jak je na tom teď.

I: No já se možná zeptám, jak vlastně ta terapie závislosti pomocí holotropního dýchání probíhá.

R: Jo, jako já můžu říct, jak bych to jako dělala jo nebo jak prostě jistou paní, co se nám přihlásila, o které jsem mluvila, tak my jsme jako hodně se zajímali o to, jestli ona abstinguje jo jakože. Když je to technika, může být velmi nápomocná, ale musí ty lidi být v nějakých jako zotavovacích jako fází jo, že prostě není možný samozřejmě na ten seminář vzít jako na ten normální seminář s těma jo, jako normálníma lidma z ulice, tak vzít jako někoho, kdo je fakt jako vlastně v tom jako lítá jo v té závislosti nějak moc jo že, buď by to jako nefungovalo, nebo by to mohlo být třeba potažmo i nebezpečný, nebo by to mohlo ohrozit tu skupinu, nebo prostě bysme bysme nebyli schopní třeba v tom formátu té práce těch víkendových seminářů, vlastně nabídnout těm lidem, jako dostatečnou dostatečněj bezpečnej rámec, dostatečnou jako podporu vlastně pro to, co to jakoby otevře, co to jako vyvalí, takže. Takže ty lidi vlastně musí být nějak, jako nějak aspoň jako stabilní, vlastně samozřejmě nejsou úplně stabilní, že kdyby byli, tak nemají problém se závislostí, jo, ale. Takže jako tohle, no samozřejmě tam nelze vzít někoho odvykacím stavu jo, nebo marihuana může být jako problém jo, protože a nejenom jako jo, že pomínu, pomínu prostě to, že by

tam někdo přišel akutně intoxikovaný jo ale. Zažila jsem na dýchání, velký to byl velký dýchání tady v Čechách 100 lidí se Standou Grofem přijel tam pán, nebylo to jeho 1 holotropní dýchání, tak jako muž ve středních letech a měl opravdu problém na konci toho dýchání se jako vrátit do sebe. Jo, že byl takový jako disociovaný, a pak z něho, my jsme tam s ním pracovali pochopitelně, dokad' se prostě nevrátil, dokad' nedosedl jako zpátky, ale vlastně když jsme s ním mluvili, pak na tý matraci ještě právě v průběhu toho závěru tak z něho vylezlo, že vlastně jako pravidelně kouří konopí. A pravděpodobně to v té interakci prostě udělalo nějakou neplechu no, že si jako někdo hodně hulí, tak. No to asi taky nebude úplně dobrý výchozí bod jako na práci s touhle technikou.

I: Takže předpokládám, že teda tam probíhá, že jo nějakaj.

R: Screening, screening jako probíhá, kdy vlastně my s těmi lidmi mluvíme předtím seminářem, vyplňuji ty lidi zdravotní dotazník a fakt se jako ptáme prostě proč, že jo. Do toho chtějí, co si z toho chtějí odnýt a mluvíme s nima v tom dotazníku zdravotním jsou otázky, jestli, jestli máte nějakou psychiatrickou diagnózu, jestli jste byla někdy psychiatricky hospitalizovaná, jestli jste v nějaké terapii, jestli berete nějaké léky. Takže vlastně by se mělo na všechno jako přijít a ty lidi jsou, jako musím říct, že jako otevření jo, že, když prostě samozřejmě ten screening se musí dělat nějak, že jo prostě. Dobře jo, že nemůžu se ptát těch lidí, že jo před dalšíma lidma tak podobně, no prostě nějaký, nějaký dobrý jako postupy etický uplatnit samozřejmě.

I: S tím, že teda jo, to je teda tu paní normálně vzali mezi mezi ty jakoby.

R: Tady tuhle jo, protože vlastně to nebylo vůbec jakoby poznat, jakkoli by, kdybyste ji viděla, tak by vás nenapadlo si myslet, že má problémy s pitím, jako že úplně skvěle, prostě zapadla do té skupiny a taky v době, kdy jsme jí na ten seminář vzali, tak vlastně říkala, že jako dobrejch 5 měsíců nepije, že je vlastně na tom antabusu a nepije. Jo, ale třeba mám kamarádku, která kdysi jako byla závislá na heroinu mnoho let jako injekční uživatelka, zároveň prostě chytrá ženská strašně jo. A pak teda nějak se jí podařilo prostě milionpadesát léceb projít a přestat a dlouho, jako se držela, pak nějaká krize životní že prostě jak už to tak bývá, a začala pít. A vlastně chtěla hrozně moc jako zkusit, jo tenhle způsob práce jakože. Ale vlastně nebyla schopna přestat jo, že tam by třeba bylo řešení jako jít na detox a z toho detoxu vlastně, by se dalo jako jí takhle vzít.

I: Jo takže nevím jestli to tak jako shrnu, ale jako že jo akutní intoxikace tak to vůbec a ideální prostě, když ty lidi teda nějakým způsobem už nějakou dobu abstinují, nebo jak

přesně třeba to bylo na tom jako pan Stanislav Kudrle že jo jak pracoval, tak to měli přímo jako v rámci té léčebny tak, že tam ty lidi nějakou dobu prostě taky vlastně museli projít tím detoxem.

R: Hm no jasně, přesně tam to bylo taky tak, že ty lidi byli a prostě my musíme se na to vždycky dívat tak, jestli jako jsme schopní v rámci toho, co nabízíme, to znamená, když nabízíme nějaký jako víkendový seminář, a třeba výhoda je, že já jako můžu nabídnout tady tu psychotherapeutickou praxi ještě nebo kolegyně taky vlastně jo. A my se na to musíme dívat tak, že musíme jak být schopní zhodnotit, jestli toho konkrétního člověka máme šanci jako dobře podpořit, protože jako vzít ho na seminář, tam se něco otevře, prodýchá doslova jo a pak ho vlastně jako vyplivnout zpátky do toho světa bez jakékoliv jako opory, tak tak není úplně jako dobrý jako postup, že? Takže se musíme dívat na to touhle optikou, jestli vlastně máme šanci tohohle konkrétního člověka prostě podpořit jo. Teďka třeba přišla paní, to je vlastně další, teď si vybavuji, klientka sem jako do té mé praxe přišla paní, problémy s alkoholem jako teď vlastně teď opravdu jo. Měli jsme, vlastně měli jsme, měli jsme jako 3 sezení, jo a zatím jenom. Na první sezení přišla vlastně střízlivá jo mluvila o tom, nebo to tak aspoň vypadalo, a jo docela střízlivě, mluvila o tom, jak fakt jako pije, jak není schopná to prostě stopnout. Jak jako uvažoval nad nějakou hospitalizací psychiatrickou a přišla se tak jako poradit jo, na na 2 sezení přišla s velkým zpožděním úplně ožralá prostě, jsme tady seděli spolu krátce a byla to fakt taková jako krizová intervence a nějaký jako nastavování pravidel jak dál. Jo, že jsem jí řekla jako příště, když přijdete opilá, já vás nevezmu, jako nejde to. Dávala jsem jí kontakty na nějaký psychiatrický vlastně nemocnice. Tady po té druhé návštěvě si odskočila na detox asi na 3 týdny a pak přišla jako na 3 konzultaci, střízlivá, abstinující, motivovaná pracovat jako na sobě a začala se zajímat i o to holotropní dýchání. Tak jsem jí řekla, a tak k tomu jako mnoho, ale vlastně zároveň jsem vyhodnotila, že bysme jí prostě teď jako nevzali, jo, protože jsem jako nějak necítila, že by bylo ještě za tím ten správný čas, jo, že si říkám, ne, ona potřebuje trochu se prostě usadit po té hospitalizaci trochu se, do toho ještě řešila nějaký onkologický onemocnění, si říkám to jako teď rozhodně není dobrý čas na nějaký dýchání jo a třeba bude pozdějc, když to je fakt taky individuální.

I: No a možná se zeptám. Jakej by byl potom ten přístup vlastně k těm, nebo tak už jste vlastně říkala, že jakoby ty lidi teda normálně, jako že je běžný, nebo je v pohodě, vzít vlastně mezi normální lidi v uvozovkách, jo a ten přístup k nim je potom teda stejnej v rámci toho toho sezení nebo?

R: V rámci toho holotropního sezení? Jo jako naprosto vlastně jo, jako že jo tam všechno je na nich, že jakoby co budou chtít o sobě říct jo, s tou závislostí je spojený takový stigma že, takže, já si myslím, že to tam třeba vůbec nějak nezaznělo na tom kruhu tady od týhle paní, že by řekla, no já. No a možná si to blbě pamatuju, ale nevím o tom, že by o tom nějak mluvila, že vlastně jo nepije a tak, no to nevím a tam je potřeba fakt teda pohlídat víc, tak jsou prostě samozřejmě ty hranice co jako, co se týče ty podmínky jako ty střízlivosti. Jako že jo, to těm lidem. Jasně, prostě to vyžadovat, no. No samozřejmě, aby prostě jo, aby to nebylo tak, že ve středu se opijou a v pátek přijedou nebo tak nějak. Ale taky na to není nějaký jako muštr jo, že by museli já nevím, kolik dnů před tím abstinovat. Jako toto prostě není jako daný to.

I: Po tom, to je teda možná taková trochu fantazie, ale když vlastně vy jste říkala, že jste měla nějakou jako tendenci, že jo to zavést aj jako přímo, jenom pro tu skupinu těch závislých.

R: No do vlastně do sociální služby. Vlastně, že jo adiktologické.

I: Tak vlastně ty sezení by probíhaly jako stejně nebo jako s lidma z ulice. Nebo by to byl, mělo by to tam nějaký jako specifika v tom?

R: Jo myslím, že bysme normálně prostě udělali jo prostě dýchání, no jako dovedu si to představit, jo že by se udělalo pro malou skupinu. Takhle samozřejmě nebude pro všechny, že jo, to prostě spoustu lidí nebude vůbec chtít tímhle způsobem práce jako jít, ale. No jo dovedu si to představit, že by se prostě fakt udělal seminář holotropního dýchání specificky pro tu klientelu nějaké jako doléčovací prostě služby nebo v terapeutické komunitě jo, nebo právě v ambulantní doléčovací službě. A no je to škoda, no že vlastně, to ne to nejde to. No ale tak možná s tím udělá něco ten ketamin, kterej jo, tak si myslím, že se i na tu indikaci závislost prostě může vlastně nějak podat jo, já to taky takový paradox jo, protože ten ketamin podaný jakože jo kontrolovaně v rámci ketaminem asistované terapie může udělat tu stejnou službu. Může fakt to mít ten terapeutický prostě efekt, ale z toho jako ten ketamin na černém trhu jo se jako že jo, taky zneužívá a seděla tady minulý týden nebo kdy, klientka, která má hraniční poruchu osobnosti a různé drogy jako užívá vlastně a zrovna s tím ketaminem právě vlastně popisovala takovej abúzus, no co do sebe prostě sype pravidelně, tak dobře, to samozřejmě pak už nedělá. Že, on je trochu návykovej. A to bysme se dostali jinam, pardon.

I: V pohodě. A ještě se možná tady k tomu zeptám jenom, jestli by bylo třeba rozdílný nějak jakoby přístup pro ty různé druhy jako závislosti, když by to byl člověk s alkoholismem nebo nevím je to furt stejné.

R: To je úplně jedno. Jako to to je furt pořád ten stejnej vzorec, vlastně jo.

I: A tak jo, jaký vnímáte pozitiva využití holotropního dýchání při léčbě závislosti?

R: No že že to právě jako nabízí tu možnost toho přesahu toho vědomí, protože. Jako to je něco, co co co ty přírodní národy jako dělají, jo, vlastně mají různé, že jo techniky jak těch mimořádných stavů vědomí jako dosahovat a je to součástí těch jejich kultur, že jo ty rituály s ayahuascou, tanec slunce, potní chýše různé prostě deprivace smyslový, vision quest jo, jako vlastně je to tak jako přirozený, tady tohle dělat a ta naše kultura to jako nějak vlastně jakoby nezná jo že prostě. Takže pak možná právě někteří to mají potřebu sytit nějak jinak, těma návykovými látkami, co ale není jo vlastně ta cesta. Takže, takže v tomhle to může být jo že. Já mám třeba kamaráda, který to je taky zajímavěj jako týpek, jo já. Já myslím, že jemu bude už třeba k tý padesátce a on jako příležitostně užívá psychedelické látky jako LSD, houby, MDM si myslím taky občas. A při tom ale v minulosti měl problémy jako s pitím a vlastně úplně přestal pít. Jo, jako abstinuje, ale příležitostně užívá tady tyhle látky, který mu jako nedělaj nějaký problém v tom životě, normálně funguje, chodí do práce, stará se o rodinu. Jo našel si tady tuhle cestu.

I: A vidíte tam nějaký negativa? Jakoby při využití toho holotropního dýchání jako v rámci té nějaké terapie ty závislosti.

R: No jako může to, může to být intenzivní, pak třeba jo že. To těm lidem prostě otevře ty věci a teď vlastně fakt jako potřebujou dobrou podporu. Proto jako na těch věcech jako pracovat jo, že když se to prostě neudělá dobře, tak to může mít vlastně jako horší jako důsledky negativní, než když člověk zpacká nějaký verbální terapeutický sezení. Jo že je extrémně důležitý, aby ty holotropní procesy jako končily dobře, aby si ty lidi cítili dobře, aby prostě jo jakože, tak zažili jsme taky nějaký náročný situace, kdy to prostě jo jakože, narazilo to třeba na na křehkost těch lidí a tak nějak se to jako projevilo i v průběhu toho holotropního procesu jo, že ten ten bodywork třeba úplně nesedl. Jo a pak jsme to museli hodně jako vlastně zpracovávat v terapii. Ale vlastně to byla příležitost skvělá, že to jo, jakože dobře to dopadlo, tak klientka tak prostě zpracovala, uvědomila si jako spoustu věcí díky tomu, jako že vlastně na tom narostla dost. No ale bylo to jako náročný, no. Takže jo jo potřebujou ty lidi jako dobrou podporu, no proto. Jo nebo ta kolegyně, co jezdila s náma

na ty moduly, jakože ještě nebyla v tom výcviku, ale jezdila s náma na ty moduly, tak ona vlastně, ona nevypadala vlastně vůbec dobře jo, po těch jako několika modulech holotropní dýchání, jako na první pohled, kdyby to někdo hodnotil tak řekne, no vidíte, začala holotropně dýchat a je úplně prostě v crashi, ale prostě to nastartovalo ten terapeutický proces jo, jakože to jako ta terapie, když lidi chodí, že jo, tak to taky není easy a taky je to, že jo si ty lidi prohrabávají jo těma věcma bolavýma a taky prostě, ale tohle dovede být jako vlastně ještě intenzivnější, takže je potřeba na to myslet no a jako dívat se, na kolik ty lidi jsou schopní to utáhnout no, ustát.

I: No to se možná ještě zeptám, jestli je to vlastně jako pro všechny?

R: Určitě to není, no pro všechny. Určitě tak určitě takový ty jako neopominu ty somatické kontraindikace, které jsou známý, nebo jestli mám o nich mluvit, tak řekněte jo, dobře.

I: Jo jo mám to tady taky jako jednu otázku, jaký jsou kontraindikace.

R: No no tak, ale ty psychiatrický kontraindikace tam jsou taky jo, vlastně jakoby psychóza nějaká v anamnéze, bipolární afektivní porucha s těma manickýma jako fázema v anamnéze, potom takový jako lidi, co mají poruchy osobnosti nějaký těžší, tak tam samozřejmě se musíme dívat právě na to, jestli jestli když oni si tam něco otevřou, jestli mají šanci v rámci jejich života toho, jak mají, jak jsou zazdrojovaný, tak jestli mají šanci to pak unést, takže to tak jako posuzovat individuálně. Jo, že to není nikde napsaný, že by tohle byla kontraindikace jako nějaký poruchy osobnosti, protože to má taky spousta lidí vlastně jo, nebo jsou na nějakým prostě spektru, jo. A myslím si, že to může třeba pomoci hodně lidem, který jsou třeba hodně nějak jo jako traumatizovaní, nestabilní, ale jako musí tam být, musí to být nějak dobře, taky dávkovaný a s tou podporou no. No takže. A plus teda ty akutní intoxikace jsou taky jako jo jako kontraindikace vlastně a z těch somatických, tak určitě těhotenství a jakýkoliv nějaký větší problémy se srdcem, že jo, infarkt prodělaný, cévní mozková příhoda. No tady ty různý prostě arytmie aneurisma a vysoký krevní tlak. No potom taky prostě glaukom, epilepsie nedávné nějaké operace, úrazy. Tak to to jako není dobrý.

I: Ještě mě tak jako napadlo, jestli v rámci. Jako třeba já nevím, jak to teďka úplně pojmenovat, ale jako třeba intelektově, jestli jsou tam některý, jako jestli z toho vlastně ty lidi, dokážou pak třeba jako vytěžit tolik, i když jako jsou dejme tomu v tom jako podprůměru?

R: Já nevím, jestli úplně až tak z intelektem to spojovat, i když do nějaké míry by se to tak dalo vysvětlit. Ale jo jo, vlastně jo. Může to být jako nějakým způsobem destruktivní pro lidi, který vlastně nemají vůbec žádnou jako sebereflexi a vlastně za za ty svý potíže celou dobu obviňují akorát jako okolí jo, že tam je hodně takové té jako projekce a vlastně hodně takové a la poruchy osobnosti právě jo, že lidi, který nedokážou právě, my tomu říkáme pohybovat si vertikálně, což jako tím myslíme jako vlastně mít tu sebereflexi a trochu si jako uvědomovat, že moje chování, může souviset s mojí historií, jo a že tam může být nějaká souvislost nějaký kontext vlastně, což možná jo, pak kdo má ten vyšší intelekt, tak jako že jo, k tomu prostě dojde sám, jo k tomu pohybu vertikálně jo a takže jo, to teď pro tyhle lidi to může bejt jako fakt destruktivní, který za všechno může okolí a oni prostě jsou jenom ty jako victims, jenom ty oběti, no.

I: A ještě mě vlastně napadá, že. Ono to je hmm, že právě možná ty lidi, kterým by se to jako hodilo, nebo který by to potřebovali třeba v rámci těch závislostí, tak se k tomu ani nemusí dostat, protože to pro ně prostě jakože o tom třeba ani neví. A vlastně kdyby se ta možnost přesně jak jako dala do těch jako nějakých center nebo v rámci těch ambulancí, kdy vlastně no že že by to bylo no že vlastně tady to je, že podle mě to o tom ví jako dost specifická jako skupina lidí, která už se o to začne zajímat, takže je to a má i ty prostředky, že jo nějaký, protože...

R: No určitě no. Právě má i ty prostředky jo a to si myslím, že je velkej argument, protože jako ty adiktologický klienti prostě jsou na mizině. Jsou fakt jako na mizině, jo, zvlášť ti gambleři, jo. Prostě mají obrovský, prostě dluhy a nemůžou si třeba dovolit vůbec nějakou takovou péči, jo.

I: Jo tak mám teď otázku, jak vlastně vnímáte, nebo jak rozumíte problematice závislostí?

R: No tak vlastně že to je nějaký důsledek jako traumatu vlastně. No kdy ty lidi, jako že jo, někdy to má takovou tu, že to je taková ta sebe medikace jo, že že tím prostě je to takovej adaptační mechanismus, vlastně jo, že ta závislost jo je jim nějak se rozvinula, protože to by vlastně pomohla jako přežít ty hrůzy, který v sobě mají díky tomu díky tomu traumatu jo, že prostě vlastně je potřeba řešit to trauma, aby se z toho vysekali. No a právě proto je ta technika tak dobrá na to, protože vlastně na tuhle, na práci s traumatem je jako jak dělaná vlastně. Ještě ještě jako osloví vlastně tu spirituální složku, kterou si ty lidi nemusí ani uvědomovat. Ale někde někde tu touhu potom přesahu prostě někde, jako máme. Jo akorát to řešíme pak blbýma jako látkama, alkoholem, marihuanou prostě kokainem a vším

možným. No takže. Jo to je taky zajímavý jo, že vlastně zakladatel anonymních alkoholiků, jak se jmenoval, Bill, tak vlastně postuloval těch 12 kroků, jak že jo dali dohromady prostě 12 krokový program, kterej je vlastně taky spirituální hodně a on to dal do kupy poté co si dal LSD. A zažil vlastně jako zážitek velkého přesahu vědomí s dobrou zkušenost, udělal vlastně a na základě tohodle se rozhodl přestat pít a postulovat těch 12 kroků jako.

I: Ukázal vám vlastně ten nebo... Já to řeknu, jak to tady mám napsaný, jestli tam ukázal ten proces vlastně toho holotropního dýchání, třeba jinej náhled na tu závislost, nebo jak jste jako došla k tady tomu jako no vašemu pohledu na to.

R: Jak jsem došla k mýmu, pohledu na to. No já nevím teda jako já. Ještě jednou jak to bylo ta otázka?

I: Jo, jestli vlastně třeba ten proces holotropního dýchání vám dal nějaký jako jinej náhled na tu závislost, nebo jak jakoby, jaký byl, jaká byla vaše jako cesta k tomuhle tomu vašemu jako pohledu na tu závislost.

R: Já nevím, já nevím, tak já jsem taky jako v mládí jo tak jako experimentovala s nějakýma psychedelikama vlastně. Jo že to nebylo, vždy nutně jako úplně v tom nejlepším settingu, takže jo, jako něco jsem nějak jako hledala vlastně jo v těch letech třeba 20 plus, a pak jsem se, a zároveň jsem brzo začala jako pracovat v těch adiktologických službách. Jo že? Jsem pak jako viděla lidi, který opravdu prostě byli závislí jo na na něčem. Hmm, takže ono se to tak jako všechny všechny ty výcviky ty lidi, který jako potkáte na té cestě, třeba Christina Grofová, jo moc hezký vlastně jsou, že na webu ty rozhovory s ní, kde jakou mluví o tom, že vlastně to byla žízeň po celistvosti, jo, že vlastně ten člověk v tý závislosti je takovej jako že jo, není celistvej jo je nějak jo, což je to spojený s tím traumatem zase vlastně, že v jejím případě taky, že jo bylo trauma prostě za za tou její závislostí, takže to je taková kombinace nějaké jako vlastní zkušenosti a cesty k tě k celistvosti. A takovýho jako tápání a hledání, když mě bylo jako 18 až já nevím kolik jo, kdy prostě jako jsem hledala někde taky já sama. Trošku vlastně dělala nějaký jako zkušenosti s psychedeliky, který ne vždycky byly dobrý prostě a pak ta práce, že jo, vlastně člověk potkává ty lidi na ty cestě tu Kristýnu grafovou, tu Kristýnu calvert, o který jsem mluvila jo, nebo toho Standu Kudrle. No prostě vás inspirujou ty lidi, ty klienti vás inspirujou, když jako potkáte na ayahuaskový ceremonii, kde jedete jako účastník, tam potkáte jiného účastníka, kterej prostě mluví o tom jako hrozně pil a vlastně teď jezdí tady na ty ceremonie a to mu dává smysl nebo tak.

I: Tak jo děkuju, ještě tady mám pár otázek, jak tahle metoda vlastně může pomoci těm klientům integrovat změny do jejich života?

R: Jak ta metoda může pomoci lidem integrovat změny do jejich života, no hlavně jako jim může pomoci být jako otevřený vůči změnám, protože vlastně se závislostí je hodně spojená taková rigidita, to znamená jako strach vlastně z té změny, a že jo jakoby ty výzkumy třeba s těmi psychedeliky to ukazují, že to vlastně mění tu osobnostní dimenzi otevřenost vůči nové zkušenosti, co to je jakože něco, co se dá změřit pomocí toho NEO-PSI dotazník. A ty lidi prostě. Ta rigidita, že jo je menší, ta neuroplasticita, prostě je větší, jo víc jsou schopní ty změny udělat, takže především myslím takhle, že to otevře, že to otevře vás to tady tyhle prostě způsoby práce.

I: Protože oni vlastně tou závislostí, jakoby se snaží nějak držet ten život v nějakém jako rámci nebo kontextu, jestli tomu správně rozumím.

R: No jakože, no no no no.

I: Nějak to vlastně, aby se ta jakoby neměnilo, protože teď je mi dobře tady v tom stavu.

R: No no. No jasně, že jo? Vy si prostě dáte jako heroin, kterej prostě udělá ten stav té euforie a toho že cítíte klid a mír a neřešíte jako že jo ty věci prostě, který řešit, máte jako utečete, že vlastně utečete někam od sebe a žijete to trauma furt jako prohlubujete to trauma, nasedá na to pak sekundární trauma spojené s tou závislostí. Jo když to no.

I: Jako utíkáme od těch problémů víceméně a nesnažím se jít jako po těch příčinách.

R: No no jo že prostě jste natolik jako traumatizovaná, že se jako nedá fungovat jako v té střízlivosti, že jo. A musíte to teda prostě krmit nějakou látkou jako nebo nelátkovou závislostí a že jo, to má tu formu jako toho v uvozovkách adaptačního mechanismu jo, že nějak to v rámci státu quo jako vám umožňuje přežít, že ale není to samozřejmě život je to. Že jo, kdežto ta práce s tím mimořádným stavem vědomí, prostě ty dobře jako dobře, vlastně užitý psychedelika jo by mohli jako že jo, jako otevřít toho člověka prostě, otevři ty dveře prostě, a pak samozřejmě je potřeba ty změny dělat, že jo, to je ta integrace jo, že pak jsou samozřejmě ty lidi žejo, který furt jezdí na nějaký ceremonie. A furt do sebe sypou nějaký jako psychedelika a změna žádná jo, že to je pak druhý extrém jo, takovej jako bypass vlastně a s těmi psychedeliky se to děje mnohem mnohem víc, než v tom holotropním dýchání prostě to není tak jednoduchý to bypassnout jo.

I: Vlastně asi to holotropní dýchání nemůže stát samo o sobě jako pro tu léčbu. Ještě by tam mělo jako něco k tomu být jako nějaká individuální terapie, nebo skupinová.

R: No, no jasně, jasně. Že jo, to je teďka stejný jak s tou ibogou jo, že iboga že nějak se že jo uplatňuje v léčbě závislosti, ale taky jo bez té návazné nějaké jako práce na na sobě, tak to jako nebude mít kdo ví jaký efekt.

I: Jasný, já se zeptám ještě jak vy osobně jste vlastně zapojená do celého toho procesu jako ten facilitátor.

R: Máte zkušenost s dýcháním? Jak jsem zapojená já jako facilitátor do holotropního procesu. No tak my to nevedem že jo ten proces, my ho jenom facilitujeme, takže my vlastně vytváříme bezpečný rámec, proto, aby se ty lidi cítili dobře a aby mohli dovolit svému vnitřnímu léčiteli vlastně jako pracovat. To je všechno, co děláme, pak jenom vlastně podporujeme, podporujeme ten proces formou toho body worku, třeba té práce s tělem ale ono hraje roli už jenom třeba to, jak ty lidi jako přivítáte. Jak uděláte jako teoretický úvod do té techniky, jestli jim prostě uvaříte večeři, jestli se jako na ně usmějete, nebo ne. Jo, jakože tohle dělá vlastně hrozně moc to je, když to vytváří takzvaně tu dobrou dělohu, vlastně jo pro to, aby ty lidi fakt jako si to pak dovolili do toho jít a odevzdali se jo, že jako zažila jsem prostě jako účastník dýchání, kde vlastně jsem to necítila, ten bezpečný rámec a vlastně mě to fakt nepustilo. Vlastně jsem jako v podstatě se nikam nedostala. Jakože navenek to možná vypadalo, že se něco děje, ale vnitřně jako jsem si říkala, ty jo, vyhozený peníze prostě. Že fakt jako není jednoduchý to udělat dobře a hraje roli prostě hodně, musí ty lidi samozřejmě jako mít důvěru k vám. Že s tím se třeba pojí i to, že jako dělat to v jednom člověku jako vlastně není dobrý. Jo ten výcvik na to akcentuje jo, že to říkali, nedělejte to sami jako sami facilitátoři. Prostě ten proces má 3 fáze jako příprava, proces integrace a vlastně všechny ty 3 části jsou stejně důležité. To je právě někdy problém těch psychedelik, že lidi jako nějak zapomínají na tu přípravu na tu integraci.

I: Že se to jenom stane. A my.

R: Jenom stane no a pak se. Pak proto se to potom tak komplikuje někdy, s těmi psychedeliky.

I: Pak ještě tady to je taky taková otázka hodně jako technická spíš, ale co vlastně následuje po skončení toho prvního sezení?

R: Tak my to děláme tak, že vlastně první kolo dýchání je v sobotu dopoledne, pak je vlastně teda oběd po skončení, teda hned jsou dýchači malovat mandalu. Pak máme společný oběd,

pak je odpočinek třeba hodina a půl a pak je odpoledne druhé kolo dýchání, takže takhle to funguje no.

I: A vlastně vždycky je to jako stejný pro všechny, i když jsou tam lidi, co už to zažili i když jsou poprvý.

R: Jo jo jo, když i když tam přijedou lidi, který už to slyšeli mnohokrát, tak vlastně stejně si vždycky předtím úplným začátkem v pátek navečer jako vlastně děláme ten teoretický úvod do té techniky, který třeba trvá 2 hodiny klidně, jo že a samozřejmě kolečko.

I: Jo tak jo. No jaký je váš postoj pro využití toho holotropního dýchání jako toho nástroje pro léčbu závislostí?

R: No tak já myslím, že to jsme řekli, jistě, bylo by to super, kdyby se to dostalo více do mainstreamu. No kdyby se to fakt třeba nabídlo nějak i té klientele, která prostě nemá ty prostředky jezdit na nějaké semináře takhle po vlastní ose. Myslím, že by to bylo fakt jako úžasný no, třeba v těch léčebnách jo. No ale jestli to bude ještě pravda, to si fakt netroufám říct. To by člověk musel narazit jako na nějaký osvědčený lidi, na tom správném místě prostě.

I: Jo to je to je to. Jsem si vlastně ptala na to, jestli vnímáte nějaké to omezení jako vlastně u nás, ale protože vím, že jsme se s někým bavili a vlastně jako v tom zahraničí, to je docela jako běžný, jako to holotropní dýchání využívat jako v rámci té léčby těch závislostí, tak. Někdo mi říkal, že v Americe, že má jako nějaký známí, kteří s tím takhle pracují, ale jakoby nevím, jestli je to třeba, teda rozdíl takhle, jako že u nás jako v té české republice je to tady prostě takový....

R: Jestli se to v té Americe děje, tak zas na nějaký private jako hodně jako no že že jo, jakože.

I: Jakože to taky není.

R: Jo jako v Praze je třeba nějaký soukromý prostě centrum jo na léčbu závislostí, kde vím, že prostě zkouší nějaký trochu věci, jiný jako mindfulness a třeba by měli jo zájem tam, no můžem jim to zkusit jako nabídnout. No jo, ale v tom klasickém prostě. To může být někdy problém jako i v kombinaci s těma psychofarmaka to skloubit. No jakože jakože dýchají lidi jo třeba s antidepresivy, to se jako dá, ale taky to je trochu, jakože to jde v něčem trochu proti sobě, protože ty antidepresiva prostě osekají ty emoce že a my vlastně s těma emocema tam pracujem, ale jako jde to dýchat na antidepresivech.

I: No mě teď to ve mně taky rezonuje. Úplně si říkám, co by se dalo udělat jako. No jakože, kde je vlastně ten problém? Jestli je to fakt jenom v nějakým tom našem. A nebo prostě, že

ty lidi jsou, že se toho bojí, že je to prostě, jako je to kontroverzní, že jo? Pořád jako já to vnímám i jako asi ve škole trošku.

R: A tam to začíná, že vlastně už jako těm studentům psychologie se jako vlastně buď se o tom jako nemluví a nebo se o tom jako mluví, jakože ezo blábol.

I: No je to takový. Jo vlastně mi přijde, že jsme se o tom bavili tak jako, spíš v tom, jako že se to děje, ale vlastně jsme to moc jako, rozhodně tomu nebyla věnovaná jako velká, velká, jako část toho, co co by se o tom dalo říct. A přijde mi, že tam máš spíš takovou negativní konotaci pořád.

R: No prostě ten Standa Grof je jako takovej nedoceněnej, no přitom vlastně, že my jsme taková jako česká republika, my jsme taková jako holotropní velmoc jo že, když člověk mluví s kolegy z Evropy, tak zdaleka se neděje tolik akcí holotropních jo, ale teďka prostě jsou evidentně jako trendy ty psychedelika. A vlastně se toho začínají chytat různý subjekty i tak jako byznysově. A myslím si, že to bude vlastně paradoxně mít větší zelenou než toho dýchání jo v rámci systému.

I: Jo, tak uvidíme no.

R: A přitom je to to stejný vlastně jo. Jakože to stojí jo, no těch stejnejch principech práce, nebo prostě je to nějak trendy víc no. Třeba podaný ruce, jako že jo chystají psychedeliky, ketaminem asistovanou psychoterapii jo. Budou to nabízet nějak jo, klientům svým, nevím, za jakých podmínek jo, ale holotropní dýchání prostě nabízet nechtějí. Zatím teda.

I: Teď jo a poslední věc tady mám spíš jenom takovej prostor pro doplnění, vhledy, něco, co by mělo zaznít a neřekli jsme si to tady.

R: Nic mě nenapadá. No, jako možná k tomu studiu jo, jako pregraduálnímu, že by bylo vlastně fakt fajn, kdyby to tam někdo jako vnášel to téma té transpersonální psychologie jinak než ve dvou větách a s despektem vlastně no.

I: Tak jo, tak to je takhle za mě asi všechno můžu všechno, já moc děkuju.

R: Jo super, já moc přeju ať se. To vydaří.

I: Děkuji, děkuji.