

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**TERAPEUTICKÝ A OSOBNOSTNĚ RŮSTOVÝ
POTENCIÁL HOLOTROPNÍHO DÝCHANÍ**

**THERAPEUTIC AND PERSONALITY
GROWTH POTENTIAL OF HOLOTROPIC
BREATHING**



Magisterská diplomová práce

Autor: Petr Krol
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou prací na téma: „Terapeutický a osobní růstový potenciál holotropního dýchání“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Martinu Kupkovi, PhD. za odborné vedení této diplomové práce, cenné poznámky, a také možnost zabývat se právě tímto tématem. Děkuji účastníkům výzkumu, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout, a v neposlední řadě děkuji svým rodičům za obrovskou podporu a hluboké porozumění.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 VÝCHODISKA A PARADIGMATA..... | 9 |
| 1.1 TRANSPERSONÁLNÍ PARADIGMA | 10 |
| 1.2 HISTORICKÉ PRECEDENTY – KOŘENY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ.... | 10 |
| 1.3 HOLOTROPNÍ DÝCHANÍ JAKOŽTO SOUČÁST TRANSPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE | 12 |
| 2 ZMĚNĚNÉ STAVY VĚDOMÍ..... | 13 |
| 2.1 SPÁNEK, SNY A HYPNAGOGICKÉ PŘEDSTAVY..... | 14 |
| 2.1.1 SNY | 15 |
| 2.1.2 HYPNAGOGICKÉ PŘEDSTAVY | 16 |
| 2.2 LUCIDNÍ SNĚNÍ | 16 |
| 2.3 HYPNÓZA | 18 |
| 2.4 PSYCHEDELICKÉ LÁTKY | 20 |
| 2.5 LSD..... | 20 |
| 2.6 PSILOCYBINOVÉ HOUBY | 22 |
| 2.7 MEDITACE..... | 23 |
| 2.8 ZÁŽITKY BLÍZKÉ SMRTI – KLINICKÁ SMRT | 25 |
| 3 ZÁKLADNÍ SLOŽKY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ | 27 |
| 3.1 LÉČIVÁ SÍLA DECHU | 27 |
| 3.2 LÉČIVÝ POTENCIÁL HUDBY | 28 |
| 3.3 CÍLENÁ PRÁCE S TĚLEM – BODYWORK..... | 29 |
| 3.4 PODPŮRNÝ TĚLESNÝ KONTAKT..... | 30 |
| 3.5 KRESBA MANDAL A SDÍLENÍ ZÁŽITKŮ VE SKUPINĚ | 31 |
| 4 HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V PRAXI..... | 32 |
| 4.1 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ SEZENÍ..... | 32 |
| 4.2 VYTVOŘENÍ PROSTŘEDÍ | 33 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.3 | TEORETICKÁ PŘÍPRAVA ÚČASTNÍKŮ | 34 |
| 4.4 | TĚLESNÉ A EMOČNÍ KONTRAINDIKACE | 34 |
| 4.5 | PŘÍPRAVA NA VLASTNÍ PROCES HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ..... | 35 |
| 4.6 | ÚLOHA FACILITÁTORA | 36 |
| 4.7 | ROLE SITTERA..... | 37 |
| 4.8 | HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V ČR A ZAHRANIČÍ | 37 |
| 4.9 | KRITIKA HD | 38 |
| 5 | TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ | 40 |
| 5.1 | ÚČINKY NA SOMATICKÉ PORUCHY | 41 |
| 5.2 | VLIV NA FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI, SVĚTONÁZORU A ŽIVOTNÍ STRATEGIE..... | 42 |
| 6 | ÚVODNÍ POZNÁMKY KE KVALITATIVNÍMU PŘÍSTUPU V PSYCHOLOGII | 45 |
| 7 | VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 46 |
| 8 | POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD..... | 47 |
| 8.1 | ZVOLENÝ TYP VÝZKUMU..... | 47 |
| 8.2 | VÝZKUMNÝ SOUBOR A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT | 48 |
| 8.3 | METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT | 49 |
| 8.4 | METODY KONTROLY A ZVYŠOVÁNÍ VALIDITY | 50 |
| 8.4 | ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ..... | 51 |
| 9 | VÝSLEDKY | 51 |
| 9.1 | PARTICIPANT Č. 1..... | 51 |
| 9.2 | PARTICIPANT Č. 2..... | 54 |
| 9.3 | PARTICIPANT Č. 3..... | 58 |
| 9.4 | PARTICIPANT Č. 4..... | 61 |
| 9.5 | SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VŠECH PARTICIPANTŮ..... | 63 |
| 10 | DISKUZE | 65 |
| 11 | ZÁVĚR..... | 70 |

| | |
|--|----|
| SOUHRN | 71 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY | 75 |
| ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE | |
| PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE | |

ÚVOD

„Člověk, jenž se vrací zpět bránou ve zdi, už nikdy nebude člověkem, který vyšel ven.“

Aldous Huxley

Holotropní dýchání, metoda vytvořena manželi Grofovými, se vyznačuje pozoruhodnými terapeutickými účinky. Tato technika však není v centru pozornosti psychologů, psychoterapeutů či jiných odborníků zabývajících se duševním aspektem lidského bytí. Z toho plyne, nebo bychom možná naopak mohli říci, že je to důsledek nedostatečného probádání tohoto tématu. Studií léčebného potenciálu, které by nebyly v režii tvůrců této techniky, není mnoho. Sjednocená relevantní teorie v rámci publikované literatury je taktéž převážně dílem samotného Grofa.

Jistým limitem ve výzkumu holotropního dýchání (dále také HD) je podle mnoha odborníků způsob, jakým lze potřebná data získat nejefektivněji, a to kvalitativním pojetím. Nicméně holotropní dýchání nepředstavuje žádný nadpřirozený, podivný, zvláštní či dokonce nezkoumatelný jev. Jedná se o velmi jednoduchou a pragmatickou aktivitu, jejíž vykonávání vede k pozorovatelným výsledkům. Terapie západní psychologie se většinou omezuje výhradně na studium patologických jevů. Manželé Grofovi nám však předkládají nový náhled na problematiku psychopatologie a nabízejí do značné míry propracovanou a ucelenou vizi. Tato vize, zahrnující nejen duševní zdraví, ale i potenciál lidského růstu přesahujícímu rámec tradiční psychologie. Prostředkem k tomuto růstu je právě holotropní dýchání, celek tvořený složkami dechu, hudby, práce s tělem, podpůrným tělesným kontaktem a v neposlední řadě sdílením a vyjádřením zážitků prostřednictvím kresebné tvorby. Naše motivace a zájem o toto téma plynou z hlubokého zaujetí možnou pozitivní osobnostní transformací, která je přirozeným vyústěním buď jednotlivého prožitku holotropních stavů, nebo v lepším případě delší praxí holotropního dýchání.

Cílem práce je tedy prozkoumat, jak vnímají lidé, kteří měli možnost projít procesem holotropního dýchání, potenciál této metody z hlediska proměny jejich osobnosti, vnímání a postoje k okolí i k nim samotným. Také se pokusíme zjistit, zda, případně jakým způsobem se změnil život účastníků v každodenní náplni vzhledem k vykonávaným činnostem. Budu velice rád a upřímně si přeji, aby tato práce vnesla nové světlo do problematiky holotropního dýchání v terapeutickém kontextu formování osobnosti. Jedním ze zdrojů teoretické části je postupová práce na téma *„Terapeutické a osobní růstové možnosti změněných stavů vědomí“*, na kterou se tímto navazují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝCHODISKA A PARADIGMATA

Pojem paradigma poprvé použil Thomas Samuel Kuhn ve své nejznámější monografii *Struktura vědeckých revolucí* (1962). Pojednává zde postupně o tématech tzv. normální vědy, procesu vzniku vědeckých teorií a vědeckých revolucích. Jde o vytvoření tradice vědeckého výzkumu podle určitého modelu, který zahrnuje specifické zákony, teorie či příklady a konkrétní aplikace.

Jak uvádí Nakonečný (1998), psychologie je věda velmi nejednotná, a je tedy označována za *preparadigmatickou* vědu. Znamená to, že ke svému paradigmatu ještě nedospěla. Fakta, která nejsou v souladu s paradigmatem dané vědy, nazývá Kuhn „anomáliemi“ a soudí, že takové „anomálie“, dojde-li k jejich nakupení, mohou vést k již zmíněným „vědeckým revolucím“. Psychologie ale přece jenom má jakési paradigma a taky své „anomálie“, vystupující zejména v transpersonální psychologii, což je směr, jehož nástrojem je právě holotropní dýchání. Proto není v psychologii vyloučena „revoluce“, která by vedla k zásadní revizi jejího dosavadního paradigmatu. Paradigma současné psychologie, na kterém se ovšem všechny psychologické směry neshodují, ale které přece jen vyjadřuje podstatné znaky psychiky. Podstatu předmětu psychologie a její metodologie lze podle Nakonečného (1998, 84) formulovat takto: „Psychické reakce (R) jsou funkcí situace (S) a osobnosti (O)“.

Podívejme se na paradigma psychologie z jiného úhlu pohledu. Současná klinická psychologie, stejně jako současná medicína, přijímá již třetí desetiletí nové lékařské paradigma – Engelův (1977) *biopsychosociální* model člověka. Tento pohled na člověka předpokládá, že všechny tělesné a psychické nemoci v sobě zahrnují biologické, psychologické a sociální prvky, kterým musíme věnovat pozornost, chceme-li, aby náš zásah byl účinný a vedl k cílovému stavu zdraví. Baštecká a Goldman (2001), kteří se této tématice věnují, se však podivují, že ačkoli odborný časopis *Journal of Transpersonal Psychology*, jež začal vycházet v roce 1969, a tudíž byla témata hledání smyslu a sebepřesahu známa, Engel svůj model o duchovní či spirituální složku nerozšířil. Udělal to až William Glasser (in Boffey, 1993), který ve svém novějším pojetí předpokládá, že stejně jako k přežití potřebujeme uspokojit biologické potřeby, potřebujeme naplňovat i potřeby, které souhrnně nazývá duševně duchovními. Tento model, který funguje v souvislostech systémů těla, osobnosti, vztahů a již zmíněného ducha se nazývá biopsychosociálně-spirituální.

1.1 TRANSPERSONÁLNÍ PARADIGMA

Za zakladatele soudobé transpersonální psychologie můžeme zcela jistě pokládat Stanislava Grofa. Tento americký psychiatr českého původu propracoval svůj směr natolik, že vytvořil a představil světu samostatné paradigma, do něhož zapadají všechny jevy, které jsou v rámci transpersonální psychologie popisovány. Toto paradigma se nazývá, jak jinak, taktéž transpersonální. Abychom pochopili, jakým způsobem je metoda holotropního dýchání zakotvena v obecných teoriích, musíme si nejprve udělat exkurz do tohoto transpersonálního paradigmatu.

Grof (1993) uvádí, že pro pochopení transpersonální oblasti, musíme opustit své dosavadní poznatky a přesvědčení, a začít tedy uvažovat zcela novým způsobem. Toto nové uvažování se týká ústředního pojmu, kterým je vědomí. Podle něj je závěr, že je vědomí něco, co se utváří uvnitř lidského mozku, předem učiněný. Nicméně pokud nahlédneme za hranice našeho přesvědčení, začneme uvažovat nad tím, že vědomí existuje mimo nás a vlastně není ani vázáno na hmotu. Tzv. transpersonální vědomí je spíše nekonečné než konečné, sahá tedy vlastně i za hranice času a prostoru.

Jak uvádí Plháková (2004, 55), „*existence vědomí je jedním z nejobtížnějších vědeckých problémů. Nic neznáme tak důvěrně jako vědomou zkušenost, ale nic není obtížnější vysvětlit*“. Výzkum vědomí a změněných stavů vědomí hraje ústřední roli nejen v transpersonální psychologii. Je tudíž pozoruhodné, že s diskuzí o otázce, co vědomí je, se setkáváme zřídka (Walsh, Vaughnová, 2011).

1.2 HISTORICKÉ PRECEDENTY – KOŘENY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ

Holotropní dýchání představuje jeden z nejnovějších příspěvků do pokladnice hlubinné psychologie, což je disciplína, kterou na počátku dvacátého století založil rakouský neurolog Sigmund Freud. Freudův přínos rozvoji moderní psychologie a psychiatrii je vskutku revoluční. Podařilo se mu vysvětlit existenci nevědomí a popsat jeho dynamiku, rozvinout techniku výkladu snů, identifikovat psychologické mechanismy působící v genezi psychických neuróz a psychosomatických poruch, objevit význam dětské sexuality, rozpoznat fenomén přenosu, vyvinout metodu volných asociací a nastínit základní principy psychoterapie.

Freud (in Grof, Grofová, 2011) se obklopil skupinou vysoce talentovaných myslitelů, někteří z nich však založili vlastní psychoterapeutické školy. Patří mezi ně např. Adler,

Rank, Reich nebo Jung. Některé z těchto škol se v poslední době staly natolik populárními a vlivnými, že nyní představují významný alternativní přístup k tradiční psychoterapii a mnohé myšlenky jejich zakladatelů byly začleněny i do teorie nebo praxe holotropního dýchání.

V polovině dvacátého století dominovaly hlavnímu proudu psychologie dvě školy. Behaviorismus, který je velkým směrem americké psychologie a Freudova psychoanalýza, která je základem pro mnoho dalších psychodynamických teorií (Plháková, 2004).

Americký psycholog Abraham Maslow však s náhledy této „první a druhé síly“ v psychologii, jak tyto proudy sám nazýval, nebyl spokojen. Vytvořil proto „třetí sílu“, humanistickou psychologii, která se vrací k introspektivní metodě a jejím základním konceptem je seberealizace či sebeaktualizace. Spolu s Anthony Sutichem vytvořili nové postupy směřující od výlučně verbálních strategií tradiční psychoterapie („terapie mluvením“) k přímému vyjádření emocí (Grof, Grofová, 2011).

Jako blesk z čistého nebe přišel objev Alberta Hoffmana, když náhodou odhalil psychedelické účinky diethylamidu kyseliny lysergové čili LSD-25. První pokusy s touto látkou odhalily, že zdroje emočních a psychosomatických poruch nelze omezovat výhradně na traumatické vzpomínky z období novorozeneckého věku a dětství, což je hlavním předpokladem tradiční psychiatrie. Podle Grofa (2011), kořeny těchto poruch sahají do mnohem hlubších vrstev psyché – do její perinatální a transpersonální oblasti.

Výsledky pozorování získané v šedesátých letech dvacátého století z výzkumů neobvyklých stavů vědomí – z analýzy zážitků z psychedelických sezení a Maslowových studií spontánních mystických zážitků („vrcholných zážitků“) zcela zásadně změnilo obraz lidské psyché a daly psychologii rozhodující podnět k radikálně nové orientaci. Maslowův vlastní výzkum „vrcholných zážitků“ (peak experiences), využívání psychedelických látek pro terapeutické účely, obrovská vlna zájmu o východní duchovní filozofie, různé mystické tradice a meditační techniky výrazně přispěly ke skutečnosti, že dosavadní koncepční rámec psychologie se stal neudržitelným. V roce 1967 proto skupina intelektuálů, jejímiž členy byli Abraham Maslow, Anthony Sutich, Stanislav Grof, James Fadiman, Miles Vich a Sonya Marguliesová vytvořila novou disciplínu nazvanou transpersonální psychologie. Kalifornský Institut transpersonální psychologie v Palo Altu funguje více než tři desetiletí, jako vzdělávací, výzkumné a terapeutické centrum uplatňující poznatky z transpersonální psychologie (Grof, Grofová, 2011).

1.3 HOLOTROPNÍ DÝCHANÍ JAKOŽTO SOUČÁST TRANSPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Vybíral a Roubal (2010) ve své Současné psychoterapii uvádějí, že v další části knihy najde čtenář informace o expresivních terapiích, o satiterapii a o některých okrajových způsobech a technikách práce (např. rodinné konstelace a holotropní dýchání). Sedm kritérií pseudovědy podle McNallyho (2003):

1. Nadměrné užívání *ad hoc* (tedy situačních) hypotéz tak, aby autoři unikali před jejich vyvrácením;
2. důraz na potvrzení spíše než vyvrácení;
3. scházející sebekorigování;
4. obrácené „důkazní břemeno“ – rétorika typu: „*Dokažte nám, že nepomáháme!*“;
5. přehnané spoléhání na svědectví a neoficiální důkazy;
6. obskurní jazyk;
7. scházející propojenost s ostatními disciplínami.

United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP), ve volném překladu Britská rada pro psychoterapii akceptuje transpersonální terapii (Transpersonal Psychotherapy) jako samostatný psychoterapeutický směr.

Vybíral a Roubal uvádějí příklady nebezpečných přístupů, mezi nimiž figurují i techniky znovuprožití porodu (rebirthing). Podle nich zastánci této metody považují porod za určitou traumatickou událost, kterou je třeba znovuprožít. Jednou z technik, která vede k tomuto prožitku je prohloubené dýchání. Kritika tohoto přístupu spočívá v serióznosti, která může jen těžko spojená se zamlženou terminologií, nedokazatelnými koncepty (buněčná paměť) či použitím riskantní techniky (riziko panické ataky při hyperventilaci). Uvědomme si však, že tento přístup je značně analogický procesu holotropního dýchání. Vybíral a Roubal (2010, 610) sice dodávají, že: „*Většina psychoterapeutů u nás ho (holotropní dýchání) však patrně nezařadí mezi nebezpečné přístupy. Práce se změněnými stavy vědomí by si zasloužovala delší a zasvěcený komentář*“. Je sice záslužné, že autoři uvedli pravděpodobný postoj většiny psychoterapeutů k holotropnímu dýchání, nicméně delší a zasvěcený komentář v jejich díle nenajdeme. Toto je prakticky jediná zmínka o této technice.

Mnohem více prostoru dostává tato psychoterapeutická metoda v monografii Základy psychoterapie S. Kratochvíla (2006), kde je jí věnována samostatná kapitola.

Jedním z hlavních teoretických předpokladů terapeutického potenciálu holotropního dýchání je léčivý potenciál holotropních stavů, jež byl potvrzen moderním výzkumem vědomí a terapeutickými experimenty prováděnými ve druhé polovině dvacátého století.

Holotropní dýchání ve své teorii a praxi kombinuje a slučuje různé prvky hlubinné psychologie, moderního výzkumu vědomí, transpersonální psychologie, východních duchovních filozofií a domorodých léčebných metod.

Ve své podstatě se výrazně liší od tradičních forem psychoterapie, jako je například psychoanalýza a další z ní odvozené psychoterapeutické školy, které se opírají především o verbální prostředky. Faktem zůstává, že sdílí určité charakteristiky s prožitkovými terapiemi humanistické psychologie, jako jsou například gestalt terapie nebo různé neoreichiánské metody, kladoucí důraz na přímé vyjádření emocí a práci s tělem. Avšak jedinečný aspekt holotropního dýchání spočívá v tom, že využívá léčivého potenciálu, který je neobvyklým stavům vědomí vlastní (Grof, Grofová, 2011).

2 ZMĚNĚNÉ STAVY VĚDOMÍ

Plháková (2004, 55) uvádí, že „*existence vědomí je jedním z nejobtížnějších vědeckých problémů. Nic neznáme tak důvěrně jako vědomou zkušenost, ale nic není obtížnější vysvětlit*“. Výzkum vědomí a změněných stavů vědomí hraje ústřední roli nejen v transpersonální psychologii. Je tudíž pozoruhodné, že s diskuzí o otázce, co vědomí je, se setkáváme zřídka (Walsh, Vaughnová, 2011).

Velkou část svého života trávíme v bdělém stavu vědomí. V tomto stavu si plně uvědomujeme svou existenci. Podle Karla Balcara (1991) je to v naší kultuře nejrespektovanější stav, což se projevuje i tím, že bývá spojován s adjektivem normální.

Mnohé stavy vědomí, které se liší od normálního bdělého stavu, jsou pokládány za poruchové a podle obecného mínění vyžadují zásah lékaře či přímo psychiatra. Patří k nim delirantní stavy provázející somatická onemocnění nebo stavy, při nichž se člověk špatně orientuje v čase a prostoru. Také pokud je narušena jeho osobní identita nebo jej obtěžují halucinace či bludy. Balcar (1991) však uvádí, že existují také mentální stavy, které se výrazně liší od normálního bdělého vědomí, ale přitom nemusí být nutně patologické a právě těmto mimořádným stavům vědomí i s jejich léčebným potenciálem se budeme v následující kapitole věnovat.

Změněné či mimořádné stavy vědomí zredukoval Grof (2000) na holotropní stavy¹. Jsou typické pro typické pro spektrum zážitků v procesu holotropního dýchání. Do této skupiny lze zařadit všechny změněné stavy vědomí snad s výjimkou spánku a hypnózy. Terapeutický a osobní růstový potenciál spánku či hypnózy však není menší než u ostatních mimořádných stavů, a proto budou v této práci zmíněny také. Dalšími stavy, kterým zde bude věnován prostor, jsou snění včetně hypnagogických představ, lucidní snění, meditace, stavy vyvolané psychedelickými látkami, zážitky blízké smrti. V návaznosti na tyto podkapitoly se budeme věnovat důležitým aspektům holotropního dýchání (Hyhlík, Nakonečný, 1973).

2.1 SPÁNEK, SNY A HYPNAGOGICKÉ PŘEDSTAVY

„Spánek je přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména aktivity motorického a senzorického systému. Dochází k jakémusi „odpojení“ mozku a psychického dění od vnější reality“ (Plháková, 2004, 87).

Jak popisuje Hartl, Hartlová (2000), spánek má význam především pro učení, paměť a schopnost soustředění a jeho nedostatek snižuje duševní schopnosti. Intenzita a časová charakteristika rytmického kolísání bdělosti je individuálně odlišná. I proces spánku podléhá během svého průběhu změnám, ale vyznačuje se stálými formacemi, a proto ho můžeme rozdělit do jednotlivých stádií (Orel, Facová, 2009).

Jednotlivá stadia spánku byla popsána především v souvislosti se změnami elektrické aktivity mozku. V roce 1953 Kleitman a jeho student Aserinsky (in Plháková, 2003) publikovali svůj významný objev rychlých pohybů očních (rapid eye movements - REM's) a současně vyslovili domněnku o jejich souvislosti se sněním. Probouzení osob v různých stádiích spánku se stalo významnou metodou zkoumání výskytu a trvání snů.

¹ Během holotropních stavů dochází ke kvalitativní, velmi hluboké a fundamentální změně vědomí, které však není hrubě porušeno, jako je tomu u zmiňovaných organických psychóz nebo triviálních delirií. Prožíváme jiné rozměry bytí, které mohou být velmi intenzivní až zaplavující, jsme však současně schopni se plně orientovat v časoprostoru a neztrácíme zcela kontakt s běžnou skutečností. Holotropní stavy jsou charakteristické dramatickými změnami vnímání ve všech smyslových oblastech. S holotropními stavy se pojí široké spektrum emocí, a lze konstatovat, že z hlediska své povahy a intenzity zdaleka přesahují rámec běžných zážitků. Obvykle zahrnují celou škálu pocitů od extatického vytržení, nebeského blaha a „míru přesahujícího veškeré chápání“ až po epizody propastné hrůzy, vražedného hněvu, naprostého zoufalství, nepředstavitelné viny či jiných forem citového utrpení. V extrémní podobě se tyto emoční stavy shodují s popisy rajských či nebeských oblastí nebo pekel popsanych v posvátných textech významných světových náboženství (Grof, 2000).

Jedinec prochází čtyřmi spánkovými stádii:

1. stadium - usínání (hypnagogické) je přechodným údobím mezi bděním a spánkem. Při probuzení jsou lidé přesvědčeni, že ještě nespali.
2. stadium - lehký spánek. V této fázi dochází k výraznému snížení svalového napětí.
3. stadium - hluboký spánek. Indikátorem hlubokého spánku jsou delta-vlny zobrazené na EEG.
4. stadium - hluboký spánek. Převládají delta-vlny, které tvoří více jak 50 % záznamu. Pokračuje pokles srdeční a dechové frekvence, prohlubuje se svalová relaxace a chybí oční pohyby (Sternberg in Plháková, 2004, 90, 91).

Po skončení čtvrtého stadia se jedinec znovu vrací do stadií III., II., přičemž celý úvodní cyklus postupného prohlubování a následného změlčování spánku trvá přibližně 90 minut, někdy déle. Teprve po jeho skončení nastává první etapa rychlých pohybů očních (REM's). Někteří badatelé tuto etapu považují za páté stadium spánku, jiní ji označují prostě jako REM-spánek a všechna ostatní stadia jako non-REM-spánek (NREM). Na počátku REM fáze začne spící člověk těžce a nepravidelně dýchat. Srdeční frekvence spícího se zvyšuje na hodnoty odpovídající bdělému stavu. Oči se pod víčky koordinovaně a poměrně rychle pohybují zleva doprava. Probudit spícího člověka v REM-fázi je obtížnější než v ostatních spánkových stádiích. Dochází k dalšímu úbytku svalového napětí, což je jasně patrné v uvolněném obličejí spícího. V REM-fázi jsme v podstatě svalově ochrnuti; ušetřen je pouze srdeční sval, bránice, okohybné svaly a hladká svalovina (Fernand in Plháková, 2004).

Spánek nelze považovat za stav úplné tělesné i psychické pasivity, jelikož v něm probíhají různé druhy mentálních aktivit, především snění.

2.1.1 SNY

Snění je stav změněného vědomí, při kterém se obrazy uchovávané v paměti a fantazie dočasně mísí s událostmi vnější reality (Atkinson et al., 2003). Snové představy (nejčastěji zrakové, méně často sluchové) bývají tak živé, že je spící není schopen odlišit od smyslových vjemů. V průběhu snění bývá tedy často, ne však vždy, narušeno testování reality (Plháková, 2004). Jak popisuje Hartl, Hartlová (2000), sny obsahují denní rezidua, útržky zážitků z bdění a jejich dramatičnost vzrůstá v ranních hodinách. Výsledky výzkumů potvrdily, že trvání snu v podstatě koresponduje s tím, kolik času by snové aktivity zabraly v bdělém stavu (Plháková, 2004). Sny mívají výrazné emoční zabarvení, a

to mnohdy spíše negativní, zejména úzkostné. Podle referencí některých terapeutů bývá obsah snů jejich pacientů ovlivněn teoretickým rámcem dané psychoterapie. Například klientům psychoanalytika se zdají sny nabitě sexuální symbolikou, zatímco klienti jungiánů produkují velké archetypální snové obrazy. Tento fenomén se zatím nepodařilo plně objasnit.

2.1.2 HYPNAGOGICKÉ PŘEDSTAVY

„Hypnagogické představy, označované také jako pseudohalucinace, se někdy spontánně vynořují v prvním stadiu spánku, ve stavu dřímoty“ (Vondráček a Holub in Plháková, 2004, 94).

Bývají též označovány jako hypnagogické halucinace, což jsou podle Hartla, Hartlové (2000) halucinace, které se někdy dostaví při zavřených očích v období před usnutím. Rozdíl mezi sny a hypnagogickými vizemi je především v kvalitě a v době výskytu, protože sny se vynořují v REM-fázi spánku. Podle Plhákové (2004) se o hypnagogických představách někdy hovoří jako o myšlení, které se podobá snu. Tyto živé představy přetavují racionalitu, abstrakci, formální myšlenky a logické vztahy do názorných obrazů s konkrétními náměty. Je popsána řada případů, kdy člověk ve stavu lehké dřímoty nebo brzy ráno po probuzení dospěl k řešení nějakého obtížného vědeckého problému. Zdá se tedy, že psychické stavy na hranici mezi spánkem a bděním podporují tvořivé myšlení.

2.2 LUCIDNÍ SNĚNÍ

Zajímavou skupinu snů představují takové sny, ve kterých si uvědomujeme, že sníme čili sny lucidní. Stephen LaBerge (2007), pionýr v oblasti lucidního snění navíc popisuje možnosti, jak tyto sny „ovládat“. Pokud tedy prožíváme lucidní sen, nejen, že si uvědomujeme existenci v daném snu, ale dokonce máme volbu, co bude předmětem naší další činnosti. Z hlediska kognitivních funkcí se v lucidních snech liší jak kvalita naší paměti, tak i uvažování či síla vůle. Podoba, jakou na sebe berou lucidní sny, je určována také duševním stavem snícího, nicméně existují různé stupně lucidity a pravděpodobně pouze zkušení lucidně snící dokáží fungovat na úrovni srovnatelné s jejich maximálními duševními výkony, které předvádějí během bdění. Mimo duševní stav určují pozoruhodnou mírou konkrétní podobu lucidního snu také očekávání a předpoklady. Navíc můžeme předpokládat, že ve snovém světě hrají předpoklady a očekávání ještě významnější roli než v tom bdělém, jelikož ve snu neexistují omezení např. ve formě fyzikálních zákonů.

Činnosti prováděné lucidně snícími se pohybují ve stejném spektru - od jednoduchých k složitějším - v jakém se pohybují, když jsme vzhůru. Zkušený lucidně snící má přinejmenším tolik prostoru pro svobodné rozhodování jako v bdění.

Nejstarší zmínka o lucidním snění coby osvojitelné dovednosti se objevuje v tibetském rukopise z 8. století „Jóga snového stavu“, kde se zmiňuje několik metod sloužících k navození lucidních snů. Jedna se zde zmiňovaných technik nazvaná „pochopení skrze sílu rozhodnutí“ zahrnuje dva úkoly. Prvním úkolem je udržovat jistou mentální otevřenost a přemýšlet nad bdělou zkušeností, jako by to byl sen. Lucidní snění zřídka přichází, pokud o to sami neusilujeme, a proto je druhým úkolem „pevné rozhodnutí rozpoznat stav snění“. Podle této techniky je úmysl základním stavebním kamenem jakéhokoli snažení o vyvolání lucidních snů.

Člověk a věda se od 8. století značně posunuli a vznikla řada moderních technik a přístupů. Německý psycholog Paul Tholey (in LaBerge, 2007) popsal několik technik k navození lucidity a tím nejúčinnějším způsobem je podle něj vybudovat si „kriticko-reflektivní přístup“ k momentálnímu stavu vědomí, a to každodenním dotazováním se sama sebe, zda spíme či bdíme. Zdůrazňuje pokládání této otázky, jak často je to jen možné. S pomocí této metody má podle Tholeyho zprávy většina lidí první lucidní sen během měsíce a někteří dokonce uspějí už první noc. Další techniky, které jistě stojí za zmínku, jsou metoda WILD a MILD (www.luciddreaming.wz.cz).

Metoda WILD čili lucidní sny iniciované z bdělého stavu (Wake initiated lucid dreams) probíhá tak, že osoba vchází do snu přímo z bdělého stavu, bez nutnosti procházet jednotlivé fáze spánku a bez ztráty bdělosti. Bývá také označována jako technika udržení vědomí během usínání. Nejideálnější dobou pro tuto metodu je zjevně brzo ráno či odpoledne, protože v těchto dobách je velká pravděpodobnost přechodu z bdělého stavu přímo do fáze REM. LaBerge objevil při svém výzkumu jednoduchou techniku k udržení vědomé pozornosti během přechodu mezi bděním a spánkem. Její podstatou je během usínání s jistou dávkou ostražitosti počítat „jedna, jsem ve snu, dvě, jsem ve snu“ atd. Výsledkem je, že si dotyčný v určitém okamžiku - kupříkladu „čtyřicet osm, jsem ve snu“ - najednou uvědomí, že už skutečně je ve snu. Důležitým faktorem ovlivňujícím výsledek použití této techniky je načasování, které již bylo zmíněno u metody WILD ().

MILD neboli mnemotechnická indukce lucidních snů (z angl. mnemotechnic induction of lucid dreams) je založená na naší schopnosti vybavit si, že jsme si předsevzali provádět nějakou činnost. Jde zde o to, vytvořit si v mysli most mezi tím, co chceme

provádět, a okolnostmi, za kterých to provádět chceme. Tento most lze velmi účinně podepřít mnemotechnickou pomůckou v podobě představování si sama sebe při činnosti, kterou si chceme zapamatovat.

Všechny rozličné techniky určené ke vstupu do snů z bdělého stavu, které byly popsány, fungují na stejném základě: člověk leží v posteli, hluboce uvolněný, ale přesto ostražitý, a provádí opakující se nebo plynulou duševní činnost a zaměřuje na ni pozornost. Prováděním této činnosti udržuje své vnitřní ohnisko pozornosti, a tím i své bdělé vědomí, zatímco unavená dřímající vnější pozornost postupně bledne, až nakonec zcela vyprchá při usnutí. Jde v podstatě o to nechat tělo usnout, zatímco je mysl udržována stále bdělá. Existuje další a pro většinu lidí mnohem jednodušší cesta, jak získat ve snu luciditu: dobře se se svými sny obeznámit, naučit se, co je na nich snového, a jednoduše mít v úmyslu poznat, že jde o sny, až se budou odehrávat (LaBerge, 2007).

Výzkum tohoto stavu vědomí si vyžaduje moderní techniku, nicméně pár laboratoří se tomuto úkolu věnuje. Jednou z nich je i Centrum pro výzkum spánku Stanfordovy university, kde se v současné době LaBerge a jeho tým zabývá výzkumným programem ve třech hlavních oblastech, jejichž cíle jsou následující:

- hlouběji prozkoumat fenomenologii a fyziologii lucidního snění,
- zdokonalit metody navozování, upevnění a využití lucidních snů,
- zkoumáním vztahu mezi subjektivně prožívanými snovými událostmi a odpovídajícími objektivně měřenými fyziologickými procesy nadále mapovat psychofyziologické souvislosti REM spánku.

2.3 HYPNÓZA

Hypnóza není typickým mimořádným stavem vědomí, nicméně z hlediska terapie má v současné psychologii a psychiatrii nezastupitelné místo. Nemohl jsem si dovolit tento obdivuhodný stav vědomí ve své práci opomenout.

K hlavním charakteristikám hypnózy patří:

- zvýšená sugestibilita,
- selektivní vztah závislosti k hypnotizérovi,
- změněný stav vědomí, který umožňuje pohlcení sugerovanými zážitky a prožívání změn vnímání, myšlení, emocí, chování a paměti jako subjektivně reálných a mimovolných.

Za podstatnou dimenzi, ve které lze hypnózu chápat, považuje Kratochvíl (1999) mimo zvýšené sugestibility, vztahu k hypnotizérovi a změněného stavu vědomí, i zvláštní schopnost, kterou označuje jako hypnabilita.

Hypnabilita je schopnost pohroužit se do hypnózy. Většinou se chápe jako kontinuální vlastnost, kterou lze měřit psychometrickými nebo klinickými škálami. Základní hypnabilita je určena maximální hloubkou hypnózy, do níž se jedinec může pohroužit za optimálních podmínek. V dospělosti je značně stabilním samostatným osobnostním rysem (Kratochvíl, 1999).

Zvýšená sugestibilita znamená, že hypnotizovaná osoba je připravena přebírat tvrzení hypnotizéra a přeměňovat je bez kritického zvažování v příslušné prožitky, přesvědčení nebo automatické jednání. Vztah k hypnotizérovi, označovaný jako rapport, je výběrové spojení, v němž podněty vycházející od hypnotizéra nabývají pro subjekt podstatný význam, a spontánní reaktivita na jiné podněty se snižuje (Kratochvíl, 1999).

Poznávací složka může být v hypnóze pozměněna tak, že dochází ke zkreslenému vnímání i hodnocení. Orne (in Kratochvíl, 1999) v tom vidí jádro hypnotického stavu: Hypnóza je stav, v němž jsou osoby schopny reagovat na příslušné sugescie zkreslením percepce a paměti, ale změny v chování pro něj podstatné nejsou.

Řídící činnost je spojena s „já“, které si uvědomuje sebe jako iniciátora, plánovatele i vykonavatele činností. Má složku plánovací a výkonnou a složku kontrolující. V obou může v hypnóze dojít ke změně, protože plán jednání určuje hypnotizér, navíc subjekt obvykle sám nezačíná nové jednání (Kratochvíl, 1999).

Z hlediska kontroly se běžné setkáme s tím, že hypnotizovaná osoba neztrácí vzhled do skutečných poměrů, a to jak v lehké, tak hluboké hypnóze. I když osoba prožívá halucinace, na okraji svého vědomí ví, jaká je skutečnost. Nutno dodat, že běžný realistický kognitivní rámec se v hypnotickém vědomí vytrácí, neztrácí se však zcela – ustupuje do pozadí, ale v pozadí funguje (Kratochvíl, 1999).

Hypnóza může léčebně působit buď sama o sobě, anebo tím, že zvyšuje účinnost různých psychoterapeutických metod. Léčebná účinnost prostého navození hypnotického stavu je značně omezená. Působí jen krátkodobé uklidnění vlivem průvodní svalové a psychické relaxace. Tento účinek je možno zvýšit opakováním a prodloužováním doby trvání relaxovaného stavu nebo opakováním navozováním hypnotického spánku. Hypnózy se však většinou využívá hlavně ke zvýšení účinnosti přímých léčebných sugescí. Tyto sugescie se mohou formulovat buď obecně, ve smyslu celkového zlepšování zdravotního

stavu a pocitu spokojenosti, anebo mohou být specifické, zaměřené na pacientův konkrétní symptom či problém. V hypnóze je také možno dosáhnout příslušnými sugescemi u vnímavých osob necitlivosti nebo alespoň snížené citlivosti k bolesti. Dále se sugescí v hypnóze využívá k vyvolání zablokovaných vzpomínek a odreagování potlačených emocí i k usnadnění nácviku správné činnosti narušených funkcí. Tam, kde je účinek hypnotických sugescí jen dočasný, zavádí se nácvik autohypnózy nebo ablační hypnózy. Zvláštní formu terapeutické práce s hypnózou představuje tzv. ericksonovská hypnoterapie (Kratochvíl, 2009).

2.4 PSYCHEDELICKÉ LÁTKY

Psychedelické látky nebo též psychedelika jsou psychoaktivní látky, při jejichž požití je změněno vnímání času a prostoru. Dochází ke změnám obrazového, sluchového, hmatového, čichového, chuťového a kinestetického vnímání. Dochází ke změnám počtu a obsahu myšlenek, dostavují se halucinace, živé obrazy – eidetické, které člověk spatřuje za zavřenými víčky. Jedinec může mít změněnou schopnost odlišovat sebe sama od svého okolí. Dále se dostavuje rozšířené vnímání jemných jazykových rozdílů. Lidé mají mnohem větší pocit schopnosti komunikace pomocí mimoslovních prostředků, kam patří i prostředky telepatické. Zvyšuje se schopnost soustředění, zesílení povahových rysů a psychodynamických procesů. Zájem o filosofické, kosmologické a náboženské otázky a obecně o vnímání světa, které se vymanilo z kategorického třídění, vede k zesílenému zájmu o vlastní osobu a svět (Atkinsonová et al., 1995). Slovo psychedelikum bylo odvozeno z řeckých slov psýché (duše) a delein, (manifestovat, vyjevovat) či deloun (ukázat, odkrýt). Jako synonyma můžeme označit dříve užívaný pojem psychotomimetikum nebo entheogen. Nicméně termínem entheogen můžeme označit pouze malou skupinu těchto látek (Ball, 2009).

Psychedelika představují např. podle Stafforda (1997), který je rozdělil do devíti velkých skupin, ohromný počet látek. V našem případě jsou relevantní z hlediska mimořádných stavů navozených HD pouze některé z nich, nicméně i tak se omezíme na popis těch, které jsou v tomto ohledu nejvíce reprezentativní – LSD a psilocybinové houby.

2.5 LSD

LSD čili diethylamid kyseliny lysergové patří do rodiny sloučenin, které lze rozdělit do dvou skupin. První skupina se vyskytuje přirozeně v námelu a v povijnici. Druhá

skupina je polosyntetická a jejím nejvýznamnějším členem je právě LSD. Jeho základní struktura je charakteristická pro rychle působící tryptaminy, ibogain, psilocybin, harmalin a další psychedelika a pozoruhodně se podobá chemické struktuře serotoninu a dopaminu – neurotransmiterů, zprostředkujících přenos elektrických impulsů mezi synapsemi v mozku (Stafford, 1997).

Látku objevil zcela náhodně Albert Hoffman, švýcarský vědec, který prováděl experimenty se syntézou námelových analogií a nutno říci, že objevil psychedelikum velice silné, protože již jediná malá kapka na kůži – řekněme 20-50 mikrogramů (milióntina gramu) – stačí k dosažení drogového tripu. Později se LSD stalo sledovanou látkou a do šedesátých let byly prováděny po celém světě rozsáhlé výzkumy psychiatrických účinků, např. Timothy Learym na Univerzitě v Harvardu. V tomto kontextu je jistě nezbytné zmínit Stanislava Grofa, který rovněž s LSD v tehdejším Československu experimentoval. Bylo dokonce úspěšně používáno jako psychoterapeutická pomůcka, v léčení depresí, schizofrenie, drogové závislosti a alkoholismu, nicméně i přes hojné rozšíření zapříčiněné zejména příslušníky hnutí Hippies, byla tato látka (i vlivem nešťastných úmrtí a nehod) v roce 1967 celosvětově zakázána (Stafford, 1997).

Po intoxikaci LSD nastávají nejčastěji změny vizuální, auditivní, taktilní, čichové, chuťové a kinestetické percepcie až do stádia halucinací. Dále to jsou změny v prožívání času a prostoru, změny v obsazích a frekvenci myšlenek, v představě o těle. Z hlediska osobnosti dochází k odosobnění a ztráty ega či manifestace materiálu z nevědomí. Projevuje se zájem o filosofické, kosmologické a religiózní otázky a všeobecně o porozumění světu, dále se zvyšuje zájem o vlastní „Já“ i okolní svět (Masters, Houstonová, 2004).

Při provedení komparace intoxikace LSD s holotropním stavem v rámci HD dojdeme k mnoha analogiím. Po LSD se např. u smrtelně nemocných úplně změnil postoj ke smrti. Namísto depresí, apatie a mučivé úzkosti projevovali citlivost, věčnost a hlubokou schopnost soucítit s ostatními lidmi. LSD jako by mnohým umožnilo vyrovnat se se smrtí. Dalším z rysů zkušenosti LSD, která fascinovala zejména freudovské analyticky, byla podle Stafforda (1997) jeho schopnost vyvolat u pacientů regresi do raných traumat, která pak bylo možné oživit. Zprávy o alkoholících, kteří se díky LSD zbavili své závislosti, představují soubor dosud nejspolehlivějších kvantitativních údajů o účinku látky. Výjimečně působivé jsou pak především tehdy, když si člověk uvědomí, že nezávislé

studie, využívající různých postupů, dospěly v zásadě k identickým výsledkům. Ve většině případů byli navíc vybráni pacienti v tom nejhorším stadiu závislosti. Jedním zásadním rozdílem mezi „LSD terapií“ a holotropním dýcháním je kontrolovatelnost léčebného procesu a vliv na něj.

2.6 PSILOCYBINOVÉ HOUBY

Tato kategorie psychedelických látek dnes zahrnuje hodně přes tucet druhů psychoaktivních hub, počet jejich zástupců v poslední době podstatně vzrostl a v blízké budoucnosti lze očekávat, že se díky stále extenzivnějšímu analyzování množství ještě podstatně rozšíří (Stafford, 1997). U těchto dosud objevených druhů působí jako hlavní psychoaktivní složky psilocybinové a psilocinové molekuly.

Historie

Psilocybinové houby užívali po mnoho tisíciletí domorodí Američané, žijící převážně ve Střední Americe, ale také v oblastech, které sahají daleko na jih, až k Chile. Dokazují to hlavně rukopisy osobního lékaře španělského krále Francisca Hernándeze zmiňující užívanými rituály, při nichž byly zcela jednoznačně užity „houby“.

Působení na psychiku

Psilocybinové houby, psilocybin a psilocin mohou mít na psychiku hluboký a hluboce religiózní účinek. Rozpoznat psilocybin od LSD z hlediska prožitého stavu údajně nečiní při pozdějším posouzení uživatelům problém. Z hlediska časového průběhu je psilocybinová zkušenost charakteristická tím, že konzument rychle „vzlétne“ a téměř vždy dosáhne rozšíření ohniska vnímání, které mu vydrží přibližně dvě hodiny. V průběhu dalších tří až čtyř hodin pak zkušenost postupně ztrácí na intenzitě, až ke konečnému návratu k normálnímu vědomí. (Stafford, 1997).

LSD a meskalin mají pověst prvotřídních halucinačních drog. Při průměrných až vysokých dávkách vyvolávají psilocybin i psilocybinové houby u většiny konzumentů při zavřených očích úžasný vizuální účinek, a to dokonce i u lidí, kteří za normálních okolností nejsou „ve vizualizaci“ dobří. Na rozdíl od mnoha ostatních psychedelik ale zaujaly psilocybinové houby mnoho lidí také svým působením na sluch. Sluchové halucinace, které tyto houby indukují, mají jak externí, tak interní charakter (Stafford, 1997).

Psychedelicky působící látky hrály v řadě předindustriálních a společností významnou psychologickou i kulturní roli a samotná historie jejich užívání patří k fascinujícím kapitolám dějin. V souvislosti s legislativními omezeními na počátku 70. let

byl výzkum psychedelik omezen a změnilo se rovněž jeho zaměření. Psychoterapeutické použití psychedelicky působících látek probíhá dnes pouze ve vybraných pracovištích světa (Greer et al. in Masters, Houstonová, 2004). Mnohé zkušenosti stovek experimentátorů v oblasti využití psychedelik byly zapomenuty, avšak jiné přetrvávají a jsou inspirací pro výzkum vědomí a rozvoj nových psychoterapeutických směrů.

2.7 MEDITACE

Jak uvádí Atkinsonová (2003), meditace znamená dosahování změněného stavu vědomí prostřednictvím určitých rituálů a cvičení. Nácvik pozornosti a rozvíjení koncentrace se považují za klíčový prvek pro překonávání vrtkavé přelétavosti netrénované mysli. Podle tradičního tvrzení Williama Jamese pozornost nelze udržet, nicméně umění transcendence poukazuje, že pozornost nejen udržet lze, ale že je jí nutné udržet, pokud chceme dozrát a přesáhnout konvenční vývojové hranice. Schopnost libovolně zaměřit pozornost potřebným směrem je nesmírně důležitá, neboť mysl podléhá tendenci přijímat vlastnosti objektů, na něž se soustřeďuje. Meditace je zastřešující psychologická metoda a existuje řada praktik, s jejichž pomocí se cvičí pozornost. Účelem tohoto, je získat nad duševními procesy pevnější, libovolnou kontrolu a zušlechťovat specifické duševní vlastnosti, jako jsou vnímání, vhled, koncentrace, vyrovnanost či láska. Cílem je tedy rozvoj optimálních stavů vědomí a psychologické pohody.

V praxi musí při meditaci vše probíhat spontánně a základem je trpělivě čekání, až se v daném okamžiku dostaví toužený výsledek bez patrného vlastního přičinění. Neexistuje přesný návod či předpis, jak meditaci provádět, jelikož každý musí sám pro sebe vyzkoušet, jaká poloha a jaký způsob nejlépe mu vyhovuje. Podle Frýby (1991) je projev schopnosti soustředění opakem projevu vůle. V praktickém postupu meditace je však nutná vyváženost obou. Před vlastním sezením je důležité určit si dobu samotného nácviku. Samozřejmostí je, že nácvik je mnohem efektivnější, pokud jej provádíme pravidelně.

Jak již bylo popsáno, meditačních praktik je celá řada. Nejznámější jsou ty, jež operují s tichým posezením, jiné však zahrnují i chůzi, tanec či vědomé vnímání při každodenní zkušenosti. Meditace se také může zaměřit na nekonečnou škálu objektů, od meditace nad mrtvým tělem až po dýchání s velkolepými stavy mysli. S meditací můžeme začít relativně neinformovaní, nicméně Frýba (1991) uvádí jako nezbytnou podmínku správných pokynů pro pokročilou meditaci důkladnou znalost abhidhammy, což je psychologický systém, jež vychází z toho, že vjemy je člověk schopen uvést v mysl do vztahů, a že každý prožitek cítí příjemně, neutrálně či nepříjemně. V návaznosti na to má

tendenci lpět na příjemném, bránit se nepříjemnému a ignorovat neutrální. Veškeré podstatné informace o abhidhammě zde bohužel uvést nelze, ostatně Frýba (2013) na toto téma napsal celou knihu.

Po praktické terapeutické stránce meditace nabízí spoustu užitku, přispívá k psychické i somatické pohodě. Psychoterapeuti udávají, že se meditační cvičení může stát doplňkem či katalyzátorem terapie. Kromě zušlechťování zdraví prospěšných vlastností, jako je klid či vyrovnanost, může meditace posilovat i schopnost vcítit se, vybavit člověka vzhledem do duševních pochodů a pochopením vzniku patologických stavů. Z hlediska fyziologie je zřetelně ovlivněn kardiovaskulární systém. Během meditace se snižuje tepová frekvence, a pokud cvičenec medituje pravidelně, klesá i krevní tlak. Mezi léčitelné psychické potíže, při kterých lze použít meditačních technik, patří úzkostné stavy, různé fobie, posttraumatický šok, svalové napětí, nespavost a mírná deprese. Lidem, kteří dlouhodobě a pravidelně medituji, meditace pomáhá redukovat legální i nelegální užívání drog a vězňům pomáhá omezovat úzkost, agresivitu i opakované páčání trestných činů. (Walsh, Vaughnová, 2011).

Když provedeme exkurz do soudobých studií meditace, najdeme dva zajímavé výzkumy provedené během posledních tří let.

V roce 2010 byla provedena úvodní studie zjišťující, zda se u subjektů s problémy se ztrátou paměti změní krevní průtok v mozku a fungování paměti samotné, po jednoduchém osmitýdenním meditačním programu. Ze srovnání údajů neuropsychologického testování před a po osmi týdnech vyplývá, že meditační program signifikantně navýšil průtok krve v prefrontální, superiorní frontální a superiorní parietální kůře. Většina subjektů tvrdí, že po meditačním programu pocítili zlepšení v oblasti kognitivních funkcí. I když jsou zjištění příznivá, je zde potenciál ke zpřesnění výsledků a zahrnutí více subjektů do studie (Newberg et al., 2010).

Další zajímavý výzkum se zabýval vlivem meditace na výkon resp. psychomotorické tempo a snížení potřeby spánku. První část studie hodnotila výsledky univerzitních studentů z Indie, v úkolech týkajících se psychomotorického tempa. Tito studenti byli v meditačních technikách nováčci a měření byla prováděna před a po čtyřicetiminutové meditaci, spánku nebo kontrolované aktivitě. Tyto experimenty byly prováděny v šesti dnech a jednu noc absolvovali tito studenti úplnou spánkovou deprivaci následovanou další jednotkou meditace. V další části byly srovnávány časy spánku subjektů s dlouhodobou zkušeností s meditací a subjektů, jež neměli s meditačními technikami zkušenosti žádné.

Všech deset začátečníků zlepšilo své reakce v psychomotorickém testu, pokud jej prováděli bezprostředně po meditaci a všichni se zhoršili, pokud předtím spali. Spánková deprivace signifikantně zpomalovala reakční čas. V experimentech se zkušenými meditátory a lidmi, kteří meditaci nikdy nepraktikovali, vyšlo, že zkušení lidé meditující dlouhodobě nepotřebují tolik spánku, jako lidé meditaci nepraktikující (Kaul et al., 2010).

2.8 ZÁŽITKY BLÍZKÉ SMRTI – KLINICKÁ SMRT

Klinickou smrt představuje zástava dechu a srdeční činnosti. To, že se člověk nachází ve stavu klinické smrti, můžeme zjistit bez pomoci lékařské technologie (za oficiálně mrtvého jsme prohlášeni teprve tehdy, pokud přestane fungovat náš mozek) díky pozorování, které vychází ze zkušenosti pozorovatele. Stav klinické smrti je bezesporu jedinečný. Člověk se z něj může vrátit zpět do života, a pokud se tak stane, zpravidla na něj tento zážitek silně zapůsobí – byl na samém okraji a rozhraní mezi životem a smrtí. Navíc někteří lidé se vrací s příběhem, který navždy změní jejich pokračující život (Baštecká, Goldmann, 2001).

První seriózní studii uskutečnil švýcarský horolezec Heim, který sám zažil téměř tragický pád v Alpách, při němž prožil mystický zážitek a začal po zbytek života sbírat pozorování lidí, přeživších něco podobného (vojáci poranění v bitvách, zedníci, pokrývači a horolezci, kteří spadli z výšky, rybáři, kteří téměř utonuli). Závěry Heimovy práce poukazyvaly na fakt, že v 95 % případů se subjektivní prožitky z těchto hraničních situací mezi životem a smrtí navzájem velmi podobají, a to bez ohledu na okolnosti, v nichž se udály.

Mezi nečastější fenomény, které umírající s postupem času zpětně uvádějí, patří dle Moodyho (1991) např. obtížnost až nemožnost popsání zážitku, zaslechnutí výroku konstatující smrt, pocity míru a klidu, vnímání různých zvuků, cesta tunelem, opouštění vlastního těla čili OUT OF BODY EXPERIENCE. Dále je to setkání se s dříve zemřelými přáteli, příbuznými, fenomén světla, který patří k nejsilnějším zážitkům, panoramatický přehled dosavadního života od dětství až po současnost, hranice nebo předěl, návrat, zábrany při zpětném sdělování zážitku a komplexně se u lidí s tímto zážitkem setkáváme s výrazným vlivem zážitku na další život – pocity vnitřního obohacení, sklon k přemýšlivosti, zájem o spiritualitu a filosofii, potřeba studovat, změna dosavadního hodnotového schématu, a také novým náhledem na smrt – mizí strach ze smrti, bývá považována za začátek jiné existence.

Drtivá většina těchto zážitků má pozitivní konotaci, nicméně i v případech, kdy došlo k nepříjemným zážitkům, byla potvrzena univerzálnost schématu NDE čili fenomény byly z hlediska obsahu totožné. Odlišnost lze nalézt v interpretaci a citové odezvě (Atwaterová in Kupka, 2008).

Jako každý jiný jev i NDE bylo třeba objasnit, a tak vznikly koncepce vysvětlující jev NDE. Mezi striktně vědecká vysvětlení lze zařadit působení farmak, většina resuscitovaných ovšem v anamnéze aplikaci žádných látek neměla. Dalším je anoxie mozku – nedostatečné zásobení mozku kyslíkem a přesycení oxidem uhličitým. Zásadní námitka k této teorii se týká skutečnosti, že popsane zážitky vznikají ještě dříve, než dojde k fyzické krizi a přesycení oxidem uhličitým. Navíc jev NDE je mnohem komplexnější a obsahuje další fenomény, které v experimentálních situacích přesycených oxidem uhličitým nebyly pozorovány. Objevují se také vysvětlení jako sensorická a sociální deprivace, psychopatologická vysvětlení. Mezi objasnění, která jsou z hlediska současného vědeckého paradigmatu méně exaktní, můžeme zařadit tunelový prožitek Carla Sagana, který se pokouší vysvětlit tunelový prožitek NDE vzpomínkou na porod a narození. Do této kategorie spadá také Jungovo kolektivní nevědomí, a i když zde Jung neviděl archetyp, jeho žáci přirovnali jev NDE k archetypálnímu zážitku. Pohled na zážitky blízkosti smrti, který má možná nejvyšší hodnotu je pohled osob, které mají s tímto fenoménem vlastní zkušenost. Tímto vysvětlením je, že život lidské bytosti (možná nejen lidské) nekončí smrtí a NDE znamená vstup do jiné reality bytí (Vojtěchovský in Kupka, 2008).

Podle dostupných informací a hlavně výpovědí lidí, kteří klinickou smrtí prošli, bychom mohli zařadit jev NDE mezi nefyziologicky změněné stavy vědomí, které mají v celku výrazný dopad na nositele zkušenosti a mění jeho pokračující život. Mnoho otázek pochopitelně zůstává otevřených, nicméně jedno je jisté. Lidé, kteří tuto zkušenost prožijí, nepochybují o její realnosti. Jak uvádí Kupka (2008), jisté je také to, že většina z nás se vyhýbá rozjímání o vlastní smrti a jednáme, jako bychom měli před sebou celou věčnost. Plné uvědomění si vlastní konečnosti má potenciál k hlubokému ovlivnění našeho postoje k sobě samému i k ostatním lidem. Příběhy lidí se zážitkem NDE jsou toho dokladem a navíc tyto příběhy mají nezanedbatelnou intenzitu i pro posluchače (čtenáře).

3 ZÁKLADNÍ SLOŽKY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ

Holotropní dýchání jakožto terapeutická metoda využívá k navození holotropních stavů vědomí kombinaci několika jednoduchých prostředků. Jak popíšeme v následující podkapitole, nejdůležitější složkou je bezesporu změna dýchání, nicméně pokud by v procesu HD chyběla kterákoli z dále zmíněných složek, metoda by postrádala celistvost a zcela jistě i efektivitu. Konkrétně se tedy pracuje se zrychleným dýcháním, evokativní hudbou, cílenou prací s tělem a tělesným podpurným kontaktem, v neposlední řadě pak kreslením mandal a tzv. sharingem.

3.1 LÉČIVÁ SÍLA DECHU

Už ze samotného názvu techniky holotropního dýchání jasně vyplývá, že klíčovou složkou tohoto procesu je dech či dýchání. Dech je přirozeně s lidskou bytostí neoddělitelně spjat. Pokud se podíváme hlouběji do historie, zjistíme, že i dechové techniky lidstvo provází již od počátků jeho dějin. Tyto techniky sehrávaly ve starodávných a předindustriálních kulturách velmi významnou úlohu a prakticky každý významný filozofický či psychospirituální systém považoval právě dech za článek, který vede ke spojení nejen těla, ale i mysli a ducha.

Jak popisuje Grof (2000), ve starověké indické literatuře *úovo prána* znamená nejen dech a vzduch, ale také posvátnou esenci života. Podobně i v tradičním čínském lékařství se výrazem *čchi* rozumí základní životní energie o dvou esencích, z nichž jedna je vzduch, který dýcháme plicemi. Ekvivalenty těchto pojmů najdeme také v japonské kultuře, kde se pro tento význam užívá slovo *ki*, ve starověkém Řecku *pneuma*, ve starohebrejské tradici *ruach* a rovněž Řekové vnímali úzké propojení dechu s psychikou. Výrazu *phren* používali k označení bránice, největšího svalu zapojeného do dýchání, a mysli (termín schizofrenie, vyjadřující rozštěpenou mysl). Hluboké změny ve vědomí lze vyvolat technikami založenými na dýchání. Dokazují to postupy Starověkých nezápadních kultur. Patří mezi ně například původní forma křtu křesťanské sekty essejských, spočívající v násilném ponoření zasvěcence pod vodu, které mělo mít po delší době vyústění v silný zážitek smrti a znovuzrození. Dále je to vdechování kouře, skrčení nebo stlačení krkavic, což má velice podobný efekt jako ponor pod vodu. Tyto techniky zní nebezpečně a bezesporu nebezpečné mohou být, nicméně existují i cvičení, která riziko zdravotní újmy nenesou. Jsou to kundaliní jóga, siddhajóga, tibetská vadžrajána, súfijské praktiky či taoistické meditace. Jemnější postupy, pro které je v souvislosti s dýcháním důležitější spíše zvláštní

soustředění pozornosti než změny v dynamice dýchání, jsou příznačné pro zen-buddhistickou školu Sótó.

Grof (2000) se svou ženou Chritinou dospěli k závěru, že klíčem k holotropním zážitkům je: „zrychlení a prohloubení dechu nad obvyklou míru a plné soustředění pozornosti na procesy probíhající v nitru.“ Z lékařského hlediska dochází na základě zrychleného dýchání – hyperventilace k hyperoxii, což je: „*Nadbytek kyslíku v tělesných tekutinách a tkáních*“ (Slavíková, Švíglerová, 2012, 81). Při holotropním dýchání jsou klienti nejprve povzbuzováni k rychlejšímu a hlubšímu dechu, který by se měl v části nádechu a výdechu spojit v uzavřený okruh.

V souvislosti dechem zmíníme metodu Rebirthing. Bartošek (in Dowling, 2011) rozděluje metody dýchání na západní a východní. Do skupiny západních zařazuje právě holotropní dýchání a reichiánské dýchání. Za východně orientovanou metodu považuje rebirthing. Toto rozdělení není příliš pochopitelné a ani v dalším textu se vysvětlení nedočkáme. V každém případě předmluva Bartoška ke knize Znovuzrození pomocí dechu holotropní dýchání nejprve chytře zmíní a vzápětí kritizuje ve prospěch Rebirthing. „*Rebirthing je metoda uvědomělého, intuitivního energetického dýchání, při kterém přijímáte energii (pránu) dechem. Dýcháte kontinuálně, bez přerušování mezi výdechem a nádechem - tím se vám uzavírá oběh energie, která vytváří vnitřní stabilitu a rovnováhu, uvolňuje napětí a stresy nashromážděné a uložené v našem těle v průběhu každodenního života*“ (www.martinbartosek.cz).

3.2 LÉČIVÝ POTENCIÁL HUDBY

K intenzivnímu dýchání popsanému v předešlé podkapitole se k dosažení mimořádných stavů vědomí přidává evokativní hudba. Stejně jako dýchání, tak i hudby a jiných zvukových prostředků se už po tisíciletí využívá k navození těchto stavů. Antropologické archivy čítají mnoho zvukových a obrazových záznamů instrumentálních skladeb a zpěvů, které navozují stavy transu. Mezi tradiční systémy využívající zvuku náleží především tibetský mnohohlasý zpěv, posvátné zpěvy různých súfijských řádů, hinduistické bhadžany a zvláště starodávné umění nádajógy, čili cesty ke sjednocení pomocí zvuků.

V psychoterapii se s hudbou jako hlavním léčebným nástrojem setkáváme v rámci muzikoterapie, což je využívání zvuku a hudby ke zlepšení či udržení si duševního zdraví. Muzikoterapii dělí Roubal a Vybíral (2010) na aktivní, zaměřující se na vlastní tvorbu či práci se zvuky a hudbou, a na receptivní, což je především poslech hudby.

holotropního dýchání sice využívá určitého typu hudby k navození změněného stavu vědomí, nicméně v určitých fázích HD dochází zcela jistě i k receptivní muzikoterapii.

Během mimořádných stavů vědomí má dobře a pečlivě zvolená hudba zvlášť vysokou hodnotu. Plní důležité funkce, jako mobilizaci a vyjádření emocí, a také pomáhá otevřít dveře do nevědomí. Při skupinových sezeních má hlasitá a hudba ještě další funkci – překrývá rušivé zvukové projevy jednotlivých účastníků, přičemž vytváří estetický celek. Během holotropní terapie je nejdůležitější nebránit se reakcím na ni a zcela se poddat jejímu proudu, který přirozeně rezonuje v celém těle. Tedy právě naopak, dát prožitkům úplnou expresní složku. Konkrétní výběr hudby není vůbec jednoduchý. Obecně řečeno, důležité je pouštět hudbu, která má mocné a evokativní účinky a přispívá k pozitivním zážitkům. Nemají zde místo skladby disharmonické či ty, které vzbuzují úzkost. Také by neměly mít konkrétní obsah, a pokud se hrají vokální skladby, měly by být v jazyce, který prožívající osoba nezná, tak aby lidský hlas byl vnímán jako neurčitý podnět nebo nástroj.

Pro výběr hudby k holotropnímu dýchání je typická určitá struktura. V průběhu sezení hudba postupně nabírá na síle a intenzitě a přesouvá se ke skladbám navozujícím transovní stavy. Přibližně po uplynutí jedné a půl hodiny holotropního dýchání přichází na řadu hudba, kterou nazýváme „průlomová“ (breakthrough music). V druhé polovině sezení intenzita hudby postupně klesá a přesouváme se k láskyplným a citově zabarveným skladbám, které označujeme jako „hudbu srdce“ (heart music). Konečně v závěrečné části sezení hudba nabírá plynulý, utišující, bezčasový a meditativní ráz. Závěrem bychom měli zmínit, že zkušený facilitátor věnuje kompozici hudebního setu před sezením HD dostatek času, ale, co je důležité, dokáže také se zvukovou stopou pružně manipulovat i během samotného procesu podle převládající „nálady“ mezi dýchajícími účastníky (Grof, Grofová, 2011).

3.3 CÍLENÁ PRÁCE S TĚLEM – BODYWORK

Vyjdeme-li z prostého faktu, že na nejobecnější biologické úrovni je podstatou jakékoli psychoterapie setkání dvou či více živých organismů, obdařených tělem, musíme souhlasit s poznámkou M. Leijssenové (2006), že terapie bez těla (therapy with „no-body“) není možná.

Tělesná reakce na proces holotropního dýchání se mezi jedinci výrazně liší, nicméně stereotypní vzorec fyziologických reakcí, nazývaný učebnicemi fyziologie hyperventilační syndrom, nemá podle Grofa (2000, 2012) ani zdaleka tak negativní projev, jak se tradičně uvádí. Toto tvrzení odůvodňuje svou praxí HD s více než třiceti tisíci osobami.

Hyperventilační syndrom, jehož odezvou jsou především křeče v rukou a chodidlech (karpopedální spasmy) se podle něj nedostaví u mnoha dýchajících vůbec. U některých účastníků HD se projevují tenze na jiných místech těla, ale i u těchto lidí zpravidla dosáhnou svého vyvrcholení, po němž následuje hluboké uvolnění. Při zrychleném dýchání jsou aktivovány chemické změny v organismu.

Důsledkem těchto změn je uvolnění tělesné a emoční energie spojené s traumatickými vzpomínkami. Podle Grofa (2000) je však nutné tyto tělesné projevy, které se mohou vyskytnout ve formě třesů, kroucení, dramatických pohybů těla, kašlání, dávení a zvracení. Dále se blokové emoce obvykle uvolňují pláčem, výkřiky, případně jinými formami hlasového projevu. Tento způsob vybití zablokovaných tělesných energií se nazývá katarze a abreakce.

Tyto pojmy se v psychoterapeutické literatuře rozšířily zejména po vydání Freudových a Breurových „Studii o hysterii“ v roce 1895. Norcross a Prochaska (1999) se uvádějí jako součást mnoha psychoterapeutických přístupů. Jsou jimi např. psychoanalýza a psychoanalyticky orientované terapie, gestalt terapie či bioenergetika a terapie zaměřená na člověka. Mimo katarze a abreakce může dojít i k jinému způsobu vyústění a dýchající jedinec svůj proces uzavírá v hluboce uvolněném meditativním stavu. V této situaci není zapotřebí žádného zásahu zvenčí. Jestliže dýchání samo o sobě nevede k úspěšnému završení procesu a dýchající stále cítí, že v něm přetrvávají zbytková napětí a nevyřešené emoce, může mu facilitátor nabídnout techniku cílené práce s tělem, která mu pomůže celé sezení lépe uzavřít. V této práci je třeba pokračovat až do chvíle, kdy se facilitátor s dýchajícím shodne, že je proces řádně uzavřen.

3.4 PODPŮRNÝ TĚLESNÝ KONTAKT

Práci s tělem se budeme věnovat i v této podkapitole. Jedná se ovšem o poněkud odlišný způsob fyzického zásahu, a to ze strany sittera či facilitátora. V holotropním dýchání se pracuje s fenoménem traumatu a hlavně jeho znovuprožitím. Jak uvádí Grof (2000), traumata můžeme rozdělit na traumata způsobená činem a traumata způsobená zanedbáním. Do první kategorie spadají zážitky jako fyzické či sexuální zneužívání, děsivé situace, ničivá kritika nebo zesměšnění, zanedbáním rozumíme nedostatek pozitivních zážitků čili např. být držen, objímán, hlazen, utěšován a stát se středem lidské pozornosti, které mají zásadní význam z hlediska zdravého citového rozvoje v dětském věku.

Traumatům se z hlediska psychoterapie věnuje především psychoanalýza (Vybíral, Roubal, 2010), nicméně při holotropním dýchání je k nim přistupováno odlišně. Zde přichází na scénu onen podpůrný tělesný kontakt, protože způsob, jakým toto trauma léčit, je nabídnout korektivní zážitek v podobě podpůrného tělesného kontaktu poskytnutého v holotropním stavu vědomí. K plné efektivitě tohoto přístupu, je zapotřebí, aby se jedinec ve svém procesu navrátil až do raného stadia vývoje, jinak by nápravné opatření neprobíhalo v rámci vývojového stupně, v němž se trauma odehrálo. Důležitá je domluva, jak bude podpůrný kontakt vypadat. V praxi to může být pouhé držení ruky, dotyk čela nebo i úplný tělesný kontakt. Navíc je potřeba ještě před zahájením sezení dýchajícím tuto techniku vysvětlit i náležitě zdůvodnit, a získat si tak jejich svolení. V žádném případě ji nelze uplatňovat bez předešlého souhlasu, který se rovněž nesmí nijak vynucovat. V opačném případě by mohlo dojít k negativnímu efektu, protože pro mnohé lidi, kteří byli ve svém životě sexuálně zneužíváni, znamená tělesný kontakt velmi citlivou a emočně nabitou záležitost.

Někdy může trvat poměrně dlouhou dobu, než si facilitátor i skupina získá u takového jedince dostatečnou důvěru, aby tuto techniku přijal a měl z ní patřičný přínos. Principem, který prostupuje celý proces holotropního dýchání je, že všechny zásahy, a v tomto případě podpůrný tělesný kontakt, musí uspokojovat výhradně potřeby dýchajícího, nikoli tedy sítěra či facilitátora.

3.5 KRESBA MANDAL A SDÍLENÍ ZÁŽITKŮ VE SKUPINĚ

Tato závěrečná složka přichází na řadu v momentě, kdy dýchající své sezení ukončí a vrátí se do běžného stavu vědomí. Sitter jej doprovodí do kreslírny, což je místnost vybavená uměleckými pomůckami, mezi nimiž by neměly chybět pastelky, fixy, vodové barvy a velké papíry, na nichž je tužkou předkreslený kruh o velikosti talíře. Předkreslený kruh má jasný účel, jelikož mandala je symbolem jednoty a rovnováhy. V nejširším smyslu jsou mandaly diagramy, které ukazují, jak se chaos stává harmonickou formou (Jung, 2004). Dýchající nyní dostává prostor k přemítání nad svými zážitky a postupně nachází způsob, jak vyjádřit, co se během sezení dělo. Pro kresbu mandal nejsou stanovena žádná konkrétní pravidla. Někteří lidé se vyjadřují pouze barevnými kombinacemi, jiní sestavují geometrické vzory nebo vytvářejí figurální kresby. Výkresy s postavami mohou znázorňovat vize, které dotyčný během sezení prožíval, nebo představovat obrazový popis několika různých sledů zážitků.

V souvislosti s mandalami zmíníme diagnostickou metodu MARI (Mandala Assessment Research Instrument), která je založena na jungiánských konceptech (Mynaříková, 2011). Alternativou kresby mandal může být tvůrčí práce s hlinou, která je nezbytná u handicapovaných lidí, hlavně tedy nevidomých. Poté co jsou s kresbou mandal všichni účastníci hotovi, zúčastní se sdílení zážitků ve skupině tzv. *sharing*, v jehož průběhu se pokusí s pomocí mandaly své zážitky popsat. Facilitátor by měl jednotlivé účastníky motivovat k co největší otevřenosti a upřímnosti při líčení zážitků, neboť jejich ochota odhalit obsah svého sezení, včetně různých důvěrných detailů, vede k navázání a upevnění důvěry ke skupině, což pochopitelně prohlubuje, zesiluje a urychluje léčebný proces.

Kresba mandal je ve své podstatě arteterapeutická technika, jelikož se jedná o „neverbální vyjádření prostřednictvím vizuálního zobrazování“ (Roubal, Vybíral, 2010). Toto vede klienta k určitému seběhledu na jeho vnitřní svět, uchopení problému a hledání řešení. Oproti striktní arteterapii v procesu holotropního dýchání nedochází k interpretacím tvorby, nicméně existuje i reflektivní přístup, který užívají např. gestalt terapie či fenomenologie a ten je shodný s přístupem ke kresbě mandal.

Důvodem k opuštění interpretací, který uvádí Grof (2000), je skutečnost, že v otázkách fungování psychiky neexistuje mezi stávajícími školami žádná shoda a jakékoli výklady by byly neobjektivní a problematické. Podle něj je mnohem konstruktivnější klást klientovi relevantní otázky a získat tím další informace z pohledu člověka – odborníka, který popisuje to, co bezprostředně prožil. Navíc si sdílející účastníci zpravidla sami sestaví vlastní výklad, který jejich zážitky vystihuje nejlépe. Pokud má popisovaný zážitek zjevně archetypální obsah, možností pro další práci je Jungova metoda amplifikace (zdroj Jung), což je asociační metoda používaná při interpretaci snových obrazů.

4 HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V PRAXI

4.1 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ SEZENÍ

Holotropní dýchání lze provádět ve formě individuálních sezení anebo ve skupinách s větším či menším počtem klientů. Mnozí certifikovaní facilitátoři holotropního dýchání nabízejí individuální sezení v rámci své soukromé praxe lidem, kteří projeví zájem vyzkoušet si tuto metodu z perspektivy rozvoje vlastní osobnosti a také klientům trpícím méně závažnými emočními a psychosomatickými problémy. K využití potenciálu však

dochází spíše při skupinových sezeních, které se oproti sezením individuálním vyznačují řadou nesporných výhod.

Oproti individuální formě sezení, kde je nutná neustálá přítomnost jedné nebo dvou osob, z nichž alespoň jeden je zkušený terapeut, lze skupinový proces realizovat v mnohem příznivějším poměru, což v praxi znamená, že jeden plně vyškolený facilitátor může pracovat s osmi až deseti klienty. Možnou nevýhodou skupinového dýchání je nečekaně dlouhý proces u jednoho z dýchajících, který může facilitátorovi nabourat program, při němž se musí sice věnovat celé skupině, ale nemůže za žádných okolností přerušit dýchajícího v okamžiku, kdy ještě nedospěl k vyřešení situace v rámci svého zážitku.

Co činí zásadní rozdíl mezi individuálním a skupinovým sezením je atmosféra. Při holotropním dýchání ve skupině je vytvořeno velice intenzivní prožitkové pole. Svou roli zde hraje možnost sdílení svých zážitků s ostatními, kdy se člověk jednak seznámí s prožitky ostatních účastníků a také s postojem „spoludýchajících“ k prožitkům jeho samotného. Probíhá zde sdílení, které by v prostředí mimo tuto uzavřenou skupinu jistě neprobíhalo. Nutno dodat, že zúčastnění zpravidla projevují porozumění soucit a vřelou emoční podporu (Grof, Grofová, 2011).

4.2 VYTVOŘENÍ PROSTŘEDÍ

Nalézt vhodné místo pro semináře a výcvik holotropního dýchání může představovat dosti náročnou záležitost. Pokud chceme vybrat vyhovující místo, měli bychom vybrat nejlépe dostatečně velký sál, tak aby měl každý dostatek prostoru. Místnost by měla být dostatečně izolována, aby hudba mohla být dostatečně hlasitá. Ta je, jak už bylo popsáno, také podstatným aspektem samotného sezení. Měla by být účinná, evokativní.

Kvůli zajištění pohodlí a bezpečí dýchající leží po dobu svého procesu na měkké podložce a má kolem sebe dostatečné množství polštářů, přikrývek či meditačních podložek, aby si v případě potřeby mohl upravit své stanoviště do ideálního stavu (Grof, Grofová, 2011).

Nezbytným úkolem, který je třeba provést před zahájením semináře je obeznámení personálu zařízení, co se bude během jednotlivých sezení dít a jejich ujištění, že k navození neobvyklých stavů vědomí bude docházet bez použití jakýchkoli psychoaktivních látek.

Výběr vhodného místa je sice důležitý, ale fantazii se meze nekladou. Grof a Grofová (2011) popisují některá svá sezení, která probíhala na místech skýtajících ideální prostředí pro hlubokou niternou práci. Jsou jimi např. sezení organizovaná uprostřed nádherné přírodní scenérie, ať už poblíž oceánu, jezera nebo řeky, v lesích nebo na horách.

4.3 TEORETICKÁ PŘÍPRAVA ÚČASTNÍKŮ

Jedním se základních požadavků efektivní činnosti v procesu holotropního dýchání a část celku, bez které nelze samotné dýchání nastartovat, je bezesporu správná teoretická příprava, a to zejména proto, že tato terapeutická a sebepoznávací metoda zahrnuje práci s holotropními stavy vědomí. Je velice důležité probrat s účastníky, jak probíhají mimořádné stavy vědomí, ať to jsou šamanské obřady, sezení s psychedelickými látkami nebo forma zážitkové terapie. Je jim objasněn termín holotropní („směřující k celistvosti“) a rozšířená kartografie psyché (perinatální a transpersonální oblasti), protože i když se jedná o první zkušenost daného jedince s holotropním dýcháním, nelze vyloučit velmi hluboké ponoření a prožití v pozdějším procesu samotného dýchání. Účastník na tyto možné prožitky musí být teoreticky připraven.

Pravděpodobně nejdůležitější úkol přípravného procesu spočívá v objasnění fenoménu vnitřní léčivé inteligence, v níž je zapotřebí vložit plnou důvěru. Důraz by měl být kladen na nutnost vzdát se jakýchkoli plánů a očekávání. To znamená nijak si neprogramovat, co a jak bychom chtěli prožít. Pokud se celému procesu plně poddáme, nevědomé obsahy se silným emočním nábojem, které jsou již zralé pro zpracování, se v holotropním stavu automaticky vynoří na povrch, přičemž o jejich pořadí se jedinec vůbec nemusí starat a toto rozhodnutí může ponechat již zmiňované vnitřní léčivé inteligenci (Grof, Grofová, 2011).

4.4 TĚLESNÉ A EMOČNÍ KONTRAINDIKACE

„Zcela zásadní součástí procesu přípravy na holotropní dýchání je zvážení tělesných a emočních kontraindikací pro práci s holotropními stavy. Nejlepším řešením je zjistit si veškeré kontraindikace prostřednictvím korespondence s jednotlivými účastníky ještě před jejich příjezdem“ (Grof, Grofová, 2011, 68). Každému zkušenému a hlavně certifikovanému facilitátorovi je dobře známo, jaká rizika by podstoupil v případě, že by anamnézu neprovedl.

Je potřeba se zaměřit především na závažné kardiovaskulární poruchy – vysoký krevní tlak, aneuryzma, prodělané srdeční infarkty, krvácení do mozku, myokarditidu, fibrilaci síní a jiné podobné potíže. Vyloučena je účast např. epileptiků. Proces holotropního dýchání může vyvolat silně emočně nabitě traumatické vzpomínky, které by mohly být nebezpečné pro lidi trpícími uvedenými potížemi. Nelze přehlédnout ani

kontraindikace jako jsou těhotenství, epileptické záchvaty nebo tělesná zranění či infekční onemocnění, které je vhodné posoudit citlivým logickým úsudkem (Grof, Grofová, 2011).

4.5 PŘÍPRAVA NA VLASTNÍ PROCES HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ

Přístupme nyní ke konkrétním krokům, které je nutno učinit před samotným začátkem procesu dýchání. Pokud je sezení skupinové, rozdělí se účastníci na dvě poloviny, přičemž jedna plní roli dýchajících a jedna roli tzv. sitterů, kteří dýchajícím při samotném procesu asistují. Právě zde, kdy dochází k výběru partnera, nastává další podstatná část semináře.

Začátečníci v oblasti holotropního dýchání by si neměli vybírat do dvojice člověka, kterého znají. Existují zde sice i výhody, ale sledovat blízkého člověka, jak prochází emočně náročnými a bolestnými zážitky, nebývá zrovna snadné.

Další potencionální riziko spočívá v možnosti, že proces může vyústit do problému přenosu či protipřenosu.

Jakmile jsou účastníci rozděleni do dvojic, je přikročeno k nezbytné instruktáži, ve které je popsáno, jak celý proces vypadá a co budou ve svých rolích dělat. Následuje samotné zahájení sezení, na jehož začátku se provádí úvodní relaxace, která má za úkol uvolnit přítomné a dostat je do stavu, při kterém se soustředí jen na přítomnost a vzdají se jakýchkoli plánů či očekávání.

Grof se svou ženou Christinou (2011) popisuje, že dokud je sezení zahájeno a proběhla fáze relaxace, dýchající setrvávají v poloze na zádech se zavřenýma nebo zakrytýma očima a udržují si zrychlený rytmus dechu v tempu, které jim nejlépe vyhovuje. Po dobu, kdy dýchající pracuje sám, ho sitter pozorně sleduje a občas mu může dát na vědomí, pomocí předem dohodnutého signálu, aby zrychlil dech, pokud se mu zdá, že tempo pokleslo. Může ho povzbudit a nabídnout mu možnost práce s tělem, podat ubrousek, když pláče nebo podat vodu či přikrýt ho dekou.

Charakter i průběh holotropního procesu je u každého člověka jiný, ale také stejný člověk prožívá každé sezení jinak. Někteří jedinci se po celou dobu chovají tiše a téměř nehybně, přitom však mohou mít hluboké zážitky. Nicméně vnější pozorovatel může nabýt dojmu, že se nic neděje, nebo že dotyčný spí. Jiní se zase projevují energicky a vykazují značnou pohybovou aktivitu, např. výrazně se třesou, kroutí, válejí se po podlaze a buší okolo sebe, zaujímají polohy plodu, projevují se jako by zápasili v porodních cestách nebo

vypadají a chovají se jako novorozeňata. Rovněž se zcela běžně projevují plazením, plaveckými pohyby, kopáním či šplháním.

V závěrečné fázi sezení vykonávají vyškolení facilitátoři většinu práce, ale je i mnoho dýchajících, kteří se zpracovávají svůj nevědomý materiál zcela sami, aniž by potřebovali jakoukoli pomoc. Svůj prožitek jsou schopni dovést ke spontánnímu vyřešení a zakončit celé sezení v hluboce uvolněném meditativním stavu. Jakmile se vrátí do běžného stavu, promluví si s facilitátorem a odejdou do kreslírny, aby své zážitky mohli zpracovat do formy mandaly.

4.6 ÚLOHA FACILITÁTORA

Hlavní role facilitátorů je naplněna především v závěrečné fázi prožitků účastníků a během samotného dýchání se jejich vyčerpání různí od sezení k sezení. Pokud však dýchající uvízne ve stavu emočního nebo tělesného nepohodlí, je mu nabídnuta pomoc ve formě práce s tělem (bodyworku).

Nezávislému pozorovateli může připadat, že facilitátor provádí během holotropního dýchání mnohem více specifických zásahů a v očích onoho pozorovatele tak stoupne významnost facilitátora z hlediska odpovědnosti za proces. Jak už však bylo zmíněno výše, každý dýchající má svou vnitřní inteligenci, která je zárukou výběru nejlepšího možného postupu a zpracování holotropních zážitků.

S tím souvisí zásadní rozdíl mezi symptomatickou léčbou, hojně užívanou v klasickém lékařství a léčbou kauzální, která řeší problém komplexně. Grofovi (2011) uvádějí, že ony symptomy, které se v průběhu nemoci objeví, jsou vlastně projevem sebeléčebného impulsu, jehož prostřednictvím se organismus snaží o uvolnění traumatického obsahu.

Dalším úkolem facilitátora je obeznámení dýchajícího, aby zaměřil pozornost na oblast svého problému a snažil se zesílit své prožitky. Cílem tohoto, je překonat tzv. psychogenní symptom, který je obranou na cestě k nevědomým obsahům. Pokud se dýchajícímu podaří dosáhnout zintenzivnění těchto vjemů a pocitů, facilitátor dále povzbuzuje dotyčného k jejich úplnému nesebekritickému vyjádření prostřednictvím pohybů, zvuků či jiných způsobů vyjádření emocí.

V další fázi procesu facilitátor podporuje integraci zážitků dýchajícího a za účelem uvolnění reziduální tenze může použít různé techniky jako např. masáž. Tuto úlohu však zpravidla předá sitterovi, kterého by měl během sezení sledovat stejně bedlivě jako dýchajícího vzhledem k tomu, že tito lidé sledují intenzivní emoční prožitky

z bezprostřední blízkosti a mohlo by to ně zapůsobit ve smyslu neschopnosti postarat se o svého dýchajícího.

Pokud bychom tedy měli důležitou úlohu facilitátora shrnout, základním principem je pomoci dýchajícímu zintenzivnit či zesílit prožívané obsahy a usnadnit jejich plné vyjádření. Jako významný faktor v procesu holotropního dýchání vnímají facilitátora i samotní „dýchači“, což ve své práci potvrdila Svobodová, když osm z deseti účastníků jejího výzkumu vypovědělo, že *„osobnost terapeuta má velký vliv na průběh HD“* (Svobodová, 2010, 52).

Terapeutka holotropního dýchání Badoučková (Badoučková, 1997) ve svém článku připisuje roli facilitátora taktéž zásadní význam. Samozřejmostí je pro ni zvládnutí odborného výcviku, nicméně osobnost terapeuta HD by měla být taková, aby z ní lidé cítili bezpečí.

4.7 ROLE SITTERA

Slovo sitter bylo v této práci již zmíněno. Sitterem je člověk – asistent, který pečuje o dýchajícího během procesu HD. Je s dýchajícím po celou dobu HD a stará se o uspokojení jeho potřeb, které mu na základě předem domluvených signálů dává najevo.

Zvláště důležité je stanovení formy fyzických doteků a hranic fyzického kontaktu, který nesmí mít sexuální charakter. Důležitým prvkem péče je plná pozornost, kterou věnuje dýchajícímu, přestože se na venek může zdát, že ji nevnímá. Sitter má možnost prožít pocit, že na něj někdo plně spoléhá, že mu důvěřuje. Sitterova péče se však neřídí jeho předpoklady, ale signály dýchajícího případně pokyny facilitátora. Někdy dýchající prochází zjevně velmi bolestnými prožitky, sitter se ho v takovém případě nesnaží „zachránit“ a tlumit intenzitu jeho prožitků. Naopak podporuje vše, co během HD přichází s plnou důvěrou v proces a kompetence facilitátora, vyjma okamžiků, kdy je dýchající fyzicky ohrožen. Dýchající od sittera dostává podporu, přijetí a péči. Pro mnoho lidí je potvrzení svých prožitků, které se nikdo nesnaží tlumit nebo měnit, novým zážitkem. Role sittera tak dostává jiný rozměr a stává se v jistém směru terapeutickou. Z pohledu účastníků je tato úloha přirozenou součástí procesu HD a dotváří hodnotu sezení jako celku (Grof & Grofová, 2011).

4.8 HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V ČR A ZAHRANIČÍ

Do ČR se holotropní dýchání dostalo počátkem devadesátých let prostřednictvím MUDr. Kudrleho, který roce 1992 jako první Čech získal certifikát manželů Grofových.

MUDr. Stanislav Kudrle ještě v 90. letech metodu HD prosadil jako dobrovolnou součást léčby na psychiatrické klinice ve FN Plzni, kde se stala součástí programu odvykací léčby. V roce 2001 otevřel soukromou praxi, kde vede malé skupinky účastníků HD. Od r. 2006 slouží tato soukromá praxe také psychiatrické ambulantní léčbě a psychoterapii duševních poruch, vztahových problémů a ambulantní léčbě návykových nemocí (doorway.sweb.cz).

V současné době u nás působí šestnáct odborníků² certifikovaných přímo v programu „Transpersonální výcvik Grofových“ (GTT – Grofs Transpersonal Training).

Zmíněný „Transpersonální výcvik Grofových“ (www.holotropic.com) zahrnuje více než šest set hodin výcviku, rozložených minimálně do dvou let. Jednotlivé šestidenní moduly jsou teoreticky i prakticky zaměřeny na různá témata a jejich součástí jsou i další prožitkové techniky jako meditace, tanec, umělecká tvorba či pobyt v přírodě. Absolventi jsou samozřejmě zavázáni dodržovat etické normy a zásady spojené s metodou holotropního dýchání. Moduly se každoročně konají v lokalitách jako USA, Argentina, Brazílie, Chile, Dánsko, Španělsko, Švýcarsko, Velká Británie a dalších. Existuje také Mezinárodní asociace pro holotropní dýchání, jejímž úkolem je zpřístupňování metody HD, podpora facilitátorů i účastníků a v neposlední řadě vytvoření vazeb a kontaktů mezi praktikujícími lidmi (www.ahbi.org).

4.9 KRITIKA HD

Odpůrců holotropního dýchání je mnoho (Suchý in Bílková, 2011), svědčí o tom i zapojení médií, které se na celou věc dívají velice zaujatě. Terapeutka Badoučková seznam kritických připomínek shrnula ve svém článku (Badoučková, 1997) a z pohledu kvalifikovaného odborníka na ně odpověděla. Jak již bylo popsáno v kapitole 4.6 Úloha facilitátora, zásadní je odborný dohled nad procesem, a proto velké riziko spočívá právě v nedostatečné kvalifikace provozovatelů holotropní terapie či domácí samoukové. Proto by se zájemci o holotropní dýchání neměli vydávat do péče lidem, kteří si na léčitele a terapeuty jen hrají a nemají řádné osvědčení o ukončení výcviku, podepsané dr. Grofem.

Další častou připomínkou je téma hyperventilace. Podle odpůrců převážně z řad lékařů tvrdí, že překysličení mozku může mít na jeho buňky škodlivý vliv. Je dobře známo, že hyperventilace těsně souvisí s úzkostí, ovšem nevíme přesně, co způsobuje co. Hyperventilace způsobuje úzkost či naopak? Jisté je, že lidé náchylní k úzkosti

² MUDr. Milan Hrabánek, Mgr. Jitka Badoučková, MUDr. Stanislav Kudrle, Miroslav Kašpar, Ing. Jan Šilar, PhDr. Ludmila Chrástánská, Boris David, PhDr. Zlata Hálová, CSc., Ing. Niki Petrášová, Mgr. Michal Vančura, PhDr. Jaromíra Böhmová, MUDr. Zdena Kmuničková, MUDr. Jaroslav Kursá, MUDr. Ondřej Peč, Táňa Petráňová, Mgr. Magdalena Bahník Šimečková (www.holos.cz).

hyperventilují. Jak již bylo popsáno v kap. Složky holotropního dýchání, tělesná reakce na hyperventilaci se mezi jedinci výrazně liší a tyto symptomy je podle Grofových potřeba podporovat, nikoli potlačovat, protože jsou výrazem o vlastní vyléčení (Grofovi, 2011). Badoučková svou oponenturu hyperventilačního syndromu zakládá na faktu, že hyperventilace v určitých částech těla paradoxně navozuje relativní nedokysličení, navíc organismus je schopen určité sebekorekce a je schopen udržet si potřebné množství kyslíku jak v tělních tekutinách, tak i v buňkách.

Setkáme se i s takovými názory, že je HD nepřímou propagací drog a v podstatě náhražkou jedné závislosti za jinou. V první řadě je z diagnostického hlediska podmínkou závislosti opakování a diagnóza závislosti se stanovuje po jednom roce užívání látky (Nešpor, 2011). Pokud bychom užívání převedli v případě HD do praktikování, nemohlo by se zde o závislosti v žádném případě hovořit, protože řada lidí – absolventů se sezení zúčastní jen jednou, řada lidí se sezení zúčastní víckrát, poté však necítí potřebu další terapie. Je to dáno pravděpodobně zážitkem, který pro ně byl natolik strhující a převratný, že z něj zřejmě budou žít řadu let. Také nejsou známy případy, kdy by holotropní dýchání učinilo člověka závislým či narkomanem. Naopak např. z výzkumu Bílkové vyplývá, že ženy závislé na alkoholu: „*vnímají přínosné především jako součást doléčování a účinnou metodu sebepoznávacího procesu*“ (Bílková, 2011, 90). Ostatně vzpomeňme na výše zmíněnou praxi Stanislava Kudrleho ve FN Plzni.

V neposlední řadě bývá kritika HD založena na spojení této metody s transpersonální psychologií a s vysvětlením zážitků pomocí rozšířené mapy psyché a přesahem do dalších věd. Mnohdy jsou holotropní stavy považovány za patologické a ona zmiňovaná vnitřní inteligence dýchajícího, které se do cesty terapeut neplete, zpochybňována. Paralelu však najdeme v Jungově metodě aktivní imaginace, kdy proces neřídí intelekt, ale bytostné Já. Zde psychoterapeut vytváří pouze podpůrné prostředí k dosažení psychospirituální transformace a nabízí metody (Jung, 1993).

Ne příliš lichotivého „ocenění“ se Grof dočkal od části vědecké obce, která je sdružena ve spolku skeptiků Sysifos. V roce 2000 obdržel bronzový Bludný balvan za „*přetavení šamanských praktik hyperventilace do tzv. holotropního dýchání, skrze něž lze způsobit v mozku chemickou bouři a navodit tak přiotrávenému mimořádné pocity a zážitky*“ (www.sisyfos.cz). Tato kritika se jim však nezdála dostatečná a po sedmi letech „ocenila“ Grofa Jubilejním Diamantovým Bludným Arcibalvanem v kategorii jednotlivců, a to „*za navozování a zkoumání stavů holotropního vědomí, které láme pouta časoprostoru*

a dokáže tudíž kdykoli a kamkoli vlézt“ (www.sisyfos.cz). Těžko říci, z jakých poznatků kritika spolku Sysifos vychází, nicméně postrádá věcné argumenty. Představu o praktických poznacích těchto vědců o HD si můžeme učinit na základě jejich komentáře k této metodě: „Teoreticky by měla být levná, protože vzduch je zadarmo, to se ale vůbec nedá říci o „kurzech“, které tento guru nabízí svým žákům. Ti se mohou naštěstí zahojit na dýchačích, kteří mohou nadužívat vzduch jen pod vedením těchto zasvěcenců, poté co zaplatí tučný honorář.“ Grof, který mimořádným stavům vědomí zasvětil prakticky celý život, podílel se na vytvoření obsáhlého psychologického směru a propracoval se svou ženou terapeutickou metodu známou téměř po celém světě, se uznání a přehodnocení od spolku Sysifos jistě v nejbližší době nedočká, nicméně nemůžeme opomenout prestižní Cenu VIZE 97, kterou v roce 2007 Stanislav Grof obdržel. „Od roku 1999 uděluje Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 v souladu se svým posláním svou mezinárodní Cenu význačnému mysliteli, který svým dílem překračuje tradiční rámeček vědeckého poznání, přispívá k chápání vědy jako integrální součásti obecné kultury, nekonvenčním způsobem se zabývá základními otázkami poznání, bytí a lidské existence“ (Grof, 2007b; www.vize.cz).

Shrnutím odpovědi kritikům je bezesporu bezpečnost, která je zajištěna pro zdravé klienty pod vedením zkušeného a kvalifikovaného facilitátora. U každého onemocnění musí být předem pečlivě zvážena vhodnost metody. HD se může stát nebezpečným, pokud se do role facilitátora dostane nezaškolený amatér bez adekvátních znalostí a zkušeností. Kompetence facilitátora musí obsáhnout také dovednost poskytnout oporu při znovuprožívání traumatických událostí a individuální zvážení vhodnosti užití metody HD (Grof & Grofová, 2011).

Metoda HD je užívána již půl století a nebezpečí spuštění psychóz nebo poškození mozku hyperventilací se nepotvrdily. Ať už by negativní účinky HD působily hned nebo až s odstupem času, projevíly by se jistě na samotných facilitátorech, protože instruktoři HD musí během výcviku absolvovat kolem čtyřiceti sezení.

5 TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ

Léčebné účinky holotropního dýchání jsou tak dramatické a smysluplně propojené s konkrétními zážitky ze sezení, že není žádných pochyb o tom, že holotropní dýchání představuje vysoce hodnotnou formu terapie a sebeobjevování. V průběhu řady let Grof

(2000) se svým týmem mohli nesčetněkrát pozorovat, jak se mnozí klienti vymanili i z několikaletých depresí, překonali různé fobie, zbavili se sžíravých iracionálních pocitů a výrazně posílili důvěru i úctu k sobě samým.

Samotní účastníci seminářů HD vypovídají, že zlepšení, kterého docílili během několika dýchání, se jim nepodařilo dosáhnout ani po několik let trvající verbální terapii. Hovoříme-li o hodnocení účinnosti intenzivních forem zážitkové psychoterapie, tedy také léčby pomocí psychedelických látek a holotropního dýchání, je zcela nezbytné zdůraznit některé zásadní rozdíly, jimiž se tyto přístupy odlišují od verbální psychoterapie. Slovní metody psychoterapie zabírají často mnoho let, přičemž náhlá dramatická zlepšení jsou spíše výjimkou, než běžnou záležitostí. Pokud pacient zaznamená nějakou změnu příznaků, dochází k ní v příliš širokém časovém rozpětí, takže je pro něj obtížné prokázat její příčinnou spojitost s určitou situací během léčby nebo s léčebným procesem obecně. Pro srovnání, v psychedelickém či holotropním sezení může k radikální změně dojít v průběhu několika hodin, takže je lze s určitostí dát do souvislosti s konkrétním zážitkem. Změny pozorované během holotropní terapie se neomezují pouze na stavy, které jsou tradičně charakterizovány jako emoční nebo psychosomatické (Grof, 2000).

5.1 ÚČINKY NA SOMATICKÉ PORUCHY

Holotropní dýchání v mnoha případech vedlo k dramatickým zlepšením somatických stavů, které jsou v lékařských učebnicích popisovány jako nemoci organického původu. V důsledku bioenergetického odblokování a následného zlepšení krevního oběhu v odpovídajících oblastech jsme mohli pozorovat například vyléčení chronických infekcí (zánětů dutin, hltanu, průdušek a močového měchýře). Rovněž jsme pozorovali plné obnovení periferního krevního oběhu u některých lidí trpících Raynaudovou nemocí, poruchou projevující se chladnými dlaněmi a chodidly, kterou provázejí dystrofické změny kůže. Víme také o několika případech, kdy holotropní dýchání vedlo k výraznému zlepšení artritidy. Zřejmě rozhodujícím faktorem, jenž ve všech těchto situacích zásadním způsobem přispěl k uzdravení, bylo uvolnění silných bioenergetických bloků v postižených místech, po němž následovalo rozšíření cév. Nejvíce překvapivým pozorováním, které jsme v této kategorii mohli zaznamenat, bylo dramatické zlepšení pokročilých příznaků Takajasuovy artritidy, nemoci, jejíž etiologie není známa, a jež je charakterizovaná postupujícím uzavíráním tepen v horní části těla. Jedná se o stav, který bývá zpravidla považován za progresivní, neléčitelný a potenciálně smrtelný (Grof, Grofová, 2011).

5.2 VLIV NA FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI, SVĚTONÁZORU A ŽIVOTNÍ STRATEGIE

Manželé Grofovi na základě své dlouholeté praxe a pozorování z ní vyplývajících usuzují, že pozitivních změn v oblasti formování osobnosti lze docílit znovuprožitím emočních a tělesných traumat, nicméně těch nejhlubších a nejradiálnějších změn může člověk dosáhnout jen ve spojení se zážitky perinatálními a transpersonálními. Pokud je proces sebepoznání směřován na biografickou úroveň, dochází k cennému vhledu, že v důsledku traumat není prožívání a fungování v životě autentické. Příčinou této neautentičnosti je fakt, že životní strategie byla motivována strachem ze smrti a ovládána nevědomými silami, jež se vztahují k biologickému porodu. Základní tezí je tedy to, že jsme boj o vlastní narození ukončili anatomicky, nikoli však emočně. „*Biologický význam a hloubka těchto prožitků nám naznačují, že jejich záznam lze vystopovat ve starých mozkových strukturách. Jedinou námitkou proti možnosti existence porodní paměti je fakt, že kortikální cesty nejsou ještě myelinovány, tudíž pokud nevyločíme možnost, že porodní vzpomínky mohou být uloženy v subkortikálních oblastech, tato paměť není relevantní. Poznatky získané ze sezení s LSD podporují psychoanalytické teorie zdůrazňující význam raného orálního stádia, ale současně jednoznačně poukazují na zásadní význam porodního traumatu*“ (www.holos.cz).

Zda-li dojde k rozvoji psychopatologických projevů a v jaké konkrétní podobě, zcela závisí na charakteru postnatálních zážitků jedince (systémů COEX). Správná mateřská péče a pozitivní prožitky z dětství vytváří mezi touto matricí a egem určitou bariéru. Na druhé straně, další traumatické postnatální zážitky usnadní projevy různých aspektů porodní zkušenosti. Selektivní aktivace konkrétního aspektu zcela závisí na povaze příslušných systémů COEX³ (prožitcích tísně, deprese, viny, méněcennosti, aj.).

Jedinci, kteří se dali na cestu seberozvoje prostřednictvím holotropních stavů, procházejí hlubokou proměnou osobnosti. Pokud se jim podaří vynést nevědomý materiál do vědomí a integrovat jej, stávají se mírumilovnějšími, méně agresivnějšími a spokojenějšími sami se sebou a tolerantnějšími k ostatním. Grofovi (2011) také popisují, že si člověk náhle dokáže užívat života a čerpat uspokojení z běžných situací. Dalšími fenomény, které se prohlubují následkem zážitků během holotropního dýchání je vděčnost

³COEX, čili systémy zhuštěných prožitků (systems of condensed experience) obsahují emočně nabitě vzpomínky stejné kvality. Každá COEX soustava má své charakteristické téma (např. ponižující vzpomínky) a „je navrstvena na velice konkrétní aspekt prožitku biologického porodu a je v něm také zakotvena“. Podle Grofa (2000) jsou to dynamické síly ovlivňující každou oblast našeho emočního života.

a úcta k veškerému životu. Neméně obvyklý je rozvoj hlubokých humanitárních a ekologických zájmů. Člověk, který měl možnost prožít takovéto zážitky má povědomí o tom, že veškeré hranice ve vesmíru jsou zcela subjektivní a že na hlubší úrovni jsme každý z nás i veškerá stvoření nedílnou součástí jednotné kosmické sítě.

V následujících kapitolách věnovaných výzkumu terapeutického potenciálu holotropního dýchání podrobíme některá tvrzení Stanislava Grofa ověření z pohledu samotných účastníků. Budeme tedy zkoumat, jak moc jsou pravdivé výroky jako např.: „*Samotní účastníci seminářů HD vypovídají, že zlepšení, kterého docílili během několika dýchání, se jim nepodařilo dosáhnout ani po několik let trvající verbální terapii*“ a pokusíme se zjistit, jak moc je důležitá hloubka popisovaných zážitků vzhledem k léčebnému procesu z hlediska formování osobnosti.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 ÚVODNÍ POZNÁMKY KE KVALITATIVNÍMU PŘÍSTUPU V PSYCHOLOGII

Oproti kvantitativnímu výzkumu, kde se snažíme vliv výzkumníka co nejvíce upozadit, má zde role a pozice člověka, který výzkum provádí, zcela jinou hodnotu. Výzkumník se dostává do centra dění a jeho podíl na procesu je více než nezanedbatelný (Miovský, 2006). Vliv výzkumníka se projevuje v pěti prostorech či kontextech. Jsou jimi biologický, kulturně-historický, sociální, sociálně-psychologický a psychologický prostor. V podstatě se jedná o životní oblasti výzkumníka, které jsou relevantní při kontaktu s participanty. Čím lépe člověk těmto kontextům rozumí a je seznámen se svou vlastní motivací, tím lépe je ošetřen proces hodnocení, přisuzování a v neposlední řadě jeho vlastní pohled na svět. Tato *osobní reflexivita* se však netýká jen výzkumníka, ale i všech účastníků výzkumu. Změna role a pozice výzkumníka se těsně dotýká oblasti etiky, a proto zazní i v podkapitole 8.4 Etické problémy a způsob jejich řešení.

Zásadní a nedílnou součástí kvalitativního výzkumu, a IPA designu (který bude také použit) zvláště, je interpretace. Interpretace je jev či v užším pojetí tvůrčí schopnost, která se podílí na všech úrovních vzniku výzkumu a Smith et al. (2009) ji nepovažuje za překážku mezi výzkumníkem a zkoumaným předmětem. Interpretaci lze považovat za nástroj práce s „řečovou hrou“ (Wittgenstein, 1993), tedy způsobem jakým jsou pojmy používány v řeči, což lze využít při hledání podobností u výpovědí jednotlivých probandů. Interpretace provází kvalitativní výzkum v několika fázích či úrovních. Samotné kritické přezkoumání soudobého stavu poznání je ve své podstatě vlastně první úroveň interpretace (Miovský, 2006), vede totiž k vytvoření představ a teoretické báze, na jejímž podkladě vzniká výzkum. Další úroveň interpretace je interpretace zkoumaného jevu zkoumaným probandem a i když jsou odpovědi, které nám participant podává, strukturované a srozumitelné, ve svém myšlenkovém původu mohly být chaotické. Nelze opomenout interpretaci probíhající při transkripci dat a samozřejmě i při jejich translaci a analýze. Vystupuje zde důležitost osobní reflexivity, zmíněné v předešlém odstavci.

Závěrem shrneme silné a slabé stránky resp. rizika kvalitativního přístupu ke zkoumání. Předností kvalitativního výzkumu je jistě podrobnost, se kterou data získáváme. Při jejich sběru máme také možnost reagovat na různé situace a podmínky, což jsou jistě podstatné faktory, které přispěly k našemu rozhodnutí tento přístup použít, nicméně zřejmě nejdůležitější pro nás byla možnost studovat procesy, v našem případě tedy potenciální terapeutické změny.

Nevýhodami kvalitativního výzkumu je obtížné testování hypotéz a teorií. Časově náročný je sběr a analýza dat, výsledky mohou být ovlivněny osobními preferencemi výzkumníka. V souvislosti s jedinečností a neopakovatelností výzkumu vystupuje do popředí problematika srovnání s jinými výzkumy. Také reliabilita je v tomto případě nedostatkem, a i když jsou data bohatá a hluboká, nejsou tak tvrdá, jako v kvantitativním výzkumu. V kontextu IPA uvádí zajímavé pojetí ekologické validity Smith et al. (2009). Aby byla naplněna v dostatečné míře, stačí si vybrat dostatečně malou zkoumanou populaci.

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkum představuje několika po sobě jdoucích, logicky na sebe navazujících kroků. Abychom mohli úspěšně formulovat výzkumný problém, je potřeba nejprve učinit mapování, na nějž navazuje teoreticko-kritická analýza poznání (Miovský, 2006), která se také někdy nazývá library research (Hendl, 2008). V této diplomové práci je učiněno mapování nejprve na základě konzultace s účastníkem holotropního dýchání o současné situaci seminářů a celkové atmosféře kolem HD v ČR. Poté jakožto seznámení se s přirozeným prostředím, kde holotropní dýchání probíhá, a to skrze návštěvu semináře a konzultací s facilitátorem HD. Teoreticko-kritická analýza se odráží v teoretické části, kde je shrnuta dostupná literatura relevantní k holotropnímu dýchání, ať už se jedná o monografie či odborné články a internetové zdroje. Další fáze celého výzkumného procesu spočívala v zamyšlení nad samotnými cíli výzkumu, tedy čeho nejdůležitějšího chceme naší prací dosáhnout. V našem případě je to tedy prozkoumání vnímaného potenciálu této metody z hlediska proměny osobnosti, vnímání a postoje k okolí i k nim samotným a změna v oblasti kognice a racionality z pohledu lidí, kteří měli možnost projít procesem holotropního dýchání. Také se pokusíme zjistit, zda, případně jakým způsobem se změnil život účastníků v každodenní náplni vzhledem k vykonávaným činnostem. Společně s cíli výzkumu byly formulovány výzkumné otázky. V rámci kvalitativního výzkumu, potažmo v rámci designu IPA (kterému je společně se zakotvenou teorií v dalším textu věnována samostatná podkapitola), slouží hlavní výzkumná otázka jako specifikace výzkumného záměru. Tato otázka musí být dostatečně otevřená a hlavně exploratorní spíše než explanatorní (Smith et al., 2009). Podobná je úloha hlavní výzkumné otázky i v zakotvené teorii, nicméně tam se často, společně se sběrem dat, proměňuje a zužuje (Strauss,

Corbinová, 1999). V rámci metody zakotvené teorie se výzkumník se neustále pohybuje mezi analýzou a změnou vedlejších výzkumných otázek a další tvorbou dat, která je ovlivněna předchozí analýzou. Nicméně v tomto výzkumu je v počátku procesu stanovena hlavní výzkumná otázka a dále ji již neproměňujeme, protože z analyzovaných dat postupně vystoupí odpověď na tuto otázku a zde potřeba tvorby nové teorie. Výzkumné otázky, které si vzájemně nesmí odporovat (Miovský, 2006) jsou rozděleny na jednu hlavní výzkumnou otázku a čtyři vedlejší výzkumné otázky. Vedlejší i hlavní výzkumné otázky vycházejí z teorie. Naše vedlejší výzkumné otázky jsou zaměřeny zejména na klíčová témata změny v důsledku holotropní terapie.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaký vliv má holotropní dýchání na formování osobnosti?

Vedlejší výzkumné otázky:

- 1) **Jaký vliv má praktikování holotropního dýchání na sebepojetí?**
- 2) **Jaký způsobem holotropní dýchání ovlivňuje vztahy k druhým lidem?**
- 3) **Jaký vliv má holotropní dýchání na změnu hodnot a přístup k životu?**

8 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

Jak je patrné z předešlého textu a jak vyplývá ze samotného názvu diplomové práce, nejvhodnějším výzkumným rámcem je v tomto případě kvalitativní metodologický přístup, který se zaměřuje na holistické vnímání zkoumaného fenoménu s cílem porozumět mu v širších souvislostech. Také v kapitole 6 Úvodní poznámky ke kvalitativnímu přístupu v psychologii již byly zmíněny přednosti kvalitativního přístupu, které se jeví jako zásadní při rozhodování, jakou cestou se v tomto výzkumu ubírat, navíc procesualnost a dynamika zkoumaného fenoménu ani nedovoluje pracovat s kvantitativními metodami.

8.1 ZVOLENÝ TYP VÝZKUMU

Existuje několik typů kvalitativního výzkumu. Někteří autoři se však rozcházejí v názoru, co patří do kategorie typů výzkumu a co už je součástí metod analýzy dat. Např. Strauss a Corbinová (2009) zařazují do typů výzkumu vedle fenomenologického pojetí či entografie i zakotvenou teorii, naproti tomu v Miovského (2006) publikaci najdeme

zakotvenou teorii v rámci metod analýzy dat a jako základních pět typů výzkumu uvádí případovou studii, analýzu dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluaci. V této diplomové práci se budeme držet systému Miovského, proto je zvoleným typem výzkumu případová studie a zakotvená teorie společně s IPA je součástí metod analýzy dat. Důležitá je definice případu, který odpovídá zvolenému teoretickému rámci studie, v tomto případě se tedy jedná o participanty, kteří absolvovali holotropní dýchání, a to u certifikovaného vedoucího nejméně třikrát.

Jak už napovídá sám název, případová studie představuje detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zde je zásadní rozdíl oproti statistickému šetření, kde naopak shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů). Důležitost tohoto typu výzkumu zajisté ocení moderní kliničtí psychologové (Miovský, 2006), nicméně jeho tradice je dlouholetá a v historii najdeme i „slavné“ případové studie, např. Freudovu (1947) *Studii o hysterii*. Cílem případové studie je „zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“ (Hendl, 2008, 104).

8.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Kvalitativní výzkum je typický svým zaměřením na detail a tomu odpovídá i typická velikost vzorku u kvalitativně orientovaného výzkumu. Nehledě na jiné přístupy, u IPA designů se doporučuje tři až šest respondentů na jednu studii (Smith et al., 2009). Počet respondentů v této práci byl nakonec stanoven na čtyři. Věk respondentů se pohyboval mezi dvaceti-čtyřmi a padesáti lety. Délka praxe holotropního dýchání se u jednotlivých respondentů pohybovala od půl roku do šesti let a počet absolvovaných seminářů či sezení v rozmezí pěti až šedesáti-pěti. Respondenty byli dva muži a dvě ženy. Jako nepravděpodobnostní metoda výběru výzkumného souboru byla použita metoda sněhové koule, přičemž nultá fáze proběhla prostřednictvím doporučení a předání kontaktu na probanda. Každý participant byl telefonicky osloven s dotazem ohledně spolupráce na výzkumu.

Samotné získávání či tvorba dat probíhala prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů. Je to zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, protože je vytvořeno určité schéma, nicméně jím tazatel není natolik svázán, aby nemohl pořadí jednotlivých otázek přesunout. V našem případě byl kladen důraz na přirozený průběh rozhovoru a naplnění jádra interview (Miovský, 2006), čili zodpovězení otázek, které zodpovězeny být musí vzhledem k vysoké relevantnosti s hlavní a vedlejšími výzkumnými otázkami. Struktura otázek – viz příloha č. 2. Interview probíhala ve dvou případech

v tichých částech restaurací, jednou v parku a jednou pak v domácím prostředí probanda. Byly tak splněny požadavky bezpečného a důvěrného prostoru (Mioviský, 2006) a zároveň byly prostřednictvím krátké zkoušky diktafonu a následného poslechu ošetřeny rušivé vlivy (Strauss, Corbinová, 1999). Všichni respondenti byli před zahájením rozhovoru seznámeni s etickými pravidly výzkumu, stejně jako s přibližnou podobou a délkou rozhovoru. Všichni respondenti byli velice sdílní a neměli problém hovořit delší dobu sami, což bylo velice důležité z hlediska přínosu jejich osobnosti vzhledem k tématu. Vzhledem k přirozenosti všech rozhovorů nebyl problém s tématy, které by se mohly zdát důvěrnější než ostatní a probandům stačila velice krátká doba k navázání raportu a dobrovolnému „otevření“ důvěrných témat.

Jak jsme již zmínili, struktura rozhovoru byla orientační s důrazem na jádro interview. Všechny rozhovory tedy měly stejné jádro, nicméně každý rozhovor byl originální a lišil se od ostatních, v čemž lze vidět klíčovou pozici interpretace při tvorbě dat. Nejkratší rozhovor trval tři čtvrtě hodiny, nejdelší pak hodinu třicet pět minut. Rozhovory byly nahrány pomocí diktafonu.

8.3 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Krok zpracování dat čili přepis zvukové stopy do textové podoby byl proveden pomocí zmíněného diktafonu, sluchátek a notebooku. Základním pravidlem podle Strausse a Corbinové (1999) je přepsat jen tolik, kolik je třeba, v rámci našeho výzkumu byl text přepsán pro jistotu kompletně tzv. „slovo od slova“, nicméně po další analýze byly vřazeny části textu, které nebyly relevantní našemu tématu. Dále byl výsledný přepis naformátován dle požadavků IPA analýzy (široké okraje na obou stranách umožňující psaní poznámek a tvoření tematických celků).

Cílem IPA je vzhled do specifčnosti zkoumaného tématu a jejím prvním krokem je opakované a detailní čtení textu ve snaze proniknout co nehlouběji do tématu a do popisované zkušenosti dýchajícího. Ve druhém kroku již dochází k abstrahování vět a větných spojení z textu, výzkumník si tak vypisuje zajímavé a dle jeho soudu relevantní pasáže. Další variací na tento krok analýzy je také tzv. *dekontextualizace*, která spočívá ve čtení textu v opačném pořadí nebo vytrhávání jednotlivých pojmů a pasáží z kontextu. Všechna prvotně abstrahovaná spojení a věty zapisujeme na pravý okraj vytištěného listu (viz příloha č. 3) a po dokončení tohoto kroku tyto abstrakce přepisujeme na levý okraj listu, kde figurují ve zkratkovitější a heslovitější podobě. V této fázi již vyvstávají témata prostřednictvím krystalizace dat. Následně jsou slovní spojení z levého okraje listu

přepsána na samostatný papír a jsou s nimi prováděny logické (myšlenkové) operace. K tomu to účelu byl v našem případě použit software XMind, který pracuje na principu myšlenkových mapa lze v něm manipulovat s pojmy a tvořit mezi nimi vztahy. Cílem této manipulace je přeskupit jednotlivá hesla tak, abychom začali nacházet podobnosti a nadřazené kategorie, tzv. *emergent themes*. Tato vystupující témata slouží jako odrazové můstky pro komparaci a výsledné tvoření závěrů. Všechny témata a výroky se sdružují a porovnávají jako logické kategorie, pomocí logických operací. Smith a jeho kolegové (2009) uvádějí: abstrakci, zařazení, polarizaci, kontextualizaci, sčítání a funkci tématu jako celku mezi nejpoužívanějšími logickými postupy.

. Jakmile je tedy dokončena analýza jednotlivých rozhovorů, je možné přistoupit k celkové analýze, porovnávání témat napříč rozhovory a jejich spojování, kategorizacím a dalším logickým operacím. Velkou výhodou přístupu IPA (stejně jako zakotvené teorie) je možnost postupovat mezi jednotlivými kroky, vracet se a upravovat předešlou analýzu, přesně podle principu iterativního cyklu. Tímto způsobem jsme v podstatě naplnili strukturu zakotvené teorie v podobě induktivního odvozování závěrů z nasbíraných dat (Strauss, Corbinová, 1999) a zároveň postupovali podle instrukcí IPA manuálu (Smith et al., 2009, Reid et al., 2005), ve kterém se doporučuje se průběžně vracet po jednotlivých krocích a také měnit podobu rozhovoru a závěrů ve světle nově získaných dat. V následující kapitole 9 Výsledky uvedeme nejdříve výsledky analýzy každého respondenta zvlášť, a potom se věnujeme celkové analýze, ve které jsou obsaženy všechny čtyři případy.

8.4 METODY KONTROLY A ZVYŠOVÁNÍ VALIDITY

Termín metody kontroly a zvyšování validity představuje „*konkrétní procedury a techniky, jimiž zjišťujeme, zda postup, který jsme zvolili a zjištění, k nimž jsme prostřednictvím tohoto postupu dospěli, jsou validní*“ (Miovský, 2006, 263). V našem kontextu se o kontrole hovořit nedá, nicméně jsme se pokusili alespoň o zvýšení validity. Tzv. ekologická validita je dána velikostí výběrového souboru k populaci. V tomto případě populace lidí, kteří absolvovali holotropní dýchání pod vedením certifikovaného facilitátora nejméně třikrát, není příliš velká a mohlo by se tedy zdát, že je vzorek čtyř lidí dostačující. Z hlediska zvýšení validity týkající se výběru účastníků z výzkumného souboru je důležité rozmezí počtu absolvovaných seminářů probandy (pět až šedesát pět) a délka jejich celkové praxe (půl roku až šest let). Tato validita už by se zřejmě moc zvýšit

nedala. Jistá rezerva se vyskytuje v případě validizace respondenty. Ta proběhla jen jednou, prostřednictvím kontroly přepisu a poznámek mé interpretace k nim.

8.4 ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ

Etická stránka výzkumu je zcela zásadní a v rámci našeho výzkumu byla ošetřena následujícími kroky. Účast všech participantů byla naprosto dobrovolná, před zahájením rozhovoru byly seznámeny s výzkumným záměrem a podepsaly informovaný souhlas cílem a podmínkami výzkumu, který byl podmínkou jejich účasti. První seznámení s výzkumným záměrem proběhlo již dopředu telefonickou formou. Probandům bylo sděleno jejich právo na zachování anonymity a před začátkem rozhovoru byli požádáni o souhlas s nahráváním na diktafon. Všechny účastníky zajímalo, zda mám osobní zkušenost s holotropním dýcháním, na což jsem v krátkém souhrnu odpověděl. Odpověď byla zásadně nehodnotící, tak abych vyhověl participantům, nicméně abych také neovlivnil další průběh rozhovoru. Objasněna byla taktéž moje role ve výzkumu. Finanční odměna byla nabídnuta všem, v praxi však byla uplatněna jen ve dvou případech prostřednictvím úhrady účtu, který vznikl během rozhovoru v restauraci.

9 VÝSLEDKY

Uvádíme zde nejprve deskriptivní popis analýzy, přičemž témata v textu jsou stejně jako v seznamu označena kurzívou. Jedná se o významové jednotky uvedené na levém okraji tištěného rozhovoru. Na závěr provádíme finální souhrnnou analýzu napříč všemi rozhovory.

9.1 PARTICIPANT Č. 1

První rozhovor byl uskutečněn v tichém koutu restaurace s respondentem – mužem, který absolvoval semináře holotropního dýchání celkem desetkrát ve dvou letech. Celý rozhovor trval padesát minut s tím, že byl velice věcný, a proto doba našeho povídání nemusela přesáhnout ani hodinu jako v ostatních případech. Zaznělo jedno téma, které nebylo přímo jádrem holotropního dýchání, nicméně s ním okrajově souviselo. Jednalo se o srovnání se stavy vyvolanými psychoaktivními látkami a zkušenosti s nimi. Tato část rozhovoru sice přepsána byla, nicméně podle instrukcí manuálu IPA (Smith et al., 2009), kde je uvedeno, že irelevantní části rozhovoru nemusí být přepisovány, jsme tuto část vyřadili. Rozhovor byl přepsán celý hlavně z důvodu nevelké zkušenosti s výzkumem tohoto typu. U participanta č. 1 (dále P1) asi nejvýrazněji vystoupilo téma prožitku

vlastního porodu, který byl pro něj „jeden z těch nejsilnějších zážitků, co jsem zažil“ a výrazy, které jsou s tímto prožitkem ve spojení, vykazují jistou dramatičnost. Jsou jimi substantiva „mazec, masakr, boj o život“, nebo také adjektivum „hustý“. Co je však v tomto případě důležité, P1 tento zážitek považuje za jednoznačně pozitivní a doslova se mu od toho zážitku „dýchá lépe“. Téma prožitku vlastního porodu prochází napříč všemi rozhovory a budeme se mu tedy věnovat i v dalších podkapitolách. P1 hodnotí své zkušenosti s HD pozitivně a jediné, co se mu nezdálo být vyloženě pozitivní je kontext věku, ve kterém dýchal poprvé – v osmnácti letech. Pro něj samotného byl již první seminář obohacující, nicméně byl díky svému věku v neustálém kontaktu se svými vrstevníky, kteří by v případě, že by je chtěl poučit o léčebném potenciálu HD, podle jeho slov „jistě neposlouchali“. Jako nejzásadnější se P1 z hlediska procesu jeví celistvost složek. Popsal situaci, kdy se nemohl zúčastnit závěrečného sharingu a proces HD pro něj nebyl dokončený. Celou proceduru pak označuje jako „léčebný proces“. Zdůrazněna je role facilitátora, který musí být „profesionál“, a také role sittera, se kterým P1 vždy pociťoval vzájemnou „důvěru, důležitost a zodpovědnost“. Pozice sittera a dýchajícího jsou pro něj „dvě strany jedné mince“. Co se týče samotných léčebných či transformačních efektů, byla jich popsána celá řada. V rozhovoru zazní přímo slovní spojení „léčebný efekt“, když P1 popisuje, že stojí za to, seminář HD absolvovat, a že by zážitky, které měl možnost prožít, přál všem lidem. Po procesu HD jej provázely „pocity veselosti, uvolněnosti, kompletnosti, uvědomění sebe, uvědomění okolí, uvědomění života“. Hovořil také o aplikaci změn osobnosti ve smyslu „změny chování, změny návyků“. Pro něj je důležité, že začal veškeré změny hledat ve svém vlastním nitru.

Témata rozhovoru s P1:

1) Efekty

- *nakopnutí*
- *veselost*
- *uvolněnost*
- *krásný spánek*
- *pocit kompletnosti*
- *uvědomění sebe*
- *uvědomění okolí*
- *uvědomění života*

- *léčebný efekt*
- *lepší pro sebe*
- *lepší pro okolí*
- *něco „doklaplo“*
- *změna chování*
- *změna návyků*
- *hledání v sobě*
- *zákoutí psychiky*
- *přání ostatním lidem*
- *uvědomění si cesty*
- *jiný pohled*

2) Zážitky

- *vlastní porod*
 - *nejsilnější zážitek*
 - *hustý*
 - *mazec*
 - *masakr*
 - *boj o život*
 - *dýchá se lépe*
- *dýchání bez ničeho*
- *uvědomění celku*
- *uvědomí jednotlivce*
- *vyšší já*
- *rozšířené vědomí*
- *vědomé ovládání*
- *uvolnění se*
- *tance*
- *průchod emocí*
- *pomíjivost existence*
- *hluboké zážitky – reinkarnace*
- *mikro-makrokosmos*
- *nesmrtelnost duše*
- *„já – nic a všechno“*

- *motivace*
 - „odblokovávání“
 - *vývoj*
 - *nové stresy*
 - *nové věci na řešení*

3) Složky

- *celistvost*
- *očistný program*
- *strava*
- *pobyt*
- *sitter*
 - *důvěra*
 - *důležitost*
 - *odpovědnost*
 - *dvě strany mince*
- *facilitátor profesionál*

9.2 PARTICIPANT Č. 2

V pořadí druhý rozhovor se uskutečnil v příjemném domácím prostředí, v tomto případě participantky – ženy. Tato paní měla se svou šestiletou zkušeností poznatků a zážitků skutečně na rozdávání. Není se čemu divit, protože má za sebou zhruba šedesát-pět seminářů holotropního dýchání a asi těžko bychom hledali v ČR někoho s delšími a početnějšími zkušenostmi, samozřejmě s výjimkou samotných certifikovaných facilitátorů, než je ona. Tento rozhovor trval devadesát-pět minut a byl obohacen i o zkušenosti jiných absolventů HD. Proto se tato délka úplně neshoduje s finálním přepisem rozhovoru. Témat, které v analýze rozhovoru postupně vystupovaly do popředí, bylo spousta a rozčlenili jsme je do tří velkých celků – zážitky, životní situace a efekty. V celku zážitků patřila mezi výraznější témata prožitek vlastního porodu, který byl popsán opravdu dopodrobna. P2 také uvedla, že se tento zážitek objevil hned několikrát, nicméně pro ni byl nejvýraznější ten první, který byl nejvíce komplexní, a také měl největší hodnotu z léčebného hlediska. Prožitky porodů, které přišly na dalších seminářích si P2 vysvětluje jako určité symboly puzení k akci, čili ke konkrétním životním krokům nebo možná jednomu kroku. Tento fenomén opakování úzce souvisí s tematickým celkem „životní situace“, kterému se budeme také věnovat. Dalším výrazným tématem v sekci „zážitků“ byla důležitost celého

procesu, stejně jako u P1. P2 popisovala taktéž situaci, kdy nemohla být na závěr semináře přítomna a velice ji tato část chyběla. Proto se zde objevují témata jako „nedokončený proces“, „skupina“, která dodávala sezení dobrou atmosféru a pro naši P2 přinášela pocit bezpečí. Co také zaznělo v rozhovoru s P1, je důležitost facilitátoru, přičemž podle druhé participantky existují značné rozdíly v přístupu jednotlivých certifikovaných facilitátorů např. v oblasti práce s tělem či přípravným procesem a zjišťováním stavu vhodného pro holotropní dýchání. Ze složek HD se P2 dále více věnovala mandalám a sharingu, což jsem shrnul pod spojení „nejpodstatnější vyleze ven“. Mandalady jsou důležitou součástí procesu, protože znamenají „přenos na papír“, tedy chápeme přenos zážitku na papír. Podle P2 je při této tvorbě nejdůležitější vypnout racionální uvažování a nechat své „já“ svévolně něco nakreslit, což poté přináší pocity obdivu k vlastnímu dílu a touhu po „znovupochopení“ prožitku ze samotného dýchání. U naší participantky také došlo k tzv. „aha zážitku“, ke kterému došlo, když se po zkoumání své mandaly dostala do fáze pochopení – „aha, takhle to mělo být“. Zajímavé je téma „loupání cibule“, ke kterému je přirovnán očištný proces holotropního dýchání. Odkrývají se zde postupně nánosy negativním životních zážitků, až se člověk dostane do nejhlubší vrstvy vlastní osobnosti. Již jsme se zmínili v souvislosti s opakováním prožitků vlastního porodu o celku „životních situací“, se kterým se právě „porod“ pojí. Jak se zdá resp., jak popisuje P2 nejvíce se na hloubce prožitků v rámci HD podepisuje „těžká životní krize“, „touha po změně“ a „pocity nefunkčnosti“. V tomto případě tato hypotéza zcela odpovídá, protože P2 hned při svém prvním dýchání prožila vlastní porod a ani obranné mechanismy nedokázaly tuto potřebu či „touhu po změně“ zablokovat. Zmíněno bylo také téma „sebevraždy“, které se sice netýkalo přímo dotazované, nicméně se zdálo natolik zajímavé, že si žádalo o zmínku v tomto seznamu. Konkrétně se tedy jednalo o zásadní změnu člověka na základě prožitků HD, který nad variantou ukončení vlastního života uvažoval. Do souvislosti s „životními situacemi“ vstupuje taktéž ochota člověka absolvujícího HD něco změnit, resp. „neochota si pomoci“. Lidé, kteří přijíždějí na tyto semináře s nedůvěrou a neochotou, svůj léčebný potenciál omezují, než že by mu dali průchod. K tomuto dochází zejména, když je na semináři člověk přítomen jen z důvodu vyhovění svému blízkému nebo v horším případě z donucení. Efekty, které tvoří další tematický celek, se zdají být v tomto případě zcela nesporné. Některé z nich jsou krátkodobějšího rázu, některé naopak dlouhodobé. Každá změna má také svou důležitost, která se pohybuje v širokém spektru od „načerpání síly, odpočinku a políbení múzou“ až po „preprogramování v oblasti strachů a úzkostí, utlumení

vlastního ega nebo dodání spontánnosti a odvahy v jednání s druhými lidmi“. Vystupuje zde téma „vztahu k druhým lidem“, který P2 charakterizuje jako více „srdečný, veselý a otevřený“ s větší mírou „tělesného kontaktu“. Komplexně hovoří za vše téma širokého „rozvoje vlastního potenciálu“, který obsahuje spoustu aspektů, které P2 nebyla ani schopna popsat.

Témata rozhovoru s P2:

1) Zážitky

- *obrovská síla*
- *porod*
- *samoléčebné schopnosti*
- *pocit ustání*
- *silný pocit*
- *důvěra*
- *potřeba pomoci*
- *klid*
- *chci to*
- *užitečné*
- *pláč*
- *křik*
- *obrovsky úlevný stav*
- *jeden celek*
 - *nedokončený proces*
 - *skupina – pocit bezpečí*
 - *fac. – strašně důležitý*
 - *sharing – nejpodstatnější vyleze ven*
 - *mandaly*
 - *přenos na papír*
 - *aha*
- *pomoc při otevření*
- *zábrany*
- *prospání*
- *loupání cibule*

- *řev – štěstí*

2) Životní situace

- *těžká životní krize*
- *touha po změně*
- *sebevražda*
- *obrat*
- *dlouhodobé změny*
- *pocit nefunkčnosti*
- *změny v praxi*
- *kroky v životě*
- *období porodů – symbol*
- *odraz životní situace*
- *špatné zážitky z minula*
- *blok přemýšlení*
- *neochota si pomoci*

3) Efekty

- *načerpání síly*
- *odpočinek*
- *spousta energie*
- *múza*
- *rozvoj tvůrčích hodnot*
- *tanec*
- *spontánnost*
- *odvaha*
- *sebevědomí*
- *psychohygiena*
- *sebeobraz*
- *sebedůvěra*
- *sebevědomí*
- *rozvoj potenciálu*
- *vymizení úzkostí*
- *vztah ke druhým lidem*
 - *srdečnost*

- *veselost*
- *otevřenost*
- *tělesný kontakt*
- *strachy, úzkosti – přeprogramování*
- *utlumení ega*
- *rovnocennost s ostatními lidmi*

9.3 PARTICIPANT Č. 3

Dostáváme se ke třetímu účastníkovi našeho výzkumu resp. k další účastnici – ženě. Sběr dat s touto paní probíhal zase pro změnu v malé kavárně, kde byl dostatečný klid pro čisté a jasné nahrávání zvukové stopy diktafonem. Tento rozhovor byl specifický především ve výřečnosti participantky, které v podstatě nebylo možno položit otázku, a co bylo důležité, otázky ani nemusely být pokládány, protože výpověď zformovaná do smysluplného příběhu obsahovala jasné odkazy k našim otázkám. Další specifikum tohoto případu je v časovém rozložení zkušeností s HD. Je tomu totiž již deset let, kdy se naposledy naše participantka oddala holotropním stavům. Nic to však nemění na tom, že její vzpomínky byly velice živé a zdálo se, jakoby se staly nedávno. Rozhovor byl nejdelší ze všech a trval rovných sto minut. Stopáž záznamu byla jistě rozšířena barvitostí výpovědi do nejmenších detailů. Tematické celky se zde liší od ostatních a na základě rozhovoru, který měl koncepci vyprávění po časové ose, dostaly i příslušná označení – „minulost, holotropní éra a osvobození“. Ústředním tématem, které prostupovalo celým interview, je vztah s matkou. P3 byla ve svém mladém věku do značné míry ovlivněna „školou, životním stylem, doznívající totalitou“ a hlavně tedy „stylem výchovy matky“. Matka byla a vlastně ještě pořád je v jejích očích „protivný“, „rigidní“ generál, který způsobil její „zablokování“. Úzké „mantinely“, které svou výchovou vytvářela, zapříčinily to, že naší P3 „něco chybělo“. Jejím štěstím bylo, že se skrze relaxace a meditace dostala právě až k holotropnímu dýchání. Popsala „silný prvotní zážitek“, na který se postupně nabalovaly „prožitky“, které jí pomáhaly objevovat „duchovní svět“ a dopřávaly jí vlastně „růst, uvědomění si sama sebe a také zvyšování důvěry ke světu“. Byl to její „bod obratu a zlom hledání“. I když je to poměrně dlouhá doba, P3 dokázala živě popisovat, co v té době zažívala a nutno dodat, že působila velice věrohodně. Společným tématem s ostatními participanty je v tomto případě i s většinou svých subkategorií „prožitky“ v samotném procesu holotropního dýchání. Co je však pro nás jako výzkumníky nejvíce důležité, je samotné promítnutí konkrétních aspektů do formované osobnosti, v čemž tkví terapeutický

potenciál HD. Na základě svých holotropních prožitků, které, jak už jsme zmínili, představují zásadní zlom v životě P3, nyní prožívá tato dáma „krásné období“, čehož si velice váží. Její vztahy s matkou, manželem, dětmi i přáteli jsou velice funkční a důvěrné. Zažívá pocity štěstí, a to nejen při práci, kterou vykonává s radostí, a kde se podle jejích slov transformace projevila v „osobním přístupu“. Závěrem dodejme prohloubení „sebevědomí“ a „velkorysosti“.

Témata rozhovoru s P3:

1) Minulost

- *touha po poznání*
- *hledání*
- *nenasycenost*
- *styl výchovy*
- *matka*
 - *rigidní*
 - *generál*
 - *protivná*
 - *zablokování*
 - *mantinely*
 - *něco chybělo*
- *škola*
- *životní styl*
- *totalita*

2) Holotropní éra

- *silný prvotní zážitek*
- *duchovní svět*
- *odpadávání slupek*
- *zvyšování důvěry ke světu*
- *bod obratu*
- *zlom hledání*
- *závislost na guru*
- *hlad po poznání*
- *uvědomění si sama sebe*

- *růst*
- *sebepoznání*
- *příjemní, obohacující lidé*
- *počáteční ostych*
- *velká cesta*
- *velký krok*
- *být sama sebou*
- *prožitky*
 - *nepopsatelný stav*
 - *napůl cesty*
 - *kontrola*
 - *neznámý lákavý prostor*
 - *klid*
 - *potřeba dalších*
 - *niternost*
 - *hloubka*
 - *porod*
 - *úmrtí rodičů*
 - *křik*
 - *pláč*
 - *harmonie*
 - *klid*
 - *mír*
- *zlom*

3) Osvobození

- *krásné období*
- *sebevědomí*
- *uvedení do praxe*
- *výsledek*
- *sebepoznání*
- *velkorysost*
- *přátelé – důvěra*
- *funkční vztahy*

- *profesní život*
- *osobní přístup*
- *pocity štěstí*

9.4 PARTICIPANT Č. 4

Nyní budou popsány výsledky analýzy závěrečného, čtvrtého rozhovoru, tentokrát s participantem – mužem. Přibližujeme se tak pomalu, ale jistě finálnímu, celkovému hodnocení napříč všemi rozhovoru, nicméně než tak učiníme, rozebereme rozhovor s P4, který probíhal v jeho domácím prostředí, kde byl paradoxně oproti restauraci a kavárně hluk zapříčiněný rekonstrukcí. Nebyl však natolik zásadní, abychom neměli pro pokládání a následné zodpovídání otázek dostatečný klid. Mladý muž, P4 nejlépe spolupracoval s výzkumníkem z hlediska dodržení přesné struktury pokládaných otázek, což bylo dáno především přítomným kontaktem s tazatelem a „darování“ dostatečného prostoru k poležení dotazů. Interview trvalo celkem šedesát pět minut. K absolvování semináře HD u P4 došlo celkem pětkrát, přičemž jedno sezení probíhalo individuální formou. Počet tematických celků jsme zde rozdělili na čtyři, objevila se však témata, která nebyla nezajímavá, nicméně byla těžko zařaditelná do velkých celků. Při popisu prvního kontaktu s HD P4 otevíral témata jako „změněné stavy vědomí, čistá metoda, meditace, respekt, nedůvěra či nebezpečí“. Podle jeho slov se mohlo stát, že by nemusel mít tu možnost prožít holotropní stav v rámci organizovaného semináře, kdyby se mu nepodařilo překonat onu zmiňovanou nedůvěru a přehnaný respekt. V závěru doceňuje svou kamarádku, která jej prakticky dovedla až na samotný seminář. Z interview jsme se mohli dovědět např. to, že lituje absence prožitku vlastního porodu při holotropních sezeních. Na druhou stranu byl i přes tuto skutečnost dostatečně probuzen potenciál jeho vlastní přirozené inteligence, který způsobil obrat v jeho životě. Když jsme zmínili onu absenci prožitku vlastního porodu, neznamena to, že by ostatním zážitkům chyběla hloubka. Jedná se např. o zážitky „mikrokosmos-makrokosmos“ nebo „zážitek z vesmíru“. Co se týče tematických celků, první z nich představují „nepříjemné zážitky“. P4 popisuje, že samotný prožitek v mnoha případech příjemný nikterak nebyl, ovšem byl pro něj o to důležitější z hlediska „obratu“ a „úplnosti“, které pociťoval při návratu do sdílené reality, což je termín, který použil pro běžný stav vědomí. Hluboce, mnohem více než u ostatních participantů, se na životě P4 podepsala role sittera, při které několikrát čelil plnému zvládnutí této role. Zážitky, které na svém partnerovi pozoroval, měly velký vliv na něj samotného, a jak sám popisuje, měly „sílu“ a „hloubku“. Jako jediný ze čtyř probandů, kteří se našeho výzkumu zúčastnili, mohl

tento muž popsat rozdíly mezi skupinovým seminářem, který probíhá v našich podmínkách ve valné většině případů, a individuálním skupinovým sezením. S tématem typu semináře se pojí témata složek, obsažená v analýzách předešlých rozhovorů. Některé z nich totiž v individuálním sezení chybí a „nabourávají“ tak celý „systém“ či „celek. Podle P4 tak není „kruh kompletní“. Velká část rozhovoru se týkala ústředního tématu našeho výzkumu, a to samotného terapeutického potenciálu holotropního dýchání v kontextu formování osobnosti. Jako nejpodstatnější témata tohoto celku se podle výpovědi P4 jeví „všímavost“ a „sebereflexe“, které jsou důsledkem HD, a jejímiž důsledky jsou dále změny v „přístupu k druhým lidem“, změny v oblasti „pocitů, uvažování“ nebo třeba sebeobrazu. Změna je dle P4 komplexní a prostupující všechny aspekty osobnosti a jádrem k aplikaci a konkrétním krokům v životě je „změna sama sebe“. Nakonec tedy zopakujeme závěr předchozí věty v podobě motto, kterým se P4 řídí, a ke kterému jej holotropní dýchání přivedlo – „změň sám sebe“. Toto slovní spojení ve své podstatě plně vystihuje jádro celého rozhovoru s participantem č. 4.

Témata rozhovoru s P4:

- 1) Nepříjemné zážitky
 - *obrat*
 - *uvolnění*
 - *pohoda*
 - *únava*
 - *uzavřený kruh*
 - *úplnost*
 - *„všechno se vším“*
- 2) Sitter
 - *síla*
 - *hloubka*
 - *„prohloubení něčeho“*
- 3) Typ semináře
 - *sdílení zážitků*
 - *klid*
 - *nebouraný celek*
 - *kompletní kruh*

- *system*
- 4) Potenciál
 - *každodenní posun*
 - *jednoznačný vliv*
 - *přístup k životu a myšlení*
 - *samovolné změny*
 - *rozkvět osobnosti*
 - *dramatičnost zážitků*
 - *nevyřešené aspekty*
 - *uvažování*
 - *pocity*
 - *sebeobraz*
 - *postoj k druhým lidem*
 - *všímavost*
 - *sebereflexe*
 - *komplexní změna*
 - *„změň sám sebe“*
 - *přístup k druhým lidem*
 - *konkrétní kroky*
 - *aplikace*
 - *původní stav*
 - *skok*

9.5 SHRnutí VÝSLEDKŮ VŠECH PARTICIPANTŮ

Po kroku analýzy a popisu výsledků jednotlivých rozhovorů přichází na řadu nejpodstatnější část – v rámci metody IPA –, a to analýza napříč rozhovory a hledání společných témat. Tento krok slouží ke specifikaci podobností a rozdílů ve zkušenostech jednotlivých respondentů a dává tak výsledkům širší rámec. Náš výzkum neutilizuje kvantitativního přístupu a pracuje s celkovým počtem čtyř respondentů, tudíž, jak je popisováno i v rámci IPA (2009), není cílem výzkumu možnost generalizace na populaci, nýbrž generalizace na úrovni jedince. Znamená to, že díky analýze je možné usuzovat na vývoj zkušenosti jiného člověka, který absolvoval holotropní dýchání pod dohledem zkušeného, certifikovaného facilitátora. Výsledkem dobré IP, ve vztahu k naší analýze, tedy budou data, díky nimž bude možné odhadnout, jak se bude formovat osobnost

člověka, který se otevře metodě HD. Analýza napříč rozhovory umožňuje odhalit a vyzdvihnout témata, která jsou v kontextu jednotlivých rozhovorů podstatná, nicméně zde dostávají prostor i ta témata, která se, byť okrajově, objevují ve více rozhovorech. V této závěrečné analýze tak vystupují jako společná témata. Mnohem důležitější jsou pro nás však ta témata, která se vyskytují společně a navíc vykazují vysokou míru důležitosti i v rámci jednotlivých rozhovorů. V naší standardizované evaluaci terapeutického potenciálu metody HD v kontextu formování osobnosti se projevil tzv. iterativní cyklus. Umožňuje volně prostupovat mezi jednotlivými kroky analýzy, vracet se, a pak znovu pokračovat ve výběru důležitých či všeprostupujících témat, byť méně důležitých. V našem případě jsme hledali spojitosti mezi velkými významovými celky a „subtématy“, které byly součástí těchto celků. Analýza tedy postupně podle potřeby přecházela mezi těmito úrovněmi, které se v konečném důsledku doplňovaly a ovlivňovaly. Pokusili jsme se analýzu provést co nejprecizněji, aby nezůstala žádná témata skryta. V úrovni nadřazených kategorií či velkých tematických celků jsme specifikovali tři zásadní témata z pohledu časové osy. Jsou jimi „minulost“, která ve své podstatě specifikuje výchozí stav participantů ještě předtím, než absolvovali holotropní dýchání. Ve dvou případech je toto téma probráno velice detailně, ve dvou případech samostatně jen okrajově, poté jako součást druhého tematického celku. Další kategorií jsou samotné „zážitky“, které působily jako hlavní hybatel oné změny. „Zážitky“ a jádro jejich mechanismu jsou popsány všemi čtyřmi probandy velice dopodrobna. Třetím a posledním tematickým celkem v tomto kontextu jsou „efekty“. Zde jsou barvitě popisovány samotné změny, kterým se budeme více věnovat v kapitole 10 Diskuze. Souhrnem těchto celků vyvstává téma, které je nadřazeno na nejvyšší kategorii, a tím je „životní příběh“. Nikdo z participantů tuto kategorii nezmínil, nicméně z předešlého textu je jasné, že životní příběh, jehož neoddelitelnou součástí je holotropní dýchání, je jádrem všech vyprávění.

10 DISKUZE

Jak tedy výsledky našeho výzkumu korespondují s teoretickými východisky, a s jakou přesností odpovídají na výzkumné otázky?

Hlavní i vedlejší výzkumné otázky byly implicitně zodpovězeny v předchozí kapitole resp. podkapitole 9.5 Shrnutí výsledků všech participantů, kde jsme pomocí IP analyzovali velký tematický celek „efekty“. Podstatný je pro podání dostatečných odpovědí fakt, že se tento tematický celek vyskytoval u všech participantů a u všech mu byla přidělována zásadní důležitost. Pojdme tedy najít přesné subkategorie, které konkrétně odpovídají na naše výzkumné otázky.

Začneme tedy vedlejší výzkumnou otázkou č. 1, která zní **„Jaký vliv má praktikování holotropního dýchání na sebepojetí?“**. Subkategorií, které se k této otázce vážou, je napříč rozhovory celkem šestnáct. Sebepojetí je dle Hartla, Hartlové (2000, 524) *„představa, o sobě; to jak jedinec vidí sám sebe“*, ale v našem případě je tento pojem zastřešující i pro sebepercepci či sebereflexi. Společně s nimi, se jako podstatná témata změny v kontextu formování, objevovala témata jako „sebedůvěra, sebeobraz“, sebevědomí apod. Rozhodující vzhledem k naší výzkumné podotázce není samotný výskyt tématu v rámci rozhovorů, ale to, že změna v těchto ohledech byla vždy pozitivní. Z praktického hlediska popisují participanté nejvíce, že nabyli potřebnou sebedůvěru a sebevědomí k tomu, aby se cítili šťastni, dále utlumení ega a v neposlední řadě kladný pocit z toho, že mohli být sami sebou. Tuto otázku tedy zodpovídáme **kladně**.

Další, druhá vedlejší výzkumná otázka **„Jaký způsobem holotropní dýchání ovlivňuje vztahy k druhým lidem?“**, zjišťovala možné změny v interpersonální oblasti, které by mohly vlivem zážitků prostřednictvím holotropního dýchání nastat. Odpovědi můžeme taktéž čerpat z tematické kategorie „efekty“. K tomuto případu se vážou témata změny postoje k druhým lidem, jejich vnímání a vnímání sebe jako jednotlivce v kontextu celku, což má důsledky opět v přístupu ke svému okolí, a to jak blízkému, známému, tak neznámému. Stejně jako u předchozí otázky byla všechna témata chápána jako pozitivní změna jich samotných. Konkrétní projevy těchto změn na sobě pozorují participanté jako „velkorysost, důvěru ke světu, srdečností či osobním přístupem“. Jejich vztahy s blízkými lidmi jsou mnohem více funkční a ke všem lidem participanté přistupují jako k sobě rovným. Tuto otázku zodpovídáme taktéž **kladně**.

Poslední výzkumná podotázka se týká uvedení příslušných změn do praktických životních kroků, či změn, které se přímo netýkají oblastí zmíněných ve dvou předešlých otázkách. Zní takto: „**Jaký vliv má holotropní dýchání na změnu hodnot a přístup k životu?**“. V mnoha případech nebyli participanti schopni popsat všechny změny, ke kterým došlo, i když jasně cítili, že se na základě zkušenosti s holotropním dýcháním vyskytly. Často se v rozhovorech objevovala témata, která jsou na určité hranici mezi hodnotami, přístupem k životu a sebepojetím. Tematický celek obsahoval dohromady dvaadvacet témat, která se k jádru otázky vážou. Jak již bylo zmíněno, mnohdy probandi popisovali obecně „změnu chování, změnu v praxi, aplikaci, konkrétní kroky či kroky v životě“, co už je však mnohem více specifické – „otevřenost, múza, rozvoj tvůrčích hodnot, spontánnost a otevřenost“. Byly taktéž popsány změny v pracovní oblasti, ať už se jednalo přímo o změnu práce, která dopomohla ke šťastnějšímu životu, nebo o změnu přístupu ke stávající práci a lidem v ní. U všech probandů se na základě zkušenosti s holotropním dýcháním projevíly změny návyků, konkrétně v jejich očích v dimenzi špatné – dobré, a také nastala komplexní změna v životním stylu. Otázku uzavírající kategorii vedlejších výzkumných otázek zodpovídáme stejně jako obě předešlé **kladně**.

Nyní dostává prostor hlavní výzkumná otázka a tedy jádro celého výzkumu. „**Jaký vliv má holotropní dýchání na formování osobnosti?**“. Jako formování osobnosti chápe Hartl, Hartlová (2000, 170) „*proces změny a rozvoje osobnosti jako důsledek vnějšího působení*“. Formování je tedy přirozenou součástí života každého z nás, protože „*veškerý psychický vývoj je zároveň formování osobnosti*“ (Říčan, 2010, 163). Na základě kladného zodpovězení vedlejších výzkumných otázek je zcela jasné, že holotropní dýchání osobnost formuje, a to celkem výrazným způsobem, nicméně v našem případě se s tímto vyvozením nespokojíme, protože nám jde také o objasnění terapeutického přínosu v tomto formování. V tematickém celku „efekty“ se jednotlivé kategorie dost prolínají a u žádného participanta se nevyskytla jen určitá část, nýbrž všechny. Zbyla ale témata, která pomyslně stojí nad tématy relevantními k vedlejším výzkumným otázkám. Jsou to např. „léčebný efekt, rozkvět osobnosti, rozvoj potenciálu“. A právě léčebný efekt je to, co nás zajímá. Aby mohlo být terapie, musí být nejprve problému či dokonce poruchy. Proto musíme vzít v potaz, že u zdravého jedince nemusí být terapeutická změna způsobená holotropním dýcháním nikterak dramatická právě proto, že je tento člověk duševně zdravý, šťastný a cítí se v životě dobře. Participanti (P2, P3), kteří do svého rozhovoru zakomponovali svou minulost či přesněji životní situaci, ve které se před seminářem holotropního dýchání

nacházeli, o tomto léčivém potenciálu hovořili nejvíce. V tomto kontextu je důležité zmínit témata, která odkazovala přímo na terapeutický proces během dýchání. Jednalo se o „loupání cibule“ a „odpadávání slupek“. Tato témata byla vnímána zásadní a změna, ke které zde došlo, tedy byla v přímé úměře s hloubkou prožitého obsahu. Jedním z nejhlubších zážitků, a to napříč všemi rozhovory, byl prožitek vlastního porodu. Zdá se tedy, že čím hlubší zážitek a čím nepříznivější psychický stav nebo životní situace, tím větší terapeutický potenciál v kontextu formování osobnosti. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku sice není zcela jednoznačná, nicméně v našem výzkumu se neobjevila témata, která by hovořila o opaku anebo ji nepotvrzovala. Jak bychom tedy mohli na základě analýzy dat shrnout, terapeutický potenciál holotropního dýchání je velký, záleží ovšem na tom, v jakém výchozím bodě se člověk z hlediska psychického zdraví nachází, a jak hluboké jsou holotropní zážitky, což závisí také na délce a počtu absolvovaných seminářů. Kudrle (2005) taktéž tvrdí, že každá terapeutická metoda vyžaduje určité trvání, aby se projevil její účinek, a význam holotropního dýchání se zvyšuje v opakovaných sezeních a cílevědomé vnitřní práci. Hlavní výzkumnou otázku, tedy i s přihlédnutím na odpovědi vedlejších výzkumných otázek, zodpovídáme **kladně**.

I přesto, že výsledky našeho výzkumu hovoří celkem jasně o holotropním dýchání, jako o metodě, která má terapeutický potenciál v kontextu formování osobnosti, je zřejmé, že je tento fenomén potřeba zkoumat dál a hlouběji. Pokud bychom chtěli naše výsledky zobecňovat, můžeme tak učinit pouze na populaci lidí, kteří praktikovali holotropní dýchání pod zkušeným certifikovaným facilitátorem, a to v minimálním počtu pěti absolvovaných seminářů. I tak zde vystupuje proměnná hloubky zážitku, která nemusí být ani v pěti sezeních dostatečná. Pokud jsou ovšem naše výsledky validní, lze díky nim predikovat případný vývoj formujících změn osobnosti člověka s praxí HD. K dostatečné reflexi je podstatné zhodnocení, jak se povedlo zrealizovat samotný výzkum. Dle našeho názoru byla podoba samotného rozhovoru ovlivněna ve velké míře osobností výzkumníka, hlavně v oblasti vedení, dodržování struktury a pokládání otázek. Jak již bylo popsáno v metodologii, důraz byl kladen především na zodpovězení jádrových otázek, nikoli na samotný průběh rozhovoru. Možností, jak bychom mohli získat hlubší dat je více, nicméně hlavně časová náročnost v tomto ohledu stoupá. Jednou z možností je doplnit rozhovor s participantem o poznámky jeho blízkých, kteří o praktikování holotropního dýchání vědí, a kteří by mohli vnést do problematiky terapeutických změn více světla. Více světla do potenciálu HD v dimenzi zdraví-nemoc by mohla přinést diagnostika osobnosti člověka,

který se na absolvování semináře nejprve chystá a diagnostika tohoto jedince v době, kdy už má dostatek zkušeností pod certifikovaným facilitátorem k tomu, aby se kýžené změny dostavily. V tomto kontextu nás také napadá, že by diagnostiku „před i po“ neměl provádět stejný člověk. Možností je mnoho a ty, které se jeví jako nejideálnější či nejefektivnější s potenciálem získání nejvalidnějších dat jsou náročné jak z časového hlediska – longitudinální výzkum několika vybraných případů, tak i z hlediska lidských zdrojů a finančního – srovnání s ostatními terapeutickými přístupy pracující na podobných principech léčebné změny. Za zmínku stojí osobní zkušenost výzkumníka s metodou HD a jejím možným vlivem na celý výzkumný proces. V našem případě jsem vyzkoušel holotropní dýchání jednou, a to za účelem bližšího osobního seznámení se stavu, které pravidelní dýchající zažívají. Dovoluji si poznamenat, že vliv této zkušenosti na výzkumný proces, resp. zaujetí či hodnotící postoj mě jako výzkumníka je zcela zanedbatelný. A to už jen z toho důvodu, že prožitky při semináři byly plytké a spíše jen meditativního a uklidňujícího rázu, nikoli žádné dramatické výjevy z pokladnice mé vlastní psyché.

Publikací o holotropním dýchání samotném není mnoho. Nicméně i když provedeme průzkum početnější literaturou, která s touto metodou úzce souvisí, narazíme na fakt, že autory těchto publikací jsou buď samotný Grof, nebo jen malá hrstka dalších autorů. Týká se to i výzkumů, o které zjevně nezávislí autoři nemají zájem. Podívejme se tedy studie holotropnímu dýchání relevantní.

Již před jedenácti lety zkoumala vliv jednoho a opakovaného absolvování sezení holotropního dýchání na některé osobnostní vlastnosti, postoje a hodnotovou orientaci Binarová (2003). Tento výzkum byl prezentován i v rámci časopisu „Česká a slovenská psychiatrie“, a jak již vyplývá z počtu probandů, kterých bylo jedna a osmdesát, jedná se o výzkum kvalitativní. Participanti zde byli rozděleni do tří skupin – „dýchači, nedýchači a prvodýchači“, přičemž bylo zjištěno, že „dýchači“ jsou oproti „nedýchačům“ flexibilnější, mají adekvátnější přístup k realitě, jsou schopnější žít přítomným okamžikem, jsou soběstačnější, citlivější ke svým pocitům a potřebám. Zjištěny byly také vlastnosti korespondující s naším výzkumem, a to že jsou „dýchači“ více spontánní, mají vyšší sebeúctu a jsou schopnější navazovat vřelé mezilidské vztahy.

Další výzkumy v českém prostředí prováděly opět ženy. Svobodová (2010) uvedla studii, v níž byla demonstrována spojitost mezi osobnostní charakteristikou účastníků výzkumu a výstupy jejich terapie holotropního dýchání. Po analýze výsledků standardizovaného osobnostního dotazníku NEO-PI-R, byla charakterizována jako typická

motivace respondentů k účasti na holotropním dýchání zvědavost i touha po poznání a transpersonálním zážitku. Shoda všech respondentů se ukázala v posouzení významného vlivu hudby, a také osobnosti terapeuta na průběh HD. Zážitek z holotropního dýchání byl pro respondenty celkově pozitivní a přínosný, a to nejen díky transpersonálnímu zážitku, ale též možnosti asistovat druhému člověku při průběhu jeho terapie.

Bílková (2011) analyzovala vliv HD na vývoj závislosti a posílení abstinence. Výsledky byly následující. Vliv holotropního dýchání se projevil v následujících oblastech: původní rodina, životní strategie, vnímavost vůči pocitům, kontrola a uvolnění, sebezpřijetí a vnímání těla, komunikace, manipulace a hranice. Téměř všechny participantky potvrdily, že přínos HD spočívá především v procesu změn, který probíhá po ukončení semináře. Do rozporu se náš výzkum s tímto dostává v oblasti intenzity změn, které zde nesouvisely s hloubkou samotného prožitku během semináře.

Publikovaných zahraničních výzkumů je také překvapivě málo. Rhinewine a Williams (2007) přišli s hypotézou, že by mohlo být holotropní dýchání užitečné při léčbě duševních poruch. Hyperventilace jako důležitý faktor holotropního dýchání má podle nich signifikantní vliv na změny v aktivitě centrálního nervového systému, a pokud je tedy HD užito v souvislosti s probíhající psychoterapií, hyperventilace může usnadnit zánik nežádoucího chování. Výsledky jiné studie ukazují, že kombinace holotropního dýchání a empiricky orientované verbální psychoterapie mohou vést k odstranění strachu ze smrti a zvýšení sebevědomí, tento výzkum má však trhlinu v podobě roku vydání Holmes et al. (1996).

Lze jen těžko odhadnout, kam se bude výzkum holotropního dýchání ubírat, nicméně si můžeme dovolit tvrzení, že se žádný rozmach nechystá, tedy alespoň ne v ČR.

11 ZÁVĚR

Předmětem naší studie bylo prozkoumání terapeutického potenciálu holotropního dýchání v kontextu formování osobnosti. Na základě zakotvené teorie a interpretativní fenomenologické analýzy čtyř semistrukturovaných interview jsme dospěli k následujícím závěrům. V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti sebepojetí jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata:

- *sebedůvěra*
- *sebereflexe*
- *sebevědomí*
- *utlumení ega*

V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti vztahů k druhým lidem jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata:

- *velkorysost*
- *funkční vztahy*
- *rovnocennost s ostatními lidmi*
- *srdečnost*

V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti hodnot a přístupu k životu jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata:

- *chování*
- *návyky*
- *životní styl*
- *tvůrčí hodnoty*
- *profesní život*
- *aplikace*

Hlavním přínosem holotropního dýchání v procesu formování osobnosti, je jeho léčebná stránka, přičemž participanti pocítovali rozvoj svého potenciálu a rozkvet osobnosti. Nejvýznamněji se terapeutický potenciál HD projevil při těžké životní situaci nebo traumatech z minulého života. Respondenti tento proces popisovali jako „loupání cibule“ a „odpadávání slupek“. Významnost změny, ke které během HD došlo, byla přímo úměrná hloubce prožitého obsahu, přičemž nejhlubší byl prožitek vlastního porodu.

SOUHRN

Metodu holotropního dýchání vytvořili manželé Grofovi, jakožto i propracovaný teoretický základ v podobě transpersonálního paradigmatu. Cílem práce bylo prozkoumat, jak vnímají lidé, kteří měli možnost projít procesem holotropního dýchání, potenciál této metody z hlediska proměny jejich osobnosti, vnímání a postoje k okolí i k nim samotným.

Psychologie je označována za *preparadigmatickou* vědu, nicméně současnou klinickou psychologií je přijímán *biopsychosociální* model člověka, potažmo model biopsychosociálně-spirituální, který funguje v souvislostech systémů těla, osobnosti, vztahů a ducha. Metoda holotropního dýchání S. Grofa je zakotvena v transpersonálním paradigmatu, které funguje na základě myšlenky, že vědomí existuje mimo nás a vlastně není ani vázáno na hmotu.

Z historického hlediska je holotropní dýchání ukotveno v teoriích hlubinné psychologie S. Freuda, dále v humanistické psychologii A. Maslowa a jeho vývoj do značné míry ovlivnil i objev LSD A. Hoffmana, potažmo studium neobvyklých stavů vědomí v rámci psychedelických sezení. Vznikla také transpersonální psychologie, která prostřednictvím kalifornského institutu v Palo Altu funguje více než tři desetiletí.

V rámci psychoterapie stojí metoda HD na okraji, a v některých psychoterapeutických publikacích je jí věnována pouze krátká zmínka. Důraz je, oproti většině ostatních terapeutických přístupů, kladen především na přímé vyjádření emocí a práci s tělem.

Výchozím bodem pro práci se zážitky v rámci holotropního dýchání jsou změněné stavy vědomí. Jejich výzkum a výzkum samotného vědomí hraje ústřední roli nejen v transpersonální psychologii. Mnohé stavy vědomí, které se liší od normálního bdělého stavu, jsou pokládány za poruchové. Ty ostatní, mezi nimiž figuruje i spánek, poruchové nejsou. Změněné či mimořádné stavy vědomí zredukoval Grof na holotropní stavy, které jsou typické pro spektrum zážitků v procesu holotropního dýchání.

Spánek má význam především pro učení, paměť a schopnost soustředění a jeho nedostatek snižuje duševní schopnosti. Vyznačuje se stálými formacemi, a proto ho můžeme rozdělit do jednotlivých stádií. Spánek nelze považovat za stav úplné tělesné i psychické pasivity, jelikož v něm probíhají různé druhy mentálních aktivit, především snění. Snění je stav změněného vědomí, při kterém se obrazy uchovávané v paměti a fantazie dočasně mísí s událostmi vnější reality. Snové představy (nejčastěji zrakové, méně často sluchové) bývají tak živé, že je spící není schopen odlišit od smyslových vjemů. Sny

mívají výrazné emoční zbarvení a podle některých terapeutů bývá obsah snů jejich pacientů ovlivněn teoretickým rámcem dané psychoterapie.

Hypnagogické představy též označovány jako hypnagogické halucinace jsou halucinace, které se někdy dostaví při zavřených očích v období před usnutím (Hartla, Hartlová, 2000). Rozdíl mezi sny a hypnagogickými vizemi je především v kvalitě a v době výskytu, protože sny se vynořují v REM-fázi spánku. Psychické stavy na hranici mezi spánkem a bděním podporují tvořivé myšlení.

Zajímavou skupinu snů představují takové sny, ve kterých si uvědomujeme, že sníme čili sny lucidní (LaBerge, 2007). Uvědomujeme si existenci v daném snu a máme volbu, co bude předmětem naší další činnosti. Dnes existuje řada moderních technik a přístupů. Jednou z nich je vybudování si „kriticko-reflektivní přístup“ k momentálnímu stavu vědomí, dalšími pak metody WILD a MILD.

Hypnóza není typickým mimořádným stavem vědomí, nicméně z hlediska terapie má v současné psychologii a psychiatrii nezastupitelné místo. Charakteristické jsou pro ni zvýšená sugestibilita, selektivní vztah závislosti k hypnotizérovi a změněný stav vědomí. Hypnabilita je schopnost pohroužit se do hypnózy. Hypnóza může léčebně působit buď sama o sobě, anebo tím, že zvyšuje účinnost různých psychoterapeutických metod. Zvláštní formu terapeutické práce s hypnózou představuje tzv. ericksonovská hypnoterapie (Kratochvíl, 2009).

Psychedelické látky nebo též psychedelika jsou psychoaktivní látky, při jejichž požití je změněno vnímání času a prostoru a dochází ke změnám vnímání ve všech směrech. Reprezentativním příkladem jsou psilocybinové houby a LSD. Po intoxikaci LSD nastávají nejčastěji změny vizuální, auditivní, taktilní, čichové, chuťové a kinestetické percepce až do stádia halucinací. Dále to jsou změny v prožívání času a prostoru, změny v obsazích a frekvenci myšlenek, v představě o těle. Z hlediska osobnosti dochází k odosobnění a ztráty ega či manifestace materiálu z nevědomí (Masters, Houstonová, 2004).

Psilocybinové houby užívali po mnoho tisíciletí domorodí Američané. Psilocybinové houby, psilocybin a psilocin mohou mít na psychiku hluboký a hluboce religiózní účinek a na rozdíl od mnoha ostatních psychedelik ale zaujaly psilocybinové houby mnoho lidí také svým působením na sluch. (Stafford, 1997).

V souvislosti s legislativními omezeními na počátku 70. let byl výzkum psychedelik omezen a dnes probíhá pouze ve vybraných pracovištích světa (Greer et al. in Masters, Houstonová, 2004).

Meditace znamená dosahování změněného stavu vědomí prostřednictvím určitých rituálů a cvičení (Atkinsonová, 2003). Návlek pozornosti a rozvíjení koncentrace se považují za klíčový prvek. Meditace je zastřešující psychologická metoda a existuje řada praktik. Cílem je tedy rozvoj optimálních stavů vědomí a psychologické pohody.

Klinickou smrt představuje zástava dechu a srdeční činnosti (Baštecká, Goldmann, 2001). První seriózní studii uskutečnil švýcarský horolezec Heim. Mezi nečastější fenomény patří dle Moodyho (1991) např. obtížnost až nemožnost popsání zážitku, opouštění vlastního těla čili out of body experience, fenomén světla či panoramatický přehled dosavadního života.

Základní složky HD jsou dech, hudba, práce s tělem, podpurný tělesný kontakt a sdílení a vyjádření zážitků prostřednictvím kresebné tvorby. Klíčovou složkou je dech či dýchání, které by mělo být zrychlené a prohloubené – dochází k hyperventilaci. Proces holotropního dýchání využívá jen určitého typu hudby k navození změněného stavu vědomí. Hudba plní funkce, mobilizace a vyjádření emocí, taktéž pomáhá otevřít dveře do nevědomí. Blokované emoce se během HD obvykle uvolňují pláčem, výkřiky, případně jinými formami hlasového projevu. Tento způsob vybití zablokovaných tělesných energií se nazývá katarze a abreakce. Podpurný tělesný kontakt je způsob, jakým lze léčit trauma. Podstatou je nabídnout korektivní zážitek v podobě podpurného tělesného kontaktu. Kresba mandal způsob, jak vyjádřit, co se během sezení dělo. Poté co jsou s kresbou mandal všichni účastníci hotovi, zúčastní se sdílení zážitků ve skupině tzv. *sharing*, v jehož průběhu se pokusí s pomocí mandaly své zážitky popsat.

Holotropní dýchání probíhá formou individuálního nebo skupinového sezení. Podstatnou částí je vytvoření prostředí, které bude nejlépe odpovídat požadavkům HD. Prvním krokem je teoretická příprava účastníků, dále jsou zjištěny tělesné a emoční kontraindikace, a poté přichází samotná příprava na vlastní proces HD. Jako velice významná se jeví pozice facilitátora, který nese za proces zodpovědnost, i když sám o sobě neléčí. Pokud člověk právě nedýchá, plní úlohu sittera, který je dýchajcímu po ruce.

Do ČR se holotropní dýchání dostalo počátkem devadesátých let prostřednictvím MUDr. Kudrleho, V současné době u nás působí šestnáct odborníků certifikovaných přímo v programu „Transpersonální výcvik Grofových“ (GTT – Grofs Transpersonal Training).

HD má spoustu odpůrců, Grof dokonce obdržel „anticeny“ od spolku Sysifos. Byla mu však také udělena cena VIZE 97. Metoda HD je užívána již půl století a nebezpečí spuštění psychóz nebo poškození mozku hyperventilací se nepotvrdily.

Léčebné účinky holotropního dýchání jsou tak dramatické a smysluplně propojené s konkrétními zážitky ze sezení. Změny se projevují se v oblasti somatické, nicméně je ovlivněno i formování osobnosti, světového názoru a životní strategie.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit jaký vliv má holotropní dýchání na formování osobnosti, potažmo na sebepojetí, vztahy k druhým lidem, hodnoty a přístup k životu. Pro účely studie byl zvolen kvalitativní metodologický přístup, potažmo zakotvená teorie společně s IPA jako součástí metod analýzy dat. Celkový počet respondentů činil čtyři a samotné získávání dat probíhalo prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů. Podstatné bylo naplnění jádra interview (Miovský, 2006). Rozhovory byly nahrány pomocí diktafonu. Krok zpracování dat čili přepis zvukové stopy do textové podoby byl proveden pomocí zmíněného diktafonu, sluchátek a notebooku. Výsledný přepis byl naformátován dle požadavků IPA analýzy (široké okraje na obou stranách umožňující psaní poznámek a tvoření tematických celků). Jakmile byla dokončena analýza jednotlivých rozhovorů, přistoupili jsme k celkové analýze. Ošetřeno bylo jak zvýšení validity dat, tak i etická stránka výzkumu.

V rámci analýzy výsledků našeho výzkumu byla nejprve vyčleněna témata důležitá z hlediska jednotlivých participantů a posléze byla učiněná komplexní analýza napříč rozhovory. Témata jsou podkategoriemi tematických celků, které jsou v seznamu uvedeny pod příslušným číslem. Závěry výzkumu byly aplikovány na hlavní a vedlejší výzkumné otázky. V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti sebepojetí jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata jako sebedůvěra, sebereflexe, sebevědomí a utlumení ega. V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti vztahů k druhým lidem jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata velkorysosti, funkčních vztahů, rovnocennosti s ostatními lidmi a srdečnosti. V kontextu formování osobnosti spojeném se změnami v oblasti hodnot a přístupu k životu jsou pro absolventy seminářů holotropního dýchání významná témata chování, návyků, životního stylu, tvůrčích hodnot, profesního života a aplikace.

Hlavním přínosem holotropního dýchání v procesu formování osobnosti, je jeho léčebná stránka, přičemž participanté pociťovali rozvoj svého potenciálu a rozkvet osobnosti. Nejvýznamněji se terapeutický potenciál HD projevil při těžké životní situaci nebo traumatech z minulého života. Respondenti tento proces popisovali jako „loupání cibule“ a „odpadávání slupek“. Významnost změny, ke které během HD došlo, byla přímo úměrná hloubce prožitého obsahu, přičemž nejhlubší byl prožitek vlastního porodu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- 1) Association for Holotropic Breathwork International. *AHBI*. Získáno 5. března z <http://www.grof-holotropic-breathwork.net/page/about-ahbi>.
- 2) Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- 3) Badoučková, J. (1997). *Nebezpečné dýchání*. *Regenerace*, 5, 18–20.
- 4) Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- 5) Ball, W. M. (2009). *Duše šalvěje*. Praha: Nakladatelství Dybbuk.
- 6) Bartošek, M. (nedat.) *Rebirthing*. Získáno 1. března 2014 z <http://www.martinbartosek.cz/rebirthing>.
- 7) Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 8) Bílková, T. (2011). *Přínos holotropního dýchání pro ženy závislé na alkoholu*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 9) Binarová, D. (2002). *Vliv holotropního dýchání na osobnost*. (Publikovaná diplomová práce) Univerzita Palackého v Olomouci. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, Vol 99(8), 2003. pp. 410-414.
- 10) Boffey, B., D. (1993). *Reinventing Yourself. A Control Theory Approach to Becoming the Person You Want to be*. Chapel Hill: New view Publications.
- 11) Dowling, C. (2011). *Znovuzrození pomocí dechu*. Olomouc: FONTÁNA.
- 12) Engel, G., L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196:129–136. DOI:10.1126/science.847460.
- 13) Freud, S. (1947). *Studie o hysterii*. Praha: Julius Albert.
- 14) Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- 15) Frýba, M. (1991). *Abhidhamma*. Praha: Stratos.
- 16) Grof, S. (1993). *Holotropní vědomí*. Praha: Gemma 89.
- 17) Grof, S. (2000). *Psychologie budoucnosti*. Praha: Argo.
- 18) Grof, S. (2007a). *Psychologie budoucnosti: Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo.
- 19) Grof, S. (2007b). *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: Pozorování z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Knihovna ceny nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97.
- 20) Grof, S. (nedat.) *Grof transpersonal training*. Získáno 3. března 2014 z <http://holotropic.com/transtrain.shtml>.

- 21) Grof, S., Grofová, Ch. (1999) *Krise duchovního vývoje*. Praha: Chvojtkovo nakladatelství.
- 22) Grof, S., Grofová, Ch. (2011). *Holotropní dýchání*. Opava: HOLOS.
- 23) Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 24) Hendl, J. (2008): *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 25) Holos. *Instruktoři v ČR*. (nedat.) Získáno 10. března 2014 z <http://www.holos.cz/sluzby-aktivity/celostni-lecba-rozvoj-osobnosti/holotropni-dychani/instruktori-holotropniho-dychani>
- 26) Huxley, A. (1996). *Brány vnímání*. Praha: DharmaGaia.
- 27) Hyhlík, F., Nakonečný, M. (1973). *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- 28) Jung, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
- 29) Kaul, P.; Passafiume, J.; Sargent, C. R.; O'Hara, B. F. (2010). *Meditation acutely improves psychomotor vigilance and may decrease sleep need*. Behavioral and brain functions, Vol. 6, p47-55, 9p. DOI: 10.1186/1744-9081-6-47.
- 30) Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- 31) Kudrle, S. (nedat.) *Holotropní dýchání*. Získáno 1. března 2014 z <http://doorway.sweb.cz/>.
- 32) Kuhn, T., S. (1997). *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: OIKOYMENH.
- 33) Kupka, M. (2000). *Psychické fenomény a změny související se stavem klinické smrti*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 34) Kupka, M. (2008). *Klinická smrt, jakožto změněný stav vědomí*. E-psychologie, 2-3. Získáno 20. března 2012 z <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps1.pdf>.
- 35) LaBerge, S. (2007). *Lucidní snění*. Praha: Dharmagaia.
- 36) Leijssen, M. (2006). *Validation of the body in psychotherapy*. Journal of humanistic psychology, 46 (2).
- 37) Masters, R. E. L., Houstonová, J. (2004). *Druhy psychedelické zkušenosti: klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku*. Praha: DharmaGaia.
- 38) McNally, R. (2003). *Is the pseudoscience concept useful for clinical psychology? The demise of pseudoscience*. The Scientific Review of Mental Health Practice, 2 (2).

- 39) Miovský, M. (2006): *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 40) Moody, R. A. (1991). *Život po životě*. Vizovice: Lípa.
- 41) Mynaříková, L. (2011). *Handbook of Art Therapy*. E-psychologie [online], 5 (4), 76-78. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/mynarikova-rec.pdf>>.
- 42) Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- 43) Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- 44) Newberg, A. B.; Wintering, N.; Khalsa, D. S.; Roggenkampa, H.; Waldman, M. R. (2010). *Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss*. Journal of alzheimer's disease, 20, 517–526 517. Doi: 10.3233/JAD-2010-1391.
- 45) Orel, M., Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
- 46) Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Portál.
- 47) Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- 48) Prochaska, James O.; Norcross, John C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- 49) Reid, K., Flowers, P., Markin, M. *Exploring lived experience The Psychologist*. 2005, Vol. 18, No. 1
- 50) Rhinewine, J., P.; Williams, O., J. b.a. *Holotropic Breathwork: The Potential Role of a Prolonged, Voluntary Hyperventilation Procedure as an Adjunct to Psychotherapy*. The journal of alternative and complementary medicine. Vol. 13, Number 7, 2007, pp. 771–776 DOI: 10.1089/acm.2006.6203.
- 51) Sarah w. Holmes, S., W.; Morris, R.; Clance, P., R.; Putney, R., T. *Holotropic breathwork: an experiential approach to psychotherapy*. Georgia State University: Psychotherapy. Vol. 33, 1996, 1.
- 52) Sisyfos (2. srpna 2006). *Bronzový Bludný balvan v kategorii jednotlivců za rok 2000 – MUDr. Stanislav Grof*. Získáno 1. března 2014 z <http://www.sysifos.cz/index.php?id=vypis&sec=1154533007>
- 53) Sisyfos (9. března 2008). *Jubilejní Diamantový Bludný Arcibalvan – Prof. MUDr. Stanislav Grof, M.D., Ph.D.* Získáno 10. ledna 2014 z <http://www.sysifos.cz/index.php?id=vypis&sec=1205049204>.

- 54) Slavíková, J.; Švíglerová, J. (2012). *Fyziologie dýchání*. Praha: Karolinum.
- 55) Smith, J.A.; Flowers, P.; Larkin, M. (2009): *Interpretative Methodological Analysis. Theory, Method and Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 56) Stafford, P. (1997). *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha: Volvox Globator.
- 57) Strauss, A.; Corbinová, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- 58) Suchý, A. (2003). *Kde končí psychologie?* Psychologie dnes, 26–27.
- 59) Svobodová, I. (2010). *Holotropní dýchání – cesta ke změněnému stavu vědomí*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 60) United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP). *Transpersonal Psychology/Psychotherapy*. (nedat.) Získáno 27. února 2014 z www.psychotherapy.org.uk.
- 61) Vybíral, Z.; Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- 62) Walsh, R., Vaughnová, F. (2011). *Cesty přesazení ega: Transpersonální vize*. Praha: Triton.
- 63) WILD. (nedat.) Získáno 25. března 2012 z <http://www.luciddreaming.wz.cz/>
- 64) Wittgenstein, L. (1993): *Filosofická zkoumání*. Praha: Filosofický ústav AV ČR.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Terapeutický a osobnostně růstový potenciál holotropního dýchání

Autor práce: Petr Krol

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 78, 136 451

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 64

Abstrakt: Tato diplomová práce měla za úkol prozkoumat terapeutický potenciál holotropního dýchání v kontextu formování osobnosti. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají lidé, kteří měli možnost projít procesem holotropního dýchání, potenciál této metody z hlediska proměny jejich osobnosti, vnímání a postoje k okolí i k nim samotným. Dalším dílčím cílem bylo zjištění, zda se změnil život účastníků v každodenní náplni vzhledem k vykonávaným činnostem. Výzkumný soubor zahrnoval čtyři absolventy holotropního dýchání vedeného certifikovaným facilitátorem, nejméně třikrát. Tvorba dat proběhla formou polostrukturovaného rozhovoru s následným přepisem do textové podoby. Výsledky analýzy ukázaly vliv HD v oblasti sebepojetí, vztahů k druhým lidem, hodnotám a přístupu k životu. Hlavním přínosem holotropního dýchání v procesu formování osobnosti, je jeho léčebná stránka, přičemž participanti pocítovali rozvoj svého potenciálu a rozkvět osobnosti. Nejvýznamněji se terapeutický potenciál HD projevil při těžké životní situaci nebo traumatech z minulého života. Významnost změny, ke které během HD došlo, byla přímo úměrná hloubce prožitého obsahu.

Klíčová slova: holotropní dýchání, změněné stavy vědomí, terapeutický potenciál

ABSTRACT OF THESIS

Title: Therapeutic and personality growth potential of Holotropic breathing

Author: Petr Krol

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 78, 136 451

Number of appendices: 7

Number of references: 64

Abstract: This thesis aimed to investigate the therapeutic potential of holotropic breathing in the context of personality formation . The aim of the research was to find out how people who had the opportunity to go through the process of Holotropic breathing, perceive the potential of this method in terms of changes in their personality, perceptions and attitudes towards them and towards the people in neighborhood . Another objective was to determine whether the changed lives of the participants in the daily content in relation to those activities . The research sample included four graduates conducted by a certified Holotropic Breathwork facilitator, at least three times. Making data were obtained from semi-structured interview, followed by transcription into text. Results of the analysis showed the influence of HD on self , relationships to other people, values and approach to life. The main benefit of Holotropic breathing in the process of formation, its treatment site, with development, participants felt their potential and flourish personality. The most significant therapeutic potential for HD occurred when a difficult situation or trauma from a past life . The significance of the changes that have occurred that during HD was directly proportional to the depth endured content .

Key words: holotropic breathing, altered states of consciousness, therapeutic potential

PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příloha 1: Kopie zadání diplomové práce ze systému STAG

Příloha 2: Struktura otázek k rozhovoru

Příloha 3: Ukázka z analýzy rozhovoru prováděné pomocí IPA (a)

Příloha 4: Ukázka rozhovoru s P1

Příloha 5: Ukázka rozhovoru s P2

Příloha 6: Ukázka rozhovoru s P3

Příloha 7: Ukázka rozhovoru s P4

Příloha 1: Kopie zadání diplomové práce ze systému STAG

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

| PŘEDKLÁDÁ: | ADRESA | OSOBNÍ ČÍSLO |
|------------|---------------------------------------|--------------|
| KROL Petr | Antošovická 254/170, Ostrava - Koblův | F090336 |

TÉMA ČESKY:

Terapeutický a osobnostně růstový potenciál holotropního dýchání

NÁZEV ANGLICKY:

Therapeutic and personality growth potential of Holotropic breathing

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace (APA).
2. Studium odborné literatury z holotropního dýchání, mimořádných stavů vědomí, psychoterapie, psychologie osobnosti.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu - využití databáze EBSCO - zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části se zaměřím na historické kořeny holotropního dýchání. Dále nastíním teoretické základy a základní složky holotropního dýchání, tedy dech, hudbu a bodywork. Podrobně se budu věnovat sezením holotropního dýchání v praxi čili zásadami vytvoření prostředí, teoretickou přípravou účastníků, kontraindikacemi a také spektrem potenciálních holotropních zážitků. Také budu zkoumat terapeutické možnosti holotropního dýchání, dále jeho vliv na formování osobnosti, životní strategie a účinky na somatické poruchy.
5. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Realizace sběru dat proběhne pomocí polostrukturovaného interview a dotazníků.
6. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu, slabá místa ve výzkumu a diskuze nad nimi.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Grof, S., Grofová, Ch. (2011). Holotropní dýchání. Opava: Holos.
Grof, S. (1993). Holotropní vědomí. Praha: Gemma 89.
Grof, S. (2000). Psychologie budoucnosti. Praha: Argo.
Masters, R. E. L., Houstonová, J. (2004). Druhy psychedelické zkušenosti: klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku. Praha: DharmaGaia.
Schimer, M. (2003). Dechové techniky: Praktická kniha o dýchání. Praha: Fontána.
Taylor, K. (1994). The Breathwork Experience: Exploration and Healing in Nonordinary States of Consciousness. Hanford Mead, Santa Cruz, CA.
Walsh, R., Vaughnová, F. (2011). Cesty přesažení ega: Transpersonální vize. Praha: Triton.

Příloha 2: Struktura otázek k rozhovoru

- 1) Jak jste se k HD dostal?
- 2) Kolikrát a jak dlouho jste HD praktikoval?
- 3) Co Vás na HD zaujalo?
- 4) Jaké má působení, je v něčem přínosné či škodlivé?
- 5) Jaké spektrum zážitků jste při HD zažíval?
- 6) Co Vaše vnitřní psychické stavy?
- 7) Co okolí a společnost kolem vás? Vztah se sitterem?
- 8) Které složky HD vám přišly nejužitečnější?
- 9) Co vám přišlo na HD lehké a co těžké?
- 10) Jaké máte s HD plány do budoucna? Kam byste se chtěl dál posunout?
- 11) Zažil HD někdo z okolí? Komunikujete spolu, diskutujete o HD?

Otázky týkající se přímo terapeutického a osobního růstového potenciálu.

- 12) Jak ovlivnilo holotropní dýchání formování vaší osobnosti?
- 13) Jak důležitá pro vás byla hloubka zážitku vzhledem ke změně ve vašem životě?
- 14) Jaký ovlivnilo praktikování holotropního dýchání vnímání sebe a ostatních lidí?
- 15) Došlo prostřednictvím holotropní dýchání je změně hodnot a přístupu k životu?
- 16) Na co bych se vás měl ještě zeptat?

Příloha č. 3: Ukázka z analýzy rozhovoru prováděné pomocí IPA

První dýchání
 nějakým způsobem psychicky schopný, jestli ho to rovnou nesestřelí. Co se týká těch zážitků. To první dýchání nic moc, žádné obrovské zážitky nebo něco takového, ale spíš mě to tak dobře připravilo na to druhé dýchání, kdy už jsem se úplně dostal do stavu, kdy mi připadalo, že jsem zrnečko písku, ze kterého je složena celá poušť, obklopen tím vším, co je kolem mě, ale bylo tam uvědomění toho jednotlivce a toho celku. Bez toho zrnka by ta poušť nebyla a naopak. Měl jsem taky třeba takové pocity, že sedím někde ve Vesmíru na jiné planetě a pozoruju ty lidské životy úplně zvrchu. Připadalo mi, že to nejsem, já, ale takové to moje vyšší já. To byly takové první zážitky, pak samozřejmě třeba i uvolnění se, byla při tom hudba, já jsem to třeba spojil s tance, dal jsem přechod různým emocím. Nebo třeba zničehonic úplně brek, slzy, ale ne že by mi bylo zle, že bych se cítil špatně, bylo to velice příjemné. Bylo to příjemné, že je člověk v té péči, všechno si plně uvědomuje, ale na druhou stranu ten přechod těch emocí byl úplně úžasný a jako co vím, tak třeba po tom prvním dýchání, když jsem se vrátil domů, tak jsem koukal na ty lidi a v každém jsem viděl ty bloky a komplexy a kdyby se vědělo, jako tomu dát ten přechod, žilo by se jim mnohem lépe. Mělo to i negativní vliv, byl jsem mladý a tehdy jsem viděl smysl úplně v něčem jiném. Že i ti lidé, co studují a bífují se tu látku, by se měli zaměřit na to duchovno a takhle, že by jim to strašně prospělo. Viděl jsem, že jdou po těch svých životních cestách a nehledají alternativy, ani pro ně neexistují. Ten týden potom, jsem byl úplně jako z jiného světa, veselý, uvolněný, krásně se mi spalo. Připadal jsem si takový kompletní, že mi nic nechybí. A jeden z těch nejsilnějších zážitků, co jsem zažil, že jsem si vlastně vědomě prožil svůj vlastní porod, protože ten nebyl vůbec lehký a celé to těhotenství bylo velice rizikové a máma před tím měla nějaké potraty a doktoři říkali, že nee, že to prostě nikdy neklapne. To znamená i ten porod byl velice těžký a máma to málem nepřežila, ale všechno dobře dopadlo a prostě ten prvotní zážitek pro mě musel být hustý. Tím, že jsem byl vlastně v té skupině a i ta Zdena to věděla, že tohle může přijít, tak

První dýchání nic moc => připraveno na druhé!
První - uvědomění celku - jednotlivce a vyšší já
Uvolnění se
Tance
Přechod emocí
veselý, uvolněný, krásně se mi spalo
kompletní, že mi nic nechybí
vlastního porodu
hustý
První dýchání nic moc => připraveno na druhé!
První - uvědomění celku, jednotlivce a vyšší já
Uvolnění se, tance, brek, slzy, přechod emocí
negativní vliv
byl mladý - vlastně
mladý a tehdy jsem viděl smysl úplně v něčem jiném
že i ti lidé, co studují a bífují se tu látku, by se měli zaměřit na to duchovno a takhle, že by jim to strašně prospělo
viděl jsem, že jdou po těch svých životních cestách a nehledají alternativy, ani pro ně neexistují
ten týden potom, jsem byl úplně jako z jiného světa, veselý, uvolněný, krásně se mi spalo
připadal jsem si takový kompletní, že mi nic nechybí
jedna z nejsilnějších zážitků, co jsem zažil, že jsem si vědomě prožil svůj vlastní porod, protože ten nebyl vůbec lehký a celé to těhotenství bylo velice rizikové a máma před tím měla nějaké potraty a doktoři říkali, že nee, že to prostě nikdy neklapne
to znamená i ten porod byl velice těžký a máma to málem nepřežila, ale všechno dobře dopadlo a prostě ten prvotní zážitek pro mě musel být hustý
tím, že jsem byl vlastně v té skupině a i ta Zdena to věděla, že tohle může přijít, tak

Příloha 4: Ukázka rozhovoru s P1

P1: Nemohl bych to doporučit všem, protože vím, že spousta lidí není tomu ani otevřena. Jejich celkový přístup je, že by to pro ně bylo zbytečné. Kdyby si dal někdo tu práci a vysvětlil jim to, tak by mrkali.

V: Která složka HD ti připadá nejzásadnější? Nebo je to všechno jeden celek?

P1: Celkově je ten systém vymyšlený tak, aby to mělo tu celistvost, někde to začalo a někde skončilo. Jedno dýchání jsem měl bez toho konce, co se zažilo, sdílení v kruhu a tak a přišlo mi to prostě nedokončené. Je to i o tom pobytu, změně jídelníčku, zdravé stravě, která je připravená. Je to celkově takový očistný program. I to setkání s těmi lidmi. Je to prostě jedna věc, která je rozdělena na více složek, které všechny jsou důležité. Nejdůležitější z toho je samozřejmě to dýchání, ale jakmile to dýchání není dobře připraveno nebo dobře ukončeno, tak může celé přijít nazmar nebo naopak se to může otočit proti člověku.

V: Zajímala by mě role sittera.

P1: Během toho sezení jsme s tím člověkem měli tak neuvěřitelně důvěrný vztah, že momentálně by pro mě on udělal jakoukoli maličkost a to samé bych pro něj udělal já. Přirozeně člověk nevěří někomu cizímu, ale při první zkušenosti, třeba když se předýcháš, dostaneš křeče do ruky a prostě vidíš, že ten člověk ti tu ruku rozmasíruje, tak celková ta důvěra k těm lidem, se kterými jsme to absolvovali, byla úplně absolutní.

V: Když jsi byl ty v roli toho sittera, zažíval jsi pocity, které by tě nějakým způsobem posunuly?

P1: Je to velice důležitá role zase v tom ohledu, že ty jsi ten anděl strážný. Prožíváš s ním ty jeho zážitky a třeba ten můj parťák měl velmi silné emoce, ať už to byla agrese a v tom případě je mým úkolem, aby se mu nic nestalo, a kdyby už to přerůstalo, abych byl schopen zavolat někoho zkušenějšího, kdo by mu v tom byl schopen pomoci. Je to zase o zodpovědnosti a o důvěře. Člověk vidí i z druhé strany, jak se vlastně ti „dýchači“ projevují a protože dýchalo více lidí, tak člověk pozoruje ostatní, co dělají a takhle a je to velice zajímavé. Není to jenom o tom dýchat, ale je to i tom prožít to z té druhé strany.

Příloha 5: Ukázka rozhovoru s P2

P2: To holotropko je právě v tomhle dobré, že to z těch lidí dostane pryč. Asi po čtyřech letech jsem měla dýchání, kdy jsem celé dvě hodiny jenom řvala a řvala. A já jsem byla tak šťastná potom. Protože si myslím, že jako děcko jsem všechny špatné zážitky nasála a teď to mělo konečně možnost. Ale po čtyřech letech intenzivní práce to teprve mohlo vylézt a od té doby je mi dobře, musím říct, že v pohodě.

U toho holotropka člověk nesmí přemýšlet.

Jsou pak lidi, kterým to pomohlo a už mají pocit, že nepotřebují na to dýchání jezdit. Konzultace poté, je součástí toho procesu, aby se to dostalo i do té roviny toho vědomí. Já si pod tím představuju to, že když to dýchání proběhne, a člověk to samotné dýchání shrne do pětiminutového monologu, tak ono už to představuje, že to nejpodstatnější vyleze ven. Aniž by se člověk pitval. Byl tam kluk, který byl strašně nesmělý, citlivý, ale to, co řekl tak to bylo úžasné.

V: Setkala jste se i s někým, komu by to nepomohlo?

P2: Ano, ano. Člověk, který do toho nejde plně s vědomím, že to chce. Jeden pán tam přišel s manželkou a že manželka chtěla, aby tam s ní jel, aby taky z toho něco měl. Takový člověk s tím nejde sám, aby se mu pomohlo. Takže s tím to nepomůže. Jestli to někomu nepomohlo, tak to těžko říct, protože ti lidi potom jdou do života. Jo byl tam jeden, ten se každé to holotropko začal prát, úplně vždycky. A on nechtěl tu změnu nějakou povolit. A to, že se pral, pro něj nebyla změna? To právě že pro něj vůbec nebyla změna. Ono se to má vyvíjet a ne se pořád opakovat. On ustrnul a nechtěl něco udělat a potom místo toho, aby do toho šel a zapracoval, tak přestal chodit.

V: Myslíte si, že prožitek vlastního porodu by si měl zažít každý?

P2: Ne každý má to štěstí. To nezáleží na nás. Já jsem teďka úplně v pohodě. Přesto bych tam šla, vím jaký to má přínos. Vždycky jsem se tam vrátila. Po dvou měsících jsem si vždycky říkala, že už bych to potřebovala. Mám tam pocit, že to všechno můžu vypustit, to co si člověk nahrabe.(psychohygienu).

Já po těch šedesáti pěti dýcháních, vám neřeknu ani jeden negativní zážitek. Prostě nemám ho, nemám.

Příloha 6: Ukázka rozhovoru s P3

P3: Cítala jsem takovou nenasycenost a pak přišel takový klidný zlom, kdy jsem věděla a cítila, že to mám uvést do praxe a do života. A je pravda, že to mělo tu logiku, že mezi mým prvním dítětem a druhým dítětem je deset let. Pak přišlo krásné období, kdy přišlo sebevědomí, kdy člověk cítil, že mu bylo pomozeno nebo si pomohl tím sebepoznáním, tak se dařily plnit sny, které by si člověk ani nemyslel.

V: Kolik těch seminářů HD teda bylo?

P3: Holotropní dýchání jsem absolvovala čtyřikrát, ale bylo to vždycky minimálně na tři čtyři dny.

V: Jaké spektrum zážitků vás potkalo?

P3: To je nepopsatelný stav. Když to chci popsat někomu koho znám a koho mám ráda, tak říkám...neskutečné na tom bylo, že jsem jednou nohou stála na zemi, všechno jsem si uvědomovala...v realitě, nemusela jsem mít strach, že někam uletím nebo že se bude dít něco, co nechci nebo se toho bojím a zároveň jsem mohla tou druhou nohou jít do neznámého lákavého prostoru a kdykoliv jsem se bála, tak stačilo přenožit a ten proces se zastavil a to je to, co mě na tom prvním holotropním uklidnilo. Byla jsem ten nevěřící typ a to bylo pro mě opravdu jako bezpečné...pocit kontroly a bezpečí. Potřebovala jsem více těch stavů, abych si dovolila víc a víc...jít hlouběji a mohla si šáhnout do větší niternosti toho samého já a i to, že jsem měla maximální důvěru a zkušenost s těma lidma. Mokrát jsem plakala, mokrát jsem křičela...kdo by nekřičel, když se znovu rodí. Kdo by nekřičel když rodí, kdo by nekřičel, když mu umírají rodiče, kdy by nekřičel, když se děje konec světa. Ale dovolit si křičet, to je to osvobozující a prokřičet se prostě do klidu, do harmonie, do míru. Proplakat se někomu na rameni, když vám neříká...holky nepláčou, chlapi nepláčou, jsi už velká, to je to, co nás zablokovalo a ta odezva v té budoucnosti byla...když to vidím na odrazu své matky. To je to, co mi pomáhá být velkorysý, být nad věcí, pomáhá mi to pochopit...

Příloha 7: Ukázka rozhovoru s P4

V: Co okolí a společnost kolem vás? Vztah se sitterem?

P4: No jak jsem vlastně říkal, že jsem tam jel s tou kámoškou prvně, tak jsme spolu ve dvojici nebyli. Já jsem sice doufal, jakože tam budeme spolu a vzbuzovala to předtím ve mně takový pocit toho bezpečí, ale po konzultaci s tou facilitátorkou jsem prostě pochopil, proč to bude lepší, když budeme zvlášť a když se na to podívám teď zpětně, tak to je úplně bez debaty... prostě s nikým koho dopředu znám, tak bych do té dvojice nešel... no a vlastně jsem teda sittera dělal člověku, kterého jsem vůbec neznal, byl asi o patnáct let starší a dodnes jsme v kontaktu a vlastně by se dalo říct, že víme svoje. Já když jsem byl v pozici toho sittera, tak to bylo celkem silné, protože vlastně borec hned prožíval vlastní porod a pro mě to bylo celkem hluboké, i když jsem to sám neprožíval a vlastně tam to kontrolovala všechno ta facilitátorka... ale něco se ve mně taky jakoby probudilo, když jsem ho zvenčí v tom zážitku viděl. Jinak jako mám možnost porovnat tu skupinovku a ten individuál a to je diametrální rozdíl, prostě to je člověk jakoby osamocen v tom svém nitru, když se probudí a nemá to s kým sdílet ty zážitky... nebo taky vlastně necítí i během toho dýchání žádnou kolektivitu... je v tom sám... na druhou stranu na to má úplný klid, to zase jo, protože mu tam nikdo neřve a tak.

V: Které složky HD vám přišly nejužitečnější?

P4: Složky jako hudba mandaly a tak?

V: Ano.

P4: No tak to je prostě celek, který nelze nabourat a vlastně když tak nad tím uvažuju, tak v tom individuálu už je nabouraný, protože tam není ten sharing a není možnost ty zážitky oznámit před skupinou, čímž ten kruh není jakoby úplně kompletní. Takže pro mě to je jako systém, kde má všechno své místo.