

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PROŽITKY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ A JEJICH SROVNÁNÍ S
PROŽITKY AYAHUASKOVÝCH SEZENÍ NA ÚZEMÍ ČESKÉ
REPUBLIKY**

**Experiences of holotropic breathwork and its comparison with
experiences of ayahuasca sessions in the Czech Republic**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Petra Kubíčková

Vedoucí práce: Ph.Dr. Olga Pechová, PhD.

Olomouc

2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožitky holotropního dýchání a jejich srovnání s prožitky ayahuaskových sezení na území České republiky“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní doktorce Pechové, vedoucí této práce, za odborné vedení, ochotu, pomoc, věcné poznámky a poskytnutí informací při tvorbě této magisterské diplomové práce. Děkuji.

Obsah

Úvod.....	7
1 Transpersonální psychologie	8
1.1 Transpersonální sféra lidské psyché	8
1.2 Transpersonální psychoterapie	10
2 Vědomí	11
3 Změněné stavy vědomí	13
3.1 Spánek.....	14
3.1.1 Sny.....	15
3.1.2 Funkce snu.....	15
3.2 Hypnóza	16
3.2.1 Prožitky při hypnóze.....	17
3.2.2 Využití hypnózy.....	17
3.3 Meditace	18
3.3.1 Meditace a terapie.....	20
3.3.2 Účinky meditace na zdraví.....	20
3.4 Zážitky blízké smrti (NDE).....	21
3.4.1 Příčiny.....	22
4 Psychoaktivní látky.....	23
4.1 Psychostimulancia	23
4.2 LSD a peyotl.....	24
5 Halucinogenní rostliny.....	25
5.1 Ayahuaska	26
5.1.1 Účinky ayahuasky.....	27
6 Holotropní dýchání.....	31
6.1 Historie holotropního dýchání	31
6.2 Holotropní stavy vědomí.....	33
7 Technika holotropní dýchání	33
7.1 Průběh sezení holotropního dýchání.....	34
7.1.1 Léčivá síla dechu	35
7.1.2 Léčivý potenciál hudby.....	36
7.1.3 Bodywork, aneb cílená práce s tělem	37
7.1.4 Podpurný tělesný kontakt	37
7.1.5 Kresba mandal, expresivní síla umění.....	38

7.2	Spektrum holotropních zážitků	38
8	Změněné stavy vědomí a psychózy.....	39
8.1	Podobnosti a rozdíly	41
9	Psychedelická terapie.....	42
10	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	45
11	Metodologický rámec.....	46
12	Metody tvorby a zpracování dat	47
13	Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika	49
14	Metody analýzy dat	50
14.1	Metoda vytváření trsů	51
14.2	Metoda prostého výčtu	51
14.3	Metoda kontrastů a srovnávání	51
15	Výsledky empirické části.....	52
15.1	Subjektivní prožitky holotropního dýchání	52
15.2	Srovnání výsledků holotropního dýchání s výsledky ayahuaskového sezení.....	66
16	Diskuze.....	76
17	Závěr	84
	Souhrn	89
	Seznam literatury.....	91
	Přílohy diplomové práce	96
	Příloha č. 1: Zadání diplomové práce	96
	Příloha č. 2: Abstrakt magisterské diplomové práce.....	97
	Příloha č. 3: Abstract of the thesis	98

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Holotropní dýchání i užití ayahuasky jsou dva způsoby, jak způsobit změnu vědomí. Ayahuaska je liána, kterou lze najít v deštných pralesích Amazonie a je původními obyvateli využívána už po tisíciletí k účelům kulturním, sociálním, léčebným i náboženským. V několika posledních desetiletích se začalo dostávat ayahuasce větší pozornosti nejen ze strany laické veřejnosti a příležitostných uživatelů, ale také z hlediska vědeckého. V roce 1992 vzniklo v Peru ve městě Takiwasi centrum, které se snaží skloubit přístupy moderní medicíny s přístupy tradičních šamanských praktik a přiklání se tak k modelu magicko-medicínsko-náboženskému. Více se o tomto tématu můžeme dočíst v disertační práci Veroniky Kavenské. Ve světě se pak šamany, kteří využívají účinků pralesních rostlin, zabývali například L. E. Luna, T. McKenna, J. Naarby. Z českých jmen můžeme jmenovat M. Zelený-Atapama.

Technika holotropního dýchání byla rozvinuta rodákem z České Třebové S. Grofem a jeho ženou v 80. letech 20. století. Nejprve Grof zkoumal při studiu medicíny účinky LSD, poté se zabýval šamanskými praktikami a nakonec vyvinul tuto nefarmakologickou, psychoterapeutickou metodu sebeobjevování, při níž se využívá zrychlené dýchání, účinky evokativní hudby a techniky práce s tělem. Kombinací těchto prvků dokáže vyvolat celé spektrum zážitků, které již předtím spatřovali u psychedelických sezení s LSD. Grof vydal řadu knih s touto tematikou, jeho nejnovější kniha vyšla u nás v roce 2011.

Téma diplomové práce jsem zvolila na základě již dříve provedeného výzkumu bakalářské práce, který jsem věnovala subjektivním prožitkům a rozšířeným stavům vědomí vyvolaných ayahuaskou na území České republiky. Cílem této diplomové práce je prozkoumat prožitky vyvolané holotropním dýcháním a navzájem je porovnat s výsledky bakalářské práce o ayahuasce.

V teoretické části se budeme nejdříve zabývat transpersonální psychologií, vědomím, změněnými stavy vědomí, například spánkem, hypnózou, meditací, NDE, halucinogenními rostlinami a holotropním dýcháním. V empirické části nejprve popíšeme výsledky výzkumu o subjektivních prožitcích holotropního

dýchání. Poté budou tyto výsledky porovnány s výsledky výzkumu bakalářské práce o subjektivních prožitcích vyvolaných ayahuaskou.

1 Transpersonální psychologie

Za rok vzniku transpersonální psychologie je považován rok 1968. A. H. Maslow ji prohlásil za „čtvrtou psychologii“, která je „nadpersonální“ a „transhumánní“. Za předchozí tři cesty jsou považovány psychoanalýza, behaviorismus a humanistická psychologie. Transpersonální psychologie vznikla se znovuobjevením skrytých dimenzí lidské psychiky, se znovuobjevením možností stavu rozšířeného vědomí, které vystupuje ve formách různých „mystických zkušeností“, „zážitků transcendence“, jako „vystupňované vnímání“. V jakém smyslu jsou tyto jevy spojené s pojmem transpersonální, vystihnul S. Grof. Společným jmenovatelem této zkušenosti je pocit rozšířeného vědomí za neobvyklé hranice svého já a také za prostor a čas. To znamená, že je překročen obvyklý rámec toho, co nazýváme jako „objektivní realita“. Stavy rozšířeného vědomí mohou být vyvolány požitím určitých drog nebo určitých metod, které jsou převzaty z jógy, šamanismu a dalších esoterních systémů, které mají vlastní techniky či metody rozšiřování vědomí (Hoskovec, Nakonečný, Sedláková, 2002).

1.1 Transpersonální sféra lidské psyché

„Přesahující osobní“ nebo také „za hranicemi osobního“ jsou dva významy, jež se pojí ke slovu *transpersonální*. Význam vystihuje zážitky, jako je překročení hranic mezi tělem a egem, překročení lineárního času a trojrozměrného prostoru, které jsou za běžných každodenních podmínek zúžené naším vědomím a vnímáním světa. V běžných stavech sami sebe vnímáme jako ohraničené hmotné objekty, skládající se z atomů, molekul, buněk, tkání a orgánů, které působí ve světě vyznačujícím se newtonovskými vlastnostmi. Naše vnímání je za těchto podmínek omezeno fyziologickými možnostmi smyslových orgánů a fyzikálními vlastnostmi okolního prostředí. Navíc můžeme prožít jen ty události, které se váží na přítomný okamžik. Taková omezení v transpersonálních zážitcích neplatí a lze kterákoli z nich překonat (Grof, 2009).

„Transpersonální motivy se v holotropních stavech objevují v různých kombinacích s perinatálními prvky či nezávisle na nich. Transpersonální říše je zdrojem spektra anomálních jevů, představujících vážné výzvy nejen pro současný koncepční rámec psychologie a psychiatrie, ale i pro monistickou materialistickou filozofii moderní vědy“ (Ibid, s. 150).

S. Grof (2009) vytvořil klasifikaci transpersonálních zkušeností. Zahrnuje:

1) Rozšíření prostoru zkušenosti uvnitř vztažného rámce „objektivní skutečnosti“:

- a) embryonální a fetální zkušenosti,
- b) zkušenosti předků,
- c) kolektivní a rasové zkušenosti,
- d) fylogenetické nebo evoluční zkušenosti,
- e) prekognice, jasnozření, jasnoslyšení a „cestování v čase“.

2) Prostorové rozšíření vědomí:

- a) transcendování ega v mezilidských vztazích a zážitek „jednoty ve dvojnosti“,
- b) identifikace s jinými lidmi,
- c) skupinová identifikace a skupinové vědomí,
- d) identifikace se zvířaty,
- e) identifikace s rostlinami,
- f) jednota s životem a s veškerým stvořením,
- g) vědomí neorganické hmoty,
- h) planetární vědomí,
- i) mimoplanetární vědomí,
- j) out-of-body zkušenosti, jasnozření a jasnoslyšení při těchto cestách, cesty v prostoru, telepatie.

3) Prostorové zhuštění vědomí:

a) Vědomí orgánu, tkáně, buňky,

4) rozšíření prostoru vědomí za vztažný rámec „objektivní skutečnosti“,

a) spiritistické a mediumistické zkušenosti,

b) zkušenosti ze setkání s nadlidskými spirituálními bytostmi,

c) zkušenosti z jiných vesmírů a setkání s jejich obyvateli,

d) archetypické zkušenosti a „komplexní mytologické sekvence“,

e) zkušenosti ze setkání s různými božstvy,

f) intuitivní chápání univerzálních symbolů,

g) aktivizování čaker a vzbuzení „hadí síly“ (kundalini),

h) zážitek kosmického vědomí,

i) zážitek suprakosmického a metakosmického prázdna.

Ke klasifikaci je nutné poznamenat, že jde o kategorizaci výše zmíněných zkušeností, v níž se abstrahuje od ontologického pozadí těchto zážitků. Pokud se tedy hovoří o zkušenostech ze setkání s mimolidskými bytostmi, ponechává se obvykle stranou otázka možnosti jejich skutečné existence (Hoskovec, Nakonečný Sedláková, 2002).

Obsah popsaných transpersonálních zážitků zahrnuje různé události umístěné v určitém prostoru a čase. Zážitky zahrnují prvky běžné každodenní reality, avšak jejich poznání je v tomto případě neobvyklé a pozoruhodné: dokážeme se prožitkově ztotožnit s něčím, co není našim smyslům běžně přístupné, zažít něco, co podle všeobecně rozšířeného přesvědčení člověk zažít nemůže (Grof, 2009).

1.2 Transpersonální psychoterapie

Transpersonální psychoterapie je ovlivněna různorodými směry i přístupy a je poměrně vzdálená evropské tradici myšlení i kulturnímu zaměření. V tomto přístupu nalezneme prvky šamanismu, východní filozofie i východních

náboženských systémů a to nejčastěji prvky hinduismu a buddhismu. Volně navazuje na humanistickou psychologii, avšak inspiraci nachází i v psychoanalýze. Využívá poznatků o účincích psychedelických látek na lidskou psychiku a chování, klade důraz na prožitek a působí značně sugestivně. Psychické obsahy běžně vědomí nedostupné jsou odhaleny při změně vědomí pacientů, ke které dochází pomocí hluboké meditace či kontrolované hyperventilace. Poté jsou tyto obsahy psychoterapeuticky zpracovány (Vymětal, 2004).

„Transpersonální psychoterapie usiluje o rozšíření vědomí člověka tím, že na přechodnou dobu terapeutického sezení rozvolní hranice osobnosti i její obranné psychické mechanismy, objeví se mimořádné psychické zážitky, jež mohou mít halucinatorní povahu. Mimořádné zážitky jsou interpretovány jako součást individuálního a druhového nevědomí. Je zde tendence po překračování osobního vědomí, časoprostoru a po dosahování „kosmického vědomí“, kdy se individualita ztrácí. Terapeut je v roli průvodce, který nenápadně celý proces řídí“ (Vymětal, 2004, 158).

2 Vědomí

Podstata vědomí patří mezi nejzákladnější a zároveň nejobtížnější filosofické otázky. Není tedy divu, že prozatím postrádáme solidní teorii vědomí a nepanuje ani shoda, jak by tato teorie mohla vypadat. Vědeckým výzkumům se vědomí podřizuje velmi neochotně a vzpírá se jakékoli koncepční analýze. Jeden z krajních filosofických přístupů odmítl vědomí jako pouhou fikci - bylo chápáno jako název pro ne-entitu. Jiný krajní přístup považoval vědomí za základní substrát reality (absolutní idealismus). Taktéž bylo vědomí považováno jako epifenomén hmoty (materialismus), či jako jeden z aspektů mnohem elementárnější reality, která není ani duševní ani fyzická, ale vykazuje vlastnosti obou (teorie dualistické povahy vědomí - neutrální monismus). Fridrich Wilhelm Nietzsche pohlížel na vědomí jako na nemoc života. Zatímco většina západních psychologů považuje vědomí jako majetek či produkt mozku a osobní mysli, tradiční přístupy naopak předpokládají, že vědomí je aspektem toho, čemu se říká Absolutno, Bůh, Mysl či Prázdnota. Zdrojem vědomí je za obvyklého stavu individuální psýcha. Tento stav je tradičními přístupy chápán jako zastřený, snový, polobdělý, nejasný, neurčitý.

Z tohoto pohledu není vědomí osobní, ale transpersonální, není mentální, ale transmentální (Walsh, Vaughanová, 2011).

Věda pohlíží na vědomí jako na čistě lidský fenomén. „*Moderní výzkum vědomí odhaluje, že naše psychika nemá žádné konečné a reálné hranice - naopak, jsme součástí nekonečného pole vědomí, které zahrnuje vše, co existuje v rámci časoprostoru i mimo něj, a v realitách, které ještě čekají na prozkoumání v budoucnosti*“ (Grof, 1992, str. 192).

James (1890) definoval vědomí jako nepřetržitý tok psychických prožitků, ve kterém nedochází k výrazné interrupci. Je tedy charakteristické svou kontinuitou a proměnlivostí, které se odehrávají v individuální rovině. Pokud bychom nechali na člověka působit různé zvuky, podněty, které by v něm vyvolávaly určité pocity, snažil by se v tomto chaosu zorientovat. Snahou vědomí je najít jakoukoli pravidelnost, opakování a jednoduchost a tím usnadnit člověku přizpůsobení se okolnímu prostředí. Vědomí, dle Orla (2012), je důležitým předpokladem pro kontakt s realitou, v níž si člověk v bdělém stavu uvědomuje sám sebe i okolí a dokáže mezi těmito dvěma póly rozlišovat. Vědomí je výsledkem kompletní funkce mozku, vzniká integrací a interakcemi korových a podkorových funkcí, avšak klíčovou roli hraje retikulární formace mozkového kmene.

U vědomí rozlišujeme bdělost, jasnost a rozsah. Bdělost člověka, neboli vigilance, je elementárním předpokladem pro vnímání a prožívání. Ze schopnosti integrovat psychické funkce vychází stupeň bdělosti a určuje jasnost vědomí (luciditu). Rozsah vědomí (kapacita) umožňuje člověku vnímat, co se okolo něj odehrává (Plhánková, 2003; Orel, 2012).

Vědomí, dle britského biochemika a fyzika Francise Cricka, úzce souvisí s biochemickými a neurofyzilogickými procesy v mozku. Avšak vědomí může za určitých okolností fungovat nezávisle na něm. Jako příklad můžeme uvést OOBÉ, neboli out-of-body-experience, které můžeme přeložit do českého jazyka jako mimotělní zážitky. Ty si můžeme navodit sami za pomoci různorodých technik, anebo mohou nastat tyto stavy spontánně. Přestože při těchto zážitcích dochází ke kvalitativní změně vědomí i nadále se orientujeme v čase i prostoru a neztrácíme kontakt s běžnou realitou (Grof, 2007).

Grof (1985) poukazuje na to, že existuje těsný vztah mezi mozkiem a vědomím. Tato myšlenka je podpořena mnoholetým klinickým i experimentálním pozorováním neurovědčů i psychiatrů. Vědci vyzorovali blízké souvislosti mezi patologickými nebo fyziologickými procesy v mozku a různými aspekty vědomí. To však nevede jednoznačně k závěru, že náš mozek vědomí vytváří. Sternberg (2002) zmiňuje, že v jisté době byli psychologové přesvědčeni, že vědomí a pozornost jsou totožné. V současné době je popisují jako dvě samostatné množiny, které se navzájem překrývají. Vědomí má k orientované pozornosti bezprostřední vztah. Zahrnuje pocit, ale také obsah toho, co si uvědomujeme, a právě část tohoto obsahu může být pod vlivem pozornosti.

„Pozorování z výzkumu vědomí rozptylují současný mýtus materialistické vědy, že vědomí je průvodní projev (epifenomén) hmoty, tedy produkt neurofyziologických procesů v mozku. Ukazují, že vědomí je prvotní podstatou vlastností bytí, a že je schopno různých činností, jichž lidský mozek není schopen. Podle všech nových poznatků je lidské vědomí součástí i účastníkem v rozsáhlém univerzálním poli kosmického vědomí, jež prostupuje veškerou existencí“ (Grof, 2007, str. 13).

3 Změněné stavy vědomí

Kultury po celém světě přistupují ke změněným stavům vědomí rozdílným způsobem. Naše kultura upřednostňuje bdělé stavy a poskytuje jim výlučné postavení. Kromě intoxikace návykovými látkami změněné stavy vědomí z hodnotového systému vyloučila. Tento přístup je sice výhodný v oblasti ekonomického vývoje, avšak můžeme říct, že v oblasti změněných stavů vědomí nás činí značně nedokonalými. V tradičních či „primitivních“ kulturách se téměř všichni jedinci názorně učí změněným stavům vědomí a díky tomuto přístupu bylo vynalezeno mnoho technik, jak těchto stavů dosáhnout. Tyto kultury, ač nedosahují takové materiální produktivity, mají mnohem větší znalosti o složitosti vědomí (Katz, 1973, in Walsh, Vaughanová, 2011).

V některých kulturách mohou být stavy, které se odlišují od běžného bdělého stavu pokládány za poruchové. Avšak existují i takové mentální stavy, které nemusí být nutně patologické, přestože se od normálního bdělého vědomí výrazně odlišují. K poruchovým stavům patří narušení osobní identity, špatná orientace

v prostoru a čase, halucinace či bludy. Můžeme zde zařadit i delirantní stavy, které doprovázejí různá somatická onemocnění. Stavy, které nejsou pokládány za patologické, mohou vznikat spontánně (spánek) anebo si je člověk může záměrně navodit (požití drog, meditace, hypnóza, excitace, hluboké dýchání, relaxace). Lidé si stavy rozšířeného vědomí vyvolávají z různých důvodů, jako například získání nové životní zkušenosti, poznání sebe sama nebo taky jako inspiraci k umění (Plháková, 2003).

Sternberg (2001, in Plháková, 2003) uvádí společné charakteristiky změněných stavů vědomí:

- 1) Kognitivní procesy v těchto stavech jsou povrchnější a méně kritičtější.
- 2) Dochází ke změnám vnímání okolního světa a změnám sebepojetí.
- 3) Chování bývá často inhibováno a je oslabeno jeho řízení.

V bdělém stavu by člověk nerealistické události vyhodnotil jako nemožné, avšak během spánku nereálné snové události přijímá. Lidé také častěji podlehnou agresivnímu chování a sexuálním impulzům po požití alkoholu, které jinak mají pod kontrolou (Sternberg, 2001, in Plháková, 2003).

3.1 Spánek

Spánek je přirozený psychosomatický stav, ve kterém dochází k obnově duševních i fyzických sil a k poklesu zejména motorického a sensorického systému. Utlumení sensorického systému není však úplné, sluchový aparát dokáže rozlišovat mezi významnými a nevýznamnými podněty. Během spánku můžeme rozlišit několik mentálních aktivit, zejména snění. Spánek tedy nelze považovat za stav úplné psychické a tělesné pasivity. Při nedostatku spánku dochází k vážnému narušení normálního průběhu psychického dění a vede k celkovému tělesnému vyčerpání (Plháková, 2003). V průběhu 24 hodinového cyklu prochází organismus dvěma základními stavy vědomí, spánkem a bděním. Tyto dva stavy mají svou vegetativní a behaviorální složku, jejichž změny a vzájemné vztahy jsou řízeny centrální nervovou soustavou (Sedláček, Mareš, 2003, in Trojan, 2003). Spánek je vyjádřením tendence k pravidelnému poklesu či zvyšování psychické, fyzické a fyziologické aktivity, úzce souvisí se střídáním dne a noci (Plháková, 2003). K cirkadiálnímu vychýlení

dochází při nesouladu mezi behaviorálními cykly spánku a bdění a endogenním cirkadiálním rytmem. To může být způsobeno například časovým posunem či při práci na směny. Následkem může být narušení spánku a úbytku bdělosti při výkonu (Pisani, M. A., et al., 2015).

Spánek můžeme rozdělit na NREM (non rapid eye movement), a REM (rapid eye movement) fázi. Podle tradiční klasifikace prochází jedinec čtyřmi stadii NREM spánku. Avšak v novém ASSM manuálu bylo stádium třetí a čtvrté sloučeno do jediné fáze hlubokého spánku (Plháková, 2013).

3.1.1 Sny

Velmi charakteristickým rysem pro REM spánek je výskyt snů. V 50. letech toto spojení odhalili Kleitman, Aserinsky a Dement. Sny, které jsou popsány lidmi při probuzení v REM stádiu, jsou mimořádně živé, citově zabarvené, mají bizarní a nelogický charakter. Jsou častější a delší, obsahují více zrakových a pohybových představ. Řada významných badatelů zjistila, že se určité snové zážitky vyskytují také v NREM spánku, tudíž fázi rychlých očních pohybu nelze úplně ztotožnit se sněním (Černoušek, 1988, Bassetti, Bischof, Valko, 2005, in Plháková 2013). Schopnost snít a vybavit si sny se rozvíjí už v dětství. Z tohoto období pramení i schopnost vytvářet sny paralelně s vývojem vizuo-prostorových schopností a komunikačních dovedností (Hartman, 2013).

Slovník analytické psychologie (Müller, Müller, 2006, s. 368) uvádí, že „*snem se rozumí duševní aktivita během spánku, kdy se do nevědomí ve spánkovém stavu vmísí vědomý prvek, a to prostřednictvím snového já a prožívání.*“

Dle Hartla (1993) snění existuje i u jiných organismů. Obsahuje denní rezidua, útržky zážitků z bdění. V psychoanalýze se rozlišuje obsah snů manifestní, jež srozumitelný, jasně vyjádřený a obsah latentní, tedy hluboký, nevědomý a se skrytým smyslem, v jejichž pozadí bývá utajené či potlačené přání nebo potřeba.

3.1.2 Funkce snu

V autoregulačním systému duše i tělesném organismu plní sny důležité funkce. Biologická funkce snu spočívá v odstranění napětí, v procvičování připravenosti instinktů, umožňuje osvojení archetypálních vzorců. Tyto vytvořené dráhy pak

porovnáváme se zkušenostmi ve vnějším světě, čímž se urychlí procesy učení. Psychologickou funkcí snu je psychická regulace, jejímž cílem je odstranit nebo překlenout protikladné napětí nebo přímo disociaci, jež je mezi systémy vědomí a nevědomí častá (Müller, Müller, 2006).

REM spánek slouží v širším smyslu k rozvoji centrální nervové soustavy. Jelikož vývoj CNS přímo zahrnuje formování nových spojení mezi neurony, pak tato funkce je velmi konzistentní s funkcí snění, která zahrnuje budování spojení, především v mozkové kůře. Tyto funkce snění lze považovat za součást kortikální nebo součást na „nejvyšší“ úrovni vývojové funkce REM spánku (Hartman, 2013).

V této kapitole se budeme zabývat navozenými stavy změněného vědomí, které tedy byly dosaženy nefyziologicky. Můžeme zde zařadit hypnózu, meditaci, zážitky blízké smrti, požití psychoaktivních látek, holotropní dýchání.

3.2 Hypnóza

Dle Psychologického slovníku je hypnóza změněný stav vědomí, který je uměle navozený a vyznačuje se zvýšenou sugestibilitou a hyperkoncentrací pozornosti. Projevem je ztráta já, poslušnost k příkazům hypnotizéra, pasivita. Může být využita i k terapeutickým účelům (Hartl, Hartlová, 2000). Hypnóza je v současnosti chápána jako vícedimenzionální, nevymezuje se tedy jedním procesem nebo jednoznačnou objektivní charakteristikou. V hypnóze se uplatňuje a kříží více procesů, které však nejsou specifické jen pro ni, některé jsou okrajové, některé se blíží více podstatě. Za podstatné dimenze považujeme zvýšenou sugestibilitu, změněný stav vědomí, vztah k hypnotizérovi a zvláštní schopnost, kterou označujeme jako hypnabilitu (Kratochvíl, 1999).

Sugestibilita je schopnost či tendence reagovat na sugesce, přeměňovat je bez kritického zvažování přímo v příslušné prožitky, přesvědčení nebo automatické jednání. Hypnabilita je schopnost pohroužit se do hypnózy určité hloubky (Kratochvíl, 1999, 15). Hypnabilitu můžeme chápat jako kontinuální vlastnost, kterou lze měřit psychometrickými nebo klinickými škálami. Koreluje s bdělou sugestibilitou a do určité míry souvisí s prožitkovými schopnostmi, jako je představivost, tvořivost. V dospělosti se projevuje jako stabilní samostatný rys osobnosti. Vztah k hypnotizérovi můžeme také označit jako raport. Jedná se

o výběrové spojení, v němž nabývají podněty vycházející od hypnotizéra pro subjekt podstatný význam a spontánní kreativita na jiné podněty se snižuje (Kratochvíl, 2001).

Hypnóza se tradičně považuje za změněný stav vědomí. V hluboké hypnóze se tento stav označuje jako trans, který slouží pro vyjádření odpoutání se od okolí. Je dočasnou relativní indiferentností k reálným smyslovým podnětům (Shor, 1970 in Kratochvíl, 1999). Pro změny vědomí lze také použít označení disociace vyjadřující oddělení určitých procesů od hlavního proudu poznávání a řízení. Část duševní činnosti může být izolována od obvyklého proudu myšlenek a vzpomínek, není korigována zřetelem ke skutečnosti a probíhá mimo normální řízení (Hilgardová, 1970 in Kratochvíl, 1999).

3.2.1 Prožitky při hypnóze

Subjektivní prožitky během hypnózy mohou nabývat různé intenzity, realističnosti i různého stupně prožívání mimovolnosti. Prožitky se mohou projevat na úrovni vnitřní i vnější, avšak nemusí být vždy společně v souladu. Prožívané sugesci se mohou vyskytnout pouze na úrovni vnitřní bez odpovídajícího doprovodného vnějšího chování. Avšak subjekt se naopak může navenek chovat tak, jako by danou sugesci prožíval, ve skutečnosti ji ale neprožívá. Z toho vyplývá, že projevy sugesci nemůžeme posuzovat pouze z vnějšího hlediska, ale je nutno získat i informace o vnitřním prožívání. Můžeme k tomu využít zpětné dotazování po skončení hypnózy nebo využít signálů či slovního popisu v průběhu hypnózy. Rozdíly mezi subjekty se také objevují i v prožitcích, které přijímají od hypnotizéra. Někteří přijímají jen to, co jim bylo doslova vsugerováno, zatímco jiní jsou schopni si situaci sami dotvořit a zapojit vlastní fantazii či dřívější prožitky. Výkony u jedince mohou v průběhu hypnózy také kolísat. Na sensorickou sugesci například zareaguje živou halucinací, přesvědčen o realističnosti vsugerovaného, zatímco jinou podobnou sugesci zážitkově nepřijme a pouze jí formálně vyhoví tím, že činnost provede jako předepsanou roli (Kratochvíl, 2011).

3.2.2 Využití hypnózy

Hypnózu lze použít při léčbě řady fyziologických i psychických potíží. V medicíně bývá hypnóza využívána ke snížení úzkosti, která byla vyvolávána zdravotnickými

či stomatologickými výkony, také při gastrointestinálních onemocněních, astmatu a při nevolnosti spojené s léčbou rakoviny. Při léčbě psychických obtíží může hypnóza pomoci lidem překonat závislostní chování. Dokáže pomoci i při léčbě emocionálních problémů. Zastánci terapeutického užití hypnózy naznačují, že tato technika umožňuje terapeutům odhalit klientovy potlačené vzpomínky, které jsou zdroji psychických problémů. Avšak odpůrci varují před používáním hypnózy v terapii. Opírají se o velký sugestivní vliv terapeuta na klienta v hypnóze v podobě falešných vzpomínek na hrůzné zážitky, které se nikdy nestaly (Nolen-Hoeksema, Frederickson, Loftus, Wagner, 2009).

3.3 Meditace

Přesvědčení, že meditační techniky mohou způsobit změny ve vědomí, sahá až do starověkých dob a všechna světová náboženství vlastní literaturu popisující rituály, které indukují meditativní stavy. Tradiční formy meditace využívají praktiky jógy, systému myšlenek vycházejících z hinduistického náboženství či Zenu, který je odvozen z Japonského a Čínského buddhismu (Nolen-Hoeksema, et al., 2009).

Meditace bývá praktikována pro účely duchovní i zdravotní. Zahrnuje heterogenní skupinu technik. Můžeme zde zařadit sedící praktiky, jako je trénink všímavosti a pohybující praktiky, kde můžeme uvést například jógu. Přes všechnu tuto diverzitu zahrnuje většina meditačních technik trénink pozornosti a rozvíjení neutrální kognitivní/emocionální perspektivy přijetí. Tyto techniky jsou spojeny s fyziologickými účinky na centrální i autonomní nervový systém, vnímání bolesti, náladou, nižším krevním tlakem a poznáváním (Kemper, Powel, Helms, Kim-Shapiro, 2015).

Dle Nolen-Hoeksema, et al. (2009) je při meditaci k dosažení změněného stavu vědomí nutné provedení určitých rituálů a cvičení, jako je například vysoké omezení pole pozornosti, odstranění externích podnětů, regulace a řízení dýchání, zaujetí jógové pozice těla a schopnost vytváření mentálních obrazů událostí či symbolů. Výsledkem bývá příjemný, mírně změněný subjektivní stav vědomí, ve kterém se jedinec cítí uvolněně po psychické i fyzické stránce. Po rozsáhlých zkušenostech mohou jedinci dosáhnout mystického prožitku, v němž ztrácí sebeuvědomění a získávají pocit zapojení do vyššího vědomí.

Nejčastějšími meditačními technikami jsou techniky otevření a koncentrace. Při prvně zmíněné očistí jedinec svou mysl tak, aby mohl získat nové zkušenosti. Očištění mysli chápeme tak, že se jedinec snaží nic nedělat, na nic nemyslet, nevytvářet úsilí, vystoupit z proudu neustále měnících se nápadů, pocitů, a naopak relaxovat a nechat mysl i tělo plynout (Chauduri, 1965 in Nolen-Hoeksema, et al., 2009). Při druhé zmíněné technice jedinec získává zkušenosti aktivním soustředěním se na určitý objekt, slovo, myšlenku. Cílem jedince může být soustředění se tedy na určitý objekt. To však neznamená, že by měla probíhat hlubší analýza jeho částí, ale spíše vnímat existenci objektu samu o sobě, bez vztahování k dalším věcem a přitom odstranit všechny další myšlenky, pocity, tělesné počitky nebo zvuky (Deikman, 1963 in Nolen-Hoeksema, et al., 2009).

Tyto meditační techniky, zahrnující trvalou pozornost určitým směrem nebo škálu vnitřní či vnější zkušenosti, byly často označovány jako na koncentraci nebo na pozornost zaměřené praktiky. V zahraničí se můžeme setkat také s názvy všímavost (mindfulness), sebeuvědomění (open-awareness) nebo otevřené monitorující praktiky (open monitoring practices). Otevřené monitorovací praktiky zdůrazňovaly zaměření se na jasné a živé pozorování zkušeností od momentu k momentu (Jain et al., 2015).

Meditace všímavosti a její trénink jsou dle obecného přehledu součástí tzv. třetí vlny či třetí generace behaviorální terapie (Hayes, Follette, a Linehan 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, a Lillis, 2006 in Mitchel, Zylowska, Kollins, 2015). Je odvozen z dlouholeté východní tradice Vipassany. Meditace bývá často definována jako nehodnotící a přijímající pozornost k něčím zkušenostem v přítomném okamžiku (Kabat-Zinn, 1990 in Mitchel et al., 2015). Zatímco vymezení všímavosti jako samostatného konstruktu je náročné a oblast klinické psychologie ještě nedospěla k plně komplexní operacionalizaci. Avšak byla popsána jako psychologický proces nebo také praxe sestávající se ze dvou složek: (a) záměrného nasměrování pozornosti na přítomnost a (b) dosahování zkušenosti v přítomném okamžiku s otevřeností, přijetím a zájmem (Bishop et al., 2004 in Mitchel et al., 2015).

3.3.1 Meditace a terapie

Někteří terapeuti usilovali o začlenění meditace mezi psychoterapeutické techniky, protože rozvíjení všímavosti u klientů vedlo k překonání utrpení a dosažení vhledu. V rámci KBT patří Jon Kbat-Zinn k průkopníkům. Benda (2006) uvádí 4 typy terapie založené na meditaci: MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), MBCT (Mindfulness-Bases Cognitive Therapy), DBT (Dialectical Behavior Therapy), ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

Můžeme se setkat s rozporem o tom, které terapie založené na meditaci jsou srovnatelné v mechanismu účinku. Ve snaze řešit tento spor Agentura pro výzkum zdravotní péče a kvality (The Agency for Health care Research and Quality) navrhla jistou definici. Tato definice popisuje 3 principy nebytné pro uznání účinku meditace: Self-indukovaný stav, logickou relaxaci, a definované techniky. Sebe-indukovaný stav odlišuje meditaci od hypnózy nebo řízených imaginativních postupů, definovaná technika označuje sadu instrukcí a logická relaxace se vztahuje k „záměru“ neanalyzovat prožívané, neposuzovat a nevytvářet očekávání ve cvičení (Jain et al., 2015).

3.3.2 Účinky meditace na zdraví

V jedné z experimentálních studií výzkumníci zjistili, že u jedinců, kteří podstoupili osmítýdenní meditační cvičení, došlo ke snížení úzkosti a dalších negativních vlivů oproti kontrolní skupině. Také u těchto jedinců s praxí došlo ke zvýšení aktivity v oblasti mozku, která zodpovídá za pozitivní rozpoložení a ke zlepšení fungování imunitního systému (Davidson et al., 2003, in Nolen-Hoeksema et al., 2009). Jiní výzkumníci naznačují, že psychologické výhody meditace mohou být spatřeny v naučené schopnosti odložit opakující se nepříjemné myšlenky (Teasdale et al., 2000, in Nolen-Hoeksema et al., 2009). Meditace se také podílí na zlepšení well-being a to především skrze sérii mechanismů účinků na zlepšení regulace pozornosti, uvědomění si vlastního těla, schopnosti efektivněji regulovat své emoce. Několik studií také tvrdí, že meditace podporuje změny v osobnosti člověka a vnímání sebe sama (Campanella, Crescentini, Urgesi, Fabbro, 2014).

Provedené metaanalýzy vedou obecně k závěru, že meditační techniky poskytují malé až středně prospěšné výhody pro příznaky deprese či úzkosti a také pro

pacienty s komorbidním onemocněním jako je rakovina, revmatoidní artritida či onemocnění srdce (Jain et al., 2015). Další ze současných meta-analýz ukázala, že terapie založená na všímavosti přináší mírnou velikost efektu v rámci pre-post skupiny ve srovnání s kontrolní skupinou v pořadí. Tato metaanalýza obsahovala 209 léčebných studií (Khoury et al., 2013 in Mitchel et al., 2015).

3.4 Zážitky blízké smrti (NDE)

Zážitky blízké smrti, neboli Near Death Experiences (NDE) jsou vědomě prožitou zkušeností v průběhu střetnutí se s blízkostí smrti. Prožitku předchází událost, při níž daná osoba málem zemřela nebo byla málem zabita a došla k této krajnosti tak blízko, že byla klinicky prohlášena za mrtvou, avšak přežila a přetrvává ve své fyzické existenci i nadále (Moody, 1991). Moore (2001) definoval NDE u lidí, kteří se ze stavů blízkých smrti „vrátili zpět“ a popisují tyto zážitky jako hluboké, intenzivní a příjemné. Greyson (2000) o NDE píše jako o neočekávané hluboké spirituální události, která se udá některým jedincům ve stavu blízko smrti. Uvádí, že tyto zážitky mohou nastat ve třech typech životních situací. První z nich je nejfrekventovanější a nejznámější a pojí se s klinickou smrtí jedince. Druhým typem životní situace, kdy se můžeme setkat s NDE jsou umírající lidé, kteří popisují podobné zážitky, jako lidé při NDE. Tyto zkušenosti jsou nazývány jako vize na smrtelné posteli (Death-Beds Vision). A poslední situací je přesvědčení lidí o tom, že jsou na pokraji smrti, která je způsobena vážnou nemocí či důsledkem nehody (Greyson, 2000).

NDE se mohou vyskytnout i v případech jako je zástava srdeční činnosti v důsledku infarktu myokardu, v důsledku šoku při poporodní ztrátě krve během operace, septického či anafylaktického šoku, zasažení elektrickým proudem, kómatu způsobeného traumatickým poškozením mozku, intra cerebrálního krvácení či mozkového infarktu a v důsledku apnoe. Tyto případy jsou hlášeny i u pacientů s těžkou depresí nebo se také objevují bez jasného odůvodnění v plném vědomí lidí. Existují také zážitky strachu ze smrti (Fear-Death Experiences), které jsou nejčastěji zaznamenány v situacích, ve kterých se zdá smrt nevyhnutelná. Mohou to být například vážné dopravní nehody, nehody

v horolezectví, či izolace způsobená ztroskotáním (Lommel, Wees, Meyers, Elfferich, 2001).

Ve většině případů mají zážitky pozitivní charakter, avšak přibližně 7% z nich je nepříjemných. Zážitek změněného stavu vědomí při NDE ponechá značný vliv na životě daného jedince. Dokáže snížit strach ze smrti, může vyvolat zájem o náboženství či spiritualitu, dochází také k vytvoření nového hodnotového spektra, život jedinců se více zaměřuje na přítomný okamžik a stává se celkově smysluplnějším (Kupka, 2008). Dále může zkušenost jedince s NDE transformovat jeho vhlad na neustále měnící se život, zvýšit jeho intuici. Asimilace a přijetí těchto změn přetrvává několik let (Lommel et al., 2001).

Zkušenost s NDE není omezena pouze na dospělé jedince, objevily se i u dětí. Ty byly často příliš malé na to, aby již chápaly skutečný koncept smrti či posmrtný život (Parnia, Fenwick, 2001). Při výzkumu se však se zjistilo, že tyto zážitky prožila téměř polovina dětí, které přežily závažné onemocnění. Avšak u těch, jejichž onemocnění bylo sice závažné, avšak nikoli smrtelné, výskyt NDE nebyl pozorován (Greyson, 2006). Dosud u dítěte nebyl zjištěn žádný negativní prožitek (Kupka, 2008).

3.4.1 Příčiny

V současné době existují tři různé soubory vysvětlení pro výskyt NDE: (1) fyziologické nebo farmakologické procesy doprovázející umírání; (2) psychologická reakce na vnímanou hrozbou smrti; (3) transcendentální zkušenosti ve stejné kategorii jako mystické (vrcholné) zkušenosti (Parnia, Waller, Yeates, Fenwick, 2000).

Nejvíce přijímaný vědecký názor ohledně příčin vzniku NDE se týká narušení chemických procesů v mozku. K tomu může dojít při procesu umírání či při psychické reakci na vnímanou hrozbu či smrt. Mnoho z fyziologických i farmaceutických mediátorů působících na mozek se podílí na příčinách NDE, avšak ani u jednoho se neprokázalo, že je odpovědný za tento jev. Seznam zahrnuje například endorfiny, mozkovou hypoxii, hypercapnie, různé léky, zejména s halucinogenními látkami jako je ketamin a fencyklidin, receptor NMDA, serotoninové kanály, aktivace limbického systému a temporální anoxické záchvaty

(Parnia, Fenwick, 2001). Argument ve prospěch psychologického vysvětlení je založen na retrospektivním pozorování případů, které nasvědčují, že NDE se mohou objevit i u lidí, kteří nebyli fyzicky blízko smrti a také u lidí, kteří zažili tento fenomén ještě před životem ohrožující situací, ve které však neztratili vědomí (Parnia et al., 2000).

4 Psychoaktivní látky

Spotřeba a obliba návykových látek vzrůstá celosvětově a trvale. Řadíme zde látky přírodního či syntetického původu, ale patří zde i léčiva. V případě sloučenin přírodního původu hrály tyto látky důležitou roli v životě lidí od pradávna. Byl to například alkohol, opium, tabák, marihuana, listy koky, peyotl. K nim se za posledních 150 let připojily polosynteticky či synteticky získané molekuly heroinu, barbiturátů, metamfetaminu, LSD, benzodiazepinu, ketaminu, fencyklidinu a další. Studium vztahů mezi strukturou a biologickými účinky návykových látek je na jedné straně pro lidstvo prospěšné, protože napomáhá objevům nových léčiv, avšak na straně druhé bývá velmi často zneužíváno. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je termín „psychoaktivní látka“ vyhrazen pro sloučeniny vyvolávající závislost. Dle jejich působení na centrální nervovou soustavu je můžeme rozdělit do dvou základních skupin: a) Látky působící excitaci centrální nervové soustavy, což jsou psychostimulační a halucinogenní látky, b) Látky působící útlum centrální nervové soustavy, kde řadíme návyková narkotika (Doležal, 2013).

4.1 Psychostimulancia

„Psychostimulancia jsou psychotropní látky, které na centrální nervový systém působí nefyziologicky budivě. Na receptorové úrovni v CNS dochází působením psychostimulancií ke zvýšení koncentrace neuromediátorů dopaminu, noradrenalinu a v některých případech i serotoninu na podkladě blokády presynaptických receptorů, které jsou takto falešně informovány o nedostatku monoaminů v synaptické štěrbině. Dochází tedy k narušení regulačních zpětných vazeb, které vede k aktivaci adenylátcyklázy a ke zvýšenému uvolňování neurotransmiterů do synaptické štěrbině a jejich následné

depleci. Dočasně dochází ke tvorbě *p-hydroxynorfedrinu*, který je biologicky aktivní jako falešný neurotransmitter“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Účinky psychostimulancií se projevují ve zkrácení spánku (REM i NREM), snižují pocit únavy a naopak urychlují psychomotorické tempo, navozují zvýšenou vigilitu vědomí i zvýšenou imaginaci, zrychlují myšlení a výbavnost paměti, avšak na úkor přesnosti a snižují chuť k jídlu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Povzbuzují duševní činnost, což se projevuje zvýšenou aktivitou, sebedůvěrou a odvahou, ztrátou zábrán (Doležal, 2013). Mají také anxiogenní efekt, při kterém stoupá vnitřní tenze, úzkost, strach, obavy a tíseň. Navozují tachykardii, snížení tonu hladkého svalstva bronchiolů, zvyšují krevní tlak a podobně. Stimulující účinek trvá i několik hodin (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

4.2 LSD a peyotl

Houstonová (2004) se po 15 let zabývala výzkumem dvou psychedelik, syntetickou látkou LSD, kterou můžeme chemicky popsat jako diethylamid kyseliny d-lysergové, druhou látkou byl peyotl, tedy kaktus (*Lophophora williamsii*), který obsahuje množství alkaloidů, z nichž je nejznámější a nejvýznamnější meskalin. Tyto dvě látky mění a rozšiřují lidské vědomí a vyvolávají množství psychologických účinků: Změny sluchového, hmatového, čichového, obrazového, chuťového a kinestetického vnímání, změny prožívání času, prostoru, změny počtu a obsahu myšlenek, změny tělesného vzhledu, halucinace, změny nálad a prožívání, zesílené vzpomínky a paměť, odosobnění a rozplynutí ega, náhlý vzestup nevědomých obsahů, dvojitě, mnohonásobné či útržkovité vědomí. Zvýšenou citlivost na barvy i na mimoslovní podněty, schopnost lepší mimoslovní komunikace, která zahrnuje i prostředky telepatické, pocity soucítění. Zájem o kosmologické, filosofické a náboženské otázky, zesílený zájem o svou osobu a také svět, ve kterém žijeme.

LSD poprvé syntetizovali A. Stoll a A. Hofman v roce 1938, avšak psychedelické účinky byly objeveny Hofmannem až v roce 1943. Jedná se o polysyntetický derivát z alkaloidů námele (*Claviceps purpurea*), jehož minimální dávka dokáže vyvolat výrazné změny ve vědomí. Účinky látky se dostaví 30-60 minut po orálním užití a trvají přibližně 8-10 hodin. Mezisvalová aplikace vyvolá účinek rychleji.

Dávkování závisí na cíli sezení a liší se také u každého jednotlivého terapeuta či vědce. Psychoterapeuti většinou pracují s dávkami od 25-100mikrogramů. Dávkování se může výrazně zvýšit při léčení zvláštního typu pacientů. Alkoholikům se podávalo 600až 1500 mikrogramů, což by se nemělo podávat jindy než z terapeutických důvodů (Houstonová, 2004).

Užívání peyotlu sahá až do předkolumbovského Mexika, kdy se v době španělské nadvlády užívalo mnoho psychotropních rostlin, včetně peyotlu. Rostliny byly užívány kněžími, curandery, šamany. Moderní vědecké zkoumání peyotlu začalo okolo roku 1880 v USA i Evropě, kde se peyotlem zabýval zakladatel psychofarmakologie Louis Lewin. Vydal několik článků i knih, kde popisoval psychologické i jiné účinky (Houstonová, 2004).

5 Halucinogenní rostliny

Účinky halucinogenních rostlin jsou známy již po tisíce let převážně domorodým kulturám, které je využívaly k iniciačním obřadům a v náboženství. Dokonce i dnes můžeme najít kmeny po celém světě, zejména na kontinentu Jižní Ameriky, které rostliny k těmto účelům stále používají (Schultes, Hofman, 1996, in Kubíčková, 2014). Některé z nich také nacházejí své využití při léčitelských praktikách (Horák, 2013, in Kubíčková, 2014).

Chemické složení těchto rostlin dokáže změnit stav lidského vědomí a navodit člověku halucinace. Nejčastěji bývají vizuální, doprovázené barevnými vidinami, avšak opomíjeny nejsou také auditivní, olfaktorické, gustatorické a taktilní. Některé z halucinogenních rostlin dokáží ovlivnit více smyslů najednou. Mohou navodit také změny ve vnímání času, prostoru i samotné reality (Hofman, Schultes, 1996, in Kubíčková, 2014). Jsou to zejména halucinogenní indoly, které se na těchto změnách podílí. Všechny tyto indoly obsahují pětistranný pyrolový cyklus s vazbou na benzenové jádro a díky těmto cyklickým systémům jsou vysoce reaktivní. Indoly v halucinogenních rostlinách dělíme do 4 skupin: Látky typu LSD, tryptaminové halucinogeny (zvláště DMT), Beta-karbonily a skupiny látek blízkých ibogaminu (McKenna, 1999, in Kubíčková, 2014).

Ve světě je výskyt halucinogenních rostlin obsahujících indolové sloučeniny situován převážně do tropických oblastí Nového světa. Proč se halucinogenní

rostliny v tropech Starého světa nacházejí ve viditelně menší míře, nebyl zatím nikdo schopen vysvětlit. Z tohoto důvodu západní medicína objevila tyto halucinogenní rostliny poměrně pozdě, a proto se v zemích západního světa používají jen vzácně (Ibid.).

5.1 Ayahuaska

Ayahuaska je úzce propojena s šamanskými praktikami, proto se velmi stručně na úvod kapitoly zaměříme na šamanismus.

Šamanismus je forma náboženské praxe a zkušenosti, a i když je rozptýlen po celém světě, nikde neexistují žádné šamanské autority, které by udávaly určitý jednotný směr, nechávaly stavět šamanské chrámy a sepisovat pravidla. Neexistují žádné doktríny. Místa ve světě, kde je šamanismus praktikován jsou zeměpisně od sebe vzdálené, přesto však nacházíme podobnosti u všech těchto kultur, i když spolu neměly pravděpodobně žádný styk. Samotné slovo šaman pochází z jazyka Evenků. Nachází své kořeny na Sibiři u tunguzsky mluvících pastevců a lovců. Je vyslovováno šá-mán nebo také šájman. V Severní Americe se začalo používat ve 20. století a označovalo převážně medicinmany a medicinmanky (Vitebsky, 1996).

Šamanem se jedinec stává poté, co projde iniciačním rituálem, který se skládá ze dvou částí - extatické a tradiční. Při extatické části prochází stavy transu, má vidiny, zažívá nejrůznější sny, při části tradiční se učí jména rostlin, duchů, jazyky a šamanské techniky. Rituál může proběhnout o samotě v naprosté izolaci v hloubi pralesa nebo formou bouřlivých iniciačních oslav (Eliade, 2004). Při iniciaci mestický šaman také získá své ícaro, které je samotnými šamany interpretováno jako výsledek komunikace s duchem ayahuasky, která mu zároveň předává znalosti. Z tohoto důvodu se ayahuasca označuje jako rostlina-učitelka (Luna, 2002).

Ayahuaska je velká pralesní liána rodu *Banisteriopsis caapi*, z níž se vařením připravuje stejnojmenný, silný halucinogenní nápoj. Do čeledi *Malpighiaceae*, z níž pochází i *Banisteriopsis caapi*, můžeme zařadit přes sto druhů těchto lián (Valíček, 2000, in Kubíčková, 2014).

Historie ayahuasky jako halucinogenní rostliny sahá podle Dobkin de Rios (2008, in Kubíčková, 2014) do minulosti stovky možná tisíce let. Byla používána jako spirituální pomůcka, ale nemalou úlohu sehrávala také v léčení. Při rituálech ji využívaly rozmanité skupiny lidí, které zahrnovaly kmeny původních obyvatel sídlících v srdci amazonského pralesa, ale také venkovské rolníky.

Složení dvou hlavních rostlin, ze kterých se nápoj připravuje, se vzájemně doplňuje a dává možnost vzniku intenzivnímu stavu rozšířeného vědomí (Narby, 2006, in Kubíčková, 2014). Obě rostliny však mají psychoaktivní účinky i samostatně, avšak v mnohem menší míře. První z těchto rostlin je liána čeledi *Malpighiaceae*, nejčastěji tedy její zástupci druhu *Banisteriopsis* a to především rodu *Banisteriopsis caapi*, *Banisteriopsis inebrians* a *Banisteriopsis quitensis* (Zelený-Atapama, 2007, in Kubíčková, 2014). Ty obsahují beta-karboonylové alkaloidy harmin, harmalin, tetraharmalin a další deriváty (Beyer, 2009, in Kubíčková, 2014). Druhou rostlinou přidávanou do nápoje je *Psychotria viridis*. Šamani ji označují vlastním názvem jako „chacrana“. Je to bylina, která obsahuje látku DMT, tedy N,N- dimethyltryptamin, který má halucinogenní účinky (Zelený-Atapama, 2007, in Kubíčková, 2014). DMT je však při orálním užití neúčinné nebo jen velmi slabě (Callaway et al., 1999, in Riba et al., 2003, in Kubíčková, 2014), protože je blokováno enzymem nazývaným monoaminoxidáza (MAO), přirozeně vyskytujícím se v lidském těle. Inhibitorem MAO je právě harmin a jeho deriváty obsažené v liánách druhu *Banisteriopsis* (McKenna, et al., 1984, in Riba, 2003). Z tohoto důvodu se pro intenzivnější, déle trvající účinky, které vyvolávají bohaté a barevné vize, používají tyto dvě rostliny společně (McKenna, 1999, in Kubíčková, 2014).

5.1.1 Účinky ayahuasky

Halucinogenní nápoj má různorodé účinky na lidský organismus. V této kapitole nejprve uvedeme, na jaké oblasti jeho účinky působí, a poté budou tyto oblasti popsány v následujících podkapitolách.

Změny, které nápoj po požití navozuje, začínají 30-40minut po vypití. Svého vrcholu dosahují po dvou hodinách a po šesti hodinách pomalu odeznívají (Riba et al., 2003, in Tupper, 2008, in Kubíčková, 2014)

Po požití nápoje se objevují typické psychedelické účinky, které byly popsány během posledních 50 let. Zahrnují zrakovou a sluchovou stimulaci prolínání sensorických modalit, psychologickou introspekci, která může zahrnovat mimo jiné velkou radost, strach, osvícení nebo také depresi. Očistné účinky nápoje se mohou taktéž projevit po stránce spirituální nebo fyziologické (Dobkin de Rios, 2008, in Kubíčková, 2014).

Fyziologické účinky

Při intoxikaci má nejprve člověk stavy závratí a nevolností, většinou se začne i potit. Další účinky se mohou projevit v podobě třesu, svědění, rozšíření zorniček a šubavých záchvěvů (Pomilio et al., 1999, in Kubíčková, 2014). Člověk může ztrácet rovnováhu, pociťovat malátnost. Tyto stavy mohou pozvolna přecházet v příjemné pocity, které jsou doprovázeny nejprve mlhavými, postupně se vyjasňujícími a silícími barevnými vidinami. Výše popsané projevy mohou být pro člověka vysilující (Schultes, Hofmann, 1996; Valíček, 2000, in Kubíčková, 2014).

V plazmě účastníků po konzumaci ayahuasky můžeme nalézt DMT, harmol, tetrahydroharmalin, harmalin (Riba et al., 2003, in Kubíčková, 2014).

Při užití ayahuasky dochází ke kardiovaskulární stimulaci s mírným nárůstem srdečního tepu a zvýšením diastoly. Hypertenzní kolize však nebyla v celé šíři výzkumu zaznamenána (Riba et al., 2003; Dobkin de Rios, 2008, in Kubíčková, 2014).

Obecně 20-40 minut po požití ayahuasky, uživatel podlehne nepřekonatelnému nutkání zvracet, které je někdy spojeno s podobným nekontrolovatelným nutkáním vyměšování. Mnoho lidí, kteří pijí ayahuasku tuto část nesnáší, ale očištění je jedním z největších efektů při léčení. K očištění dochází po stránce fyzické, emocionální i spirituální (Gorman, 2010, in Kubíčková, 2014). Tyto emetivní a purgativní účinky pročišťují uživatele také od červů a jiných tropických parazitů, kteří se do těla mohou dostat ze špatně skladovaného či špatně uvařeného masa. V pralese jsou navíc rozšířená i hlístová onemocnění a kvůli nehygienickým podmínkám jsou spóry hlíst přenášeny vzduchem. Avšak ayahuaska má díky obsahu harmalinových alkaloidů antihlístové účinky (Shukla, 2012, in Kubíčková, 2014).

Jako i jiná psychedelika dokáže ayahuaska u lidí potlačit také hlad. Díky jejímu požívání nemuseli šamani určitou dobu na lov (Dobkin de Rios, 2008, in Kubíčková, 2014).

Kontradikční fyziologické účinky

Ayahuaska může způsobit negativní interakci s určitým typem jídla a potravin, proto mohou být před požitím ayahuasky dodržovány diety. Ty většinou vymezují stravu bez solí, koření, cukrů, tuků a podobně (Ibid.). V různých publikacích můžeme najít obsáhlé seznamy dalších surovin, je však zbytečné provádět zde jejich výčet.

Dieta se netýká pouze jídla, ale i dalších aspektů. Například mužům je zakázáno jakékoli pohlavní uspokojování před zkušeností s ayahuaskou. Důvodem jsou změny hladin testosteronu v organismu, které mohou snížit její účinky. Dodržováním těchto pravidel před sezením se zvyšuje hladina serotoninu v mozku. Tím se může snížit intenzita zvracení i intenzita průjmu (Ibid.).

Třída sloučenin nazývané beta-karbonily, které ayahuaska obsahuje, mají potenciál nebezpečně reagovat s ostatními drogami, jako jsou amfetaminy a MDMA (extáze) stejně jako s antidepresivy a anxiolytiky jako je Prozac, Zoloft, Lexapro, Effexor (Ibid.).

Psychologické účinky

Purgativní účinky působí nejen na vyprázdnění žaludku, ale účastníci mají také možnost „očistit se“ od svého strádání v životě, vzpomínek, které v sobě uchovávají a zahlcují si tak mentální i spirituální oblast. Ayahuaska může napomoci uživateli se od tohoto zmatku oprostit (Gorman, 2010, in Kubíčková, 2014).

Očišťování těla, mysli i ducha v průběhu ayahuaskové ceremonie může být počátkem procesu hluboké osobnostní i spirituální transformace, která může pokračovat i po jediném užití nápoje. Osobní zkušenost je individuální a pokaždé unikátní. Ayahuaska při léčení přináší možná více než pochopení toho, co se v životě účastníka děje (Shukla, 2012, in Kubíčková, 2014).

Dle tradičního přístupu se duch ayahuasky dostává do nejniternějších částí lidské duše a kořenů, kde nachází traumatické události a přiměje je vyplavat na povrch.

Jedince tak dostane do děsivých chvil zániku vlastního ega. Umožní mu prožít vše špatné znovu a negativní vzpomínky eliminovat. V symbolické podobě se při zvracení těchto traumat jedinec zbavuje. Není to však stejné jako zvracení ze špatného jídla. Gorman (2010, in Kubíčková, 2014) to popisuje, jakoby velké celky tělesných významů byly explozivně vymršťovány z lidských útrob. Při ceremonii s ayahuaskou člověk nemůže podvést sám sebe tím, že by před sebou zakrýval své vlastní vzpomínky (Shanon, 2002, in Kubíčková, 2014).

Schultes (1982, 206, in Luna 2002) popisuje, že:

Caapi opravdu prostupuje každý aspekt lidského bytí. Zasahuje do prenatalního života, ovlivňuje život po smrti, působí během pozemské existence, hraje svou roli nejen ve zdraví a nemoci, ale i ve vzájemném vztahu mezi jedinci, vesnicemi a kmeny, v míru i ve válce, doma i na cestách, při lovu nebo při zemědělství. Člověk by skutečně mohl jen stěží jmenovat aspekt žití nebo umírání, bdělosti či spánku, kde by halucinogen caapi nehrál vitální a vsutku ohromující úlohu.

Emoční a kognitivní účinky

Australský antropolog Robin Rodd (2006, in Dobkin de Rios, 2008) tvrdí, že užívání ayahuasky umožňuje sociální stabilitu, protože přispívá k harmonizaci emocí ve skupinách. Větší dávky ayahuasky mohou způsobit také zvýšenou empatii mezi uživateli. Podle studie Villaescusy (2006, in Kavenská, 2013), která se zaměřovala na účinky ayahuasky po jednom sezení, došlo u účastníků k navýšení intenzity emocí. Byly prokázány emoce pozitivní i negativní (smutek, úzkost, emoční otupělost). V konečném důsledku však získaly převahu ty pozitivní (radost, otevřenost, vyrovnanost).

Ayahuaska také stimuluje mentální schopnosti, ovlivňuje pozornost, paměť i emoce. Již dávno bylo poukázáno, že nápoj může snižovat úzkost (Dobkin de Rios, 2008). Díky vidinám, které mají příjemný či nepříjemný podklad, mohou účastníci sezení prozkoumat své pocity a myšlenky (Vitebsky, 1996). Účastníci mohou mít pocit, že objekty nacházející se v jejich vizuálním poli vibrují, třpytí se, blikají. Při zavřených očích dochází k nárůstu intenzity těchto vizí. Zvuky mohou být vnímány odlišně (Riba et al., 2003). U účastníků, dle výsledků studie Villaescusy (2006, in Kavenská, 2013), docházelo k uvědomění si myšlenkových strategií a ke zlepšení soustředění. Riba et al. (2003) dodává, že mohou pocítit

zrychlení myšlení i změnu kvality myšlení. Může být také ovlivněna vůle účastníků, jejich záměry a mohou pocítit vzrušení.

Spirituální účinky

Níže popsané spirituální účinky nejsou předkládány jako obecný vědecký fakt, nýbrž jako příklady, jak se ayahuaska v této oblasti může projevit.

Stav rozšířeného vědomí může zahrnovat vjemy nemateriální, za normálních okolností neviditelné, vjemy spirituálních bytostí a entit. Ve vizích mohou být spatřena zvířata, velmi často v podobě jaguára nebo hada. Mohou se objevit vize rostlin, stromů, hub či určitých míst (nejčastěji to bývá řeka, prales) a zesnulých předků. V tomto stavu se člověk může také identifikovat se zvířetem nebo se v něj „proměnit“ (Metzner, 2010, in Kubíčková, 2014).

Ludwig (1969, in Dobkin de Rios, 1972) uvádí, že účastníci sezení mohou zažít zpomalení nebo úplné zastavení času či naopak jeho zrychlení. Ve vizích se objevují geometrické tvary, barvy, vzorce, avšak odlišné od těch, které můžeme spatřit v běžné realitě. Barbosa, Giglio, Dalgalarondo (2005, in Kubíčková, 2014) dále uvádí subjektivně vnímané změny tělesného obrazu, separaci mezi tělem a myslí způsobenou „něčím“ z vnějška.

Někteří šamani tvrdí, že vjemy vyvolávají duchové, jiní šamani zase tvrdí, že tyto představy vycházejí z jedincova nevědomí. Tato tvrzení mají však stejný základ v tom smyslu, že představy jsou ukotveny uvnitř každého člověka a je jen na daném jedinci, co do nich sám vloží (Vitebsky, 1996, in Kubíčková, 2014).

6 Holotropní dýchání

V této kapitole se budeme zabývat historií holotropního dýchání, holotropními stavy vědomí, průběhem sezení, léčivou silou dechu a hudby, cílenou prací s tělem, kresbou mandal a prožitkům při holotropním dýchání.

6.1 Historie holotropního dýchání

Technika holotropního dýchání přidává nejnovější poznatky k disciplíně hlubinné psychologie, kterou na počátku 20. století založil Sigmund Freud. Tuto disciplínu doprovází dodnes složitá a bouřlivá historie. Freudův přínos spočíval ve vysvětlení existence nevědomí a popisu jeho dynamiky, v rozvinutí techniky

výkladu snů, identifikaci psychologických mechanismů působících v genezi psychických neuróz a psychosomatických poruch, objevu dětské psychosexuality, rozpoznání přenosu (Freud a Breuer, 1936; Freud, 1953, 1962, in Grof, 2011).

Zakladatel humanistické psychologie, Abraham Maslow, vystupoval proti omezenému náhledu behaviorismu a psychoanalýzy.

Kritika behaviorismu spočívala v aplikaci poznatků z výzkumu na zvířatech na lidskou psychiku pouze v oblastech, které jsou těmto dvěma skupinám společné. Z hlediska pochopení lidské psyché jsou tudíž tyto poznatky nerelevantní, protože vyšší specifické lidské kvality, jako jsou láska, sebevědomí, odhodlání, svoboda jedince, etika, umění, filosofie, věda a náboženství z těchto výzkumu odvodit nelze. Psychoanalýze zase vytýkal její zaměření na psychopatologii a nesouhlasil s tendencí vysvětlovat všechny psychologické procesy z hlediska základních instinktů (Grof, 2011).

Humanistická psychologie se proto zaměřuje na zdravou populaci a také na člověka, přičemž introspekci a vědomí považovala za hlavní komponenty objektivního výzkumu. Byla prosazována možnost lidské bytosti niterně se řídit a motivovat k dosažení seberealizace a naplnění vlastního lidského potenciálu. Pozornost se přeměrovala na prožívání tady a teď, také k přímému vyjadřování emocí a vzájemné propojenosti psyché a těla. Tudíž práce s tělem v různých formách se stala nedílnou součástí nových léčebných strategií (Grof, 2011).

Švýcarskému chemikovi, Albertu Hofmannovi, se podařilo roku 1942 objevit psychedelické účinky LSD-25 (dietylamidu kyseliny lysergové), který účinkuje již v neuvěřitelně miniaturním množství mikrogramů. Zavedl tak do světa psychologie, psychoterapie a psychiatrie léčivý potenciál neobvyklých stavů vědomí. Dosavadní model lidské psyché, zaměřující se na postnatální biografii a freudovské individuální nevědomí, byl rozšířen o dvě další transbiografické dimenze – perinatální, jež obsahuje vzpomínky spjaté s biologickým porodem a transpersonální. Pokusy s LSD také odhalily, že zdroje emočních a psychosomatických poruch sahají právě do hlubokých kořenů perinatální a transpersonální oblasti, ne pouze do traumatických vzpomínek novorozeneckého věku a dětství, jak předpokládala tradiční psychiatrie (Grof, 1998).

S. Grof, A. Sutich, A. Maslow, J. Fadiman, M. Vich a S. Marguliesová vytvořili v roce 1967 skupinu, která se scházela v Menlo Parku. Jejich cílem bylo vytvořit novou psychologii, která by pojímala různé druhy neobvyklých stavů vědomí, ale také celé spektrum lidských zážitků. Původní název této disciplíny, transhumanistická psychologie, byl přejmenován na transpersonální psychologie. O tento název se zasloužil S. Grof a jeho návrh byl Maslowem a Sutichem přijat. Roku 1975 byl R. Fragerem založen v Palo Alto Institut transpersonální psychologie, který funguje již přes tři desetiletí jako vzdělávací, výzkumné a terapeutické centrum uplatňující poznatky z transpersonální psychologie (Grof, 2011).

6.2 Holotropní stavy vědomí

Z důvodu jedinečných vlastností, jimiž tyto mimořádné stavy vědomí disponují a odlišují se tak od ostatních stavů vědomí, jsou zařazeny do zvláštní kategorie stavů, kterou Stanislav Grof pojmenoval jako *holotropní* (Grof, 2007). Název vyjadřuje doslovně směřování k celistvosti. Složené slovo pochází z řeckého jazyka a vyjadřuje „celek“ - *holos* a „pohybovat se směrem k něčemu“ - *trepein*. *„Naznačuje, že v našem běžném stavu vědomí se ztotožňujeme pouze s malým zlomkem toho, čím skutečně jsme. V holotropních stavech jsme schopni překonat úzké hranice svého těla a ega a uvědomit si svou pravou a úplnou totožnost“* (Grof, 2007, 20).

Z vlastní zkušenosti Stanislava Grofa vyplývajícího z výzkumu trvajícím několik desetiletí a pozorování tisíců osob prožívajících mimořádné stavy vědomí je přesvědčen, že jsme schopni znovu prožívat emoce a fyzické pocity, které jsme měli při průchodu porodními cestami, či dokonce prožitky z mateřského lůna. V mimořádných stavech vědomí dokáže naše psýché tyto situace reprodukovat s živými podrobnostmi (Grof, 1992).

7 Technika holotropní dýchání

Holotropní dýchání je jedna z technik transpersonální psychologie, díky které může člověk prozkoumat vlastní nevědomí. Tato léčebná metoda byla založena MUDr. Stanislavem Grofem a jeho ženou Christinou Grofovou v roce 1975. Zahrnuje významnou podkategorii

mimořádných stavů vědomí, kterou Grof označuje jako holotropní stavy. Změny vědomí se během holotropního dýchání dosahuje pomocí zrychleného dechu, evokativní hudby a cílené práce s tělem, při kterém dochází k uvolnění značného množství blokové energie (Grof, 2007). Dále se také uplatňuje kreslení mandal a další zvukové kombinace (Grof, 1993).

Holotropní dýchání zahrnuje různé prvky hlubinné psychologie, od freudovské, reichovské, rankovské nebo jungiánské školy, které jsou však obohaceny poznatky z moderních výzkumů vědomí, antropologie, východních duchovních praktik a mystických tradic světa (Grof, 2011).

Abychom odhalili nejhlubší povahu lidské psýché a povahu reality, je třeba vypracovat zcela nové výzkumné projekty, prostředky výzkumu a metodologii. Při zkoumání nových hranic vědomí je třeba postoupit za tradiční verbální metody shromažďování relevantních psychologických dat. Mnohé prožitky vznikající v mimořádných stavech vědomí nelze zcela přesně verbálně popsat. Je tedy zřejmé, že je potřeba použít jiných přístupů, které lidem umožní dosáhnout hlubší úrovně jejich psýché a nespoléhat se tak pouze na řeč. Jedním z důvodů této strategie je také to, že mnohé zážitky se odehrály dříve, než se vyvinuly naše verbální schopnosti. Jsou to například prožitky v mateřském lůně, při porodu nebo v útlém kojeneckém věku (Grof, 1992).

7.1 Průběh sezení holotropního dýchání

Holotropní dýchání vzájemně kombinuje prvky zrychleného dýchání, evokativní hudby, cílené práce s tělem a následnou kresbu mandal či jiné formy uměleckého ztvárnění, jež při terapii a sebezkoumání pomáhají uvolnit zbytky bioenergetických a emočních bloků. Tento proces odblokování probíhá zcela spontánně a samostatně, je řízen vnitřní inteligencí dýchajícího. Prvky holotropního dýchání můžeme považovat za znovuobjevené reinterpretace dávných moudrostí a praktických postupů rituálního a duchovního života mnoha starých domorodých kultur, používaných od počátku lidských dějin. Umožňuje využívat vysoce účinné mechanismy léčení a osobní transformace na těchto úrovních psýché (Grof, 2011).

Sezení probíhá ve formě skupinové, kdy jsou účastníci rozděleni do dvojic a střídají se v roli dýchajícího a asistenta neboli sittera. V průběhu jsou přítomni vyškolení facilitátoři, kteří jsou v případě potřeby poskytnout odbornou pomoc. Po ukončení sezení mohou své pocity účastníci vyjádřit pomocí kresby mandal nebo se podělit o svůj zážitek s ostatními účastníky sezení. Pro úplnou integraci a uzavření zážitku holotropního dýchání jsou klientům k dispozici navazující rozhovory a další doplňkové metody (Grof, 2011).

7.1.1 Léčivá síla dechu

Dýchání je autonomní tělesnou funkcí, avšak můžeme ho ovlivňovat svou vůlí. Dech byl již od úsvitu historie považován za významný článek propojující tělo, ducha a psýché a představoval důležitý nástroj rituální, duchovní a léčitelské praxe. Významnou roli však hrál i v kosmologii, filozofii a mytologii. Už starověké a domorodé kultury využívali široké spektrum dechových technik, kterými vyvolávaly hluboké změny vědomí. Uplatňovaly drastické zásahy do dýchání, ale naopak i jemně propracovaná dechová cvičení. Změn vědomí lze dosáhnout intenzivním dýcháním, tedy hyperventilací, ale také opačným způsobem - dlouhodobým zadržováním dechu nebo vzájemnou kombinací hyperventilace a zadržování. V kontextu materialistické vědy ztratilo dýchání svůj dřívější význam a lékařství jeho funkci zredukovalo pouze na fyziologickou. *„Psychosomatická reakce na zrychlené dýchání, takzvaný hyperventilační syndrom, se považuje za patologický stav, a nikoli, jak tomu ve skutečnosti je, za proces stýkající obrovský léčebný potenciál“* (Grof, 2011, 47).

Po vlastních zkušenostech Grofa a jeho kolegů s různými technikami dechu vedenými indickými a tibetskými učiteli, obohacené o poznatky západní vědy dospěli k závěru, že není nutné rozvíjet specifickou techniku pro holotropní sezení. Je důležité zaměřit se na zrychlení a prohloubení dechu nad obvyklou míru a soustředit svou plnou pozornost při tom na niterné procesy. Klienti jsou instruováni, že mají zahájit intenzivnější dechovou frekvenci a snažit se fázi nádechu a výdechu propojit do uzavřeného celku. Vlastní rytmus a způsob dýchání si najdou sami v průběhu procesu. *„Typickým výsledkem záměrného zvýšení dechového tempa jeho prohloubení je uvolnění obranných psychických*

mechanizmů a vynoření nevědomého (a nadvědomého) materiálu“ (Grof, 2011, 48).

7.1.2 Léčivý potenciál hudby

K vyvolání stavů rozšířeného vědomí se při holotropním dýchání využívá evokativní hudby. Hudba, zpěv a pohyb má od nepaměti široké uplatnění pro rituální, léčebné i duchovní účely. Mnohé preindustriální kultury vyvinuly nezávisle na sobě způsoby rytmického bubnování, které má v laboratorním prostředí pozoruhodný vliv na elektrické procesy v mozku (Jílek, 1974, Neher, 1961, Kamiya, 1969, Maxfield, 1990, in Grof, 2011).

„Jako příklady neobyčejných vokálních výkonů prováděných pro rituální, duchovní a terapeutické účely můžeme uvést především monohlasný zpěv tibetských mnichů a mongolských nebo tuvinských šamanů, hinduistické bhadžany a kirtany, rituální zpěvy církve Santo Daime (Ikaros) při obřadech s ayahuaskou, hrdelní zpěv inuitských Eskymáků nebo posvátné zpěvy různých súfijských řádů“ (Grof, 2011, 49).

Hudba má v procesu holotropního dýchání mnoho funkcí. Jednak překrývá zvukové projevy, které při skupinovém sezení vydávají jeho účastníci, ale také pomáhá překonat psychické zábrany a obtížné fáze v průběhu sezení. Otevírá cestu do nevědomí, zesiluje a prohlubuje léčebný proces, mobilizuje emoce, které doprovází nevědomé vzpomínky a umožňuje jim vynořit se na povrch.

Hudba se v průběhu sezení přizpůsobuje fázím zážitků, jejich intenzitě a obsahu. Citlivě reaguje na atmosféru a energii v místnosti, avšak někteří facilitátoři používají již předem připravenou hudbu, která sice odráží fáze zážitků a vrcholí, avšak není přizpůsobena skupinové dynamice. Obvykle je sezení zahájeno podněcující, avšak zároveň uklidňující hudbou. Postupně v průběhu sezení nabírá na síle a přechází ke skladbám s rytmickou dynamikou. Po přibližně hodině a půl holotropního dýchání se dostáváme k „průlomové“ hudbě (mše, oratoria, žalozpěvy, emočně silná orchestrální hudba) a poté ve druhé polovině procesu intenzita hudby pozvolna klesá a dostáváme se k citově zabarveným skladbám („hudba srdce“). V závěrečné fázi nabírá hudba meditativní, bezčasový, plynulý a utěšující charakter (Grof, 2011).

7.1.3 Bodywork, aneb cílená práce s tělem

Tělesné projevy se mezi jednotlivci liší, dosahují podoby postupné relaxace, intenzivních sexuálních pocitů či mystických zážitků, ale také naopak můžeme pozorovat tenze v různých částech těla. Tyto tenze však nenarůstají, mají své autoregulační mechanismy a poté při jejich vrcholu nastane fáze uvolnění. Existují dva mechanismy, kterými lze odstranit tělesné napětí, jež v sobě nosíme. První způsob je pomocí katarze či abreakce, který prostřednictvím třesů, kroucení, vykašlávání, dávení či zvracení, pláče, výkřiků odblokuje tělesné energie. Druhý mechanismus je novým prvkem v psychiatrii a psychoterapii a svým účinkem se vyrovná abreakci nebo ji dokonce předčí. Hluboké tenze se projevují jako intenzivní svalové stahy v různé délce trvání, poté dojde k hlubokému uvolnění (Grof, 2011).

Úlohou facilitátora je poskytnout dýchajícímu prostor pro nevyřešené zbytkové tenze a emoce pomocí práce s tělem. Vnější zásahem se facilitátor pokouší zintenzivnit prožívání a pocity. Reakce dýchajícího by na tyto pocity měla být spontánní a plně podřízena nevědomým procesům. Dýchající se v důsledku může začít projevovat překvapivě a nečekaně (mluvením cizími a neznámými jazyky, dětským žvatláním, nesrozumitelným drmoláním, vyluzováním zvuků zvířat). Facilitátor celý proces pouze podporuje a je u konce až tehdy, pokud se dýchající i facilitátor shodnou, že je proces řádně uzavřen (Grof, 2011).

7.1.4 Podpůrný tělesný kontakt

Podpůrný tělesný kontakt je velmi účinný způsob léčby raných traumat, avšak je nutné před zahájením sezení s dýchajícím tuto techniku vysvětlit a získat jejich souhlas. Existují dva typy traumatu: Trauma v důsledku činu (sexuální zneužívání, ničivá kritika, zesměšnění), které mají na jedince neblahý vliv a trauma ze zanedbání (neuspokojení potřeb lidské pozornosti, držení, objímání). Způsob, jak lze tato traumata překonat je korektivní zážitek v podobě podpůrného tělesného kontaktu poskytnutého v holotropním stavu vědomí. Je potřeba, aby se člověk v tomto stavu vrátil do vývojového období, ve kterém se trauma odehrálo, aby mohl být přístup účinný. Tělesná podpora může být ve formě držení za ruku, dotyku čela ale i kontaktu celým tělem. Důležité je, aby byla dodržena předchozí domluva (Grof, 2011).

Grof se nechal inspirovat dvěma psychoanalytičkami, Pauline McCricovou a Joyce Martinovou, které se věnovaly terapii splynutím (fusion therapy) a aplikovaly ji při svých psychedelických sezeních s LSD. Sám Grof tuto terapii podstoupil a shledal její účinky jako hluboce léčivé a zařadil pak práci s tělem jako nedílnou součást seminářů a výcviku facilitátorů holotropního dýchání (Grof, 2011).

7.1.5 Kresba mandal, expresivní síla umění

Po skončení holotropního zážitku změněného vědomí se účastníci přesunou do místnosti, která je vybavena uměleckými prostředky, včetně papíru s předkreslenou mandalou-tedy kruhem, jehož hranice mohou, ale nemusí při své tvorbě respektovat. Mandala je obrazec, který vykazuje komplexní geometrickou symetrii a v holotropním procesu slouží pro zachycení informací o zážitcích dýchajících klientů a jeho celkového zpracování. Mandaly se pak mohou použít jako vizuální doplněk skupinového sezení (Grof, 2011).

Inspiraci Grof (2011) našel u Joan Kelloggové (1977, 1978) z Marylandského střediska psychiatrického výzkumu v Baltimoru. Rozdala stovkám svých pacientů kreslicí náčiní, předkreslené mandaly a požádala je, aby nakreslili, co je napadne. Po analýze byla nalezena významná korelace mezi psychologickými potížemi a klinickou diagnózou a taktéž s konkrétními aspekty ztvárněnými v jejich malbách (barvy, tvary, dělení mandaly na části a podobně). Grof se však do interpretace ztvárněných mandal nepouští a nevyvozuje žádné diagnostické závěry.

7.2 Spektrum holotropních zážitků

Prožitky holotropního dýchání odráží psychosomatickou historii jedince. Nejen člověk, který projde více sezeními holotropního dýchání, bude mít pokaždé jiné prožitky, ale také ze skupiny lidí, která dostane stejné průvodní informace, obdrží stejné pokyny a poslouchá tutéž hudbu, bude mít každý jedinec vysoce specifický a osobně zabarvený prožitek. Spektrum holotropních zážitků je velmi široké a individuální a utváří plynulou cestu vnitřního sebepoznání a sebeuzdravování (Grof, 2011).

Některá sezení se týkají pouze prožitků na tělesné a emoční rovině avšak postrádají konkrétní obsah. Při sezení se tak zintenzivní bloky a napětí dýchajícího

a následně dojde k hlubokému uvolnění. Na sezeních však může dojít i k situaci opačné, tedy hlubokému uvolňování až jedinec ztratí veškeré hranice a dojde k metafyzickému sjednocení s celým lidstvem, vesmírem a podobně. Prožitky však mohou mít i specifický obsah, dýchající mohou prožívat různé emočně nabitě události z novorozeneckého období, dětství nebo pozdějšího života. Mohou zahrnovat chvíle štěstí a spokojenosti, ale i psychická i fyzická traumata. Grof uvádí, že nejběžnější prožitky holotropního dýchání jsou různá stádia porodního traumatu. Avšak jedinec se ve své regresi může přenést ještě dál, tedy do období prenatalního. Tímto to však nekončí, jelikož jedinec může až na buněčné úrovni vědomí znovu prožívat i vlastní početí. (Grof, 2011).

Transpersonální jevy mohou také pokrýt sjednocení s jinými lidmi, celými lidskými skupinami a různými dalšími formami života. Mnohdy dochází k překonání časoprostorové bariéry a jedinec tak zakusí zážitky rasových, kolektivních, fylogenetických, karmických vzpomínek, setkání a ztotožnění se s archetypálními postavami různých kultur světa, návštěvy mytologických a kosmických oblastí a stavy kosmické jednoty.

Někteří jedinci zůstávají v průběhu holotropního dýchání celou dobu nehybní a klidní, přitom však mohou prožívat hluboké zážitky. Jiné se zase projevují pestrou motorickou aktivitou: silně se třesou, dýchají vkleče, pohybují se ze strany na stranu, sunou se vpřed i vzad a také se mohou vyskytnout pohyby typické pro zvířata. Další zase nevydají v průběhu sezení žádný zvuk, jiní křičí, pláčou, vydávají zvířecí zvuky, hovoří cizími či neznámými jazyky nebo nesrozumitelně blábolí (Grof, 2011).

8 Změněné stavy vědomí a psychózy

Změněné stavy vědomí byly donedávna považovány za patologické projevy. V západních zemích se obvykle rozeznával jen omezený počet stavů vědomí-bdělost, spánek a intoxikace. Ostatní stavy měli vědci tendenci popírat nebo naopak právě patologizovat. Tento postoj se taktéž nevyhnul ani psychologům a psychiatrům, kteří měli sklon považovat nezvyklé zážitky za patologické, zvláště zkušenosti lidí z jiných kultur, a automaticky předpokládali, že náš obvyklý stav je optimální (Walsh, Vaughanová, 2011).

Hausner se v knize o duševně nemocných zmiňuje o podobnosti mezi stavy vyvolanými psychedelickými látkami a stavy při duševní nemoci. Tvrdí, že s rozmachem psychofarmakologie, která je součástí odvětví biochemické experimentální psychiatrie dokázali badatelé vyvolat podáním psychedelik u pokusných zvířat poruchy chování. U osob bez přítomnosti duševní choroby, které se dobrovolně nabídly užít psychedelika, byly pozorovány typické projevy chování ovlivněné účinkem těchto látek. *„Vyvoláváme tak umělou duševní poruchu, trvající asi půl dne, která nám umožňuje z vlastní zkušenosti alespoň zhruba poznat, co asi prožívá duševně nemocný. Můžeme mu tak lépe porozumět a více se mu přiblížit v našem léčebném snažení“* (Hausner, 19, 1969). Tyto látky nám otvírají nový, biochemický pohled na podstatu duševní nemoci. Chemickými látkami jde duševní nemoc vyvolat, ale jinými chemickými látkami ji případně zase zastavit (Hausner, 1969).

„Psychedelické látky jsou podle Lewina pro etnology významné zejména v oblasti srovnávacího náboženství, kde může badatel nalézt klíč k pochopení vzniku náboženského prožitku. Pro psychiatry předložil psychotomimetickou hypotézu, podle které se účinky psychedelik podobají a až téměř shodují s duševními stavy psychiatrických případů a mohou tak v mnohém osvětlit psychotický proces a jeho etiologii“ (Houstonová, 62, 2004).

Každý člověk, který požije LSD může za určitých podmínek prožít přechodnou psychózu nebo stav podobný psychóze. Avšak takováto psychóza se jen zřídka vyskytuje u poměrně zdravého člověka, pokud nebyl veden, aby ji očekával a nebyl vystaven stresům, které tuto příhodu uspíší. Projde-li běžný člověk tímto stavem a nijak úmyslně jej nevyvolal, pak až na výjimky není příčinou a klíčovým faktorem samotné LSD, nýbrž jednoznačně nesprávný přístup k celému sezení. Pokud by se všeobecně zlepšily techniky vedení sezení, přestaly by se tyto „psychózy“ ve stavu vyvolaném psychedelikou vyskytovat (Houstonová, 2004).

Stav vyvolaný LSD až na několik výjimek není psychózou v pravém slova smyslu, avšak zahrnuje mnoho jevů, které se více či méně podobají projevům, se kterými se běžně setkáváme u psychotiků. Člověk pod vlivem látky může prožít různé halucinace, abnormální tělesné vjemy, poruchy ega (depersonalizace,

derealizace, deanimace), deformaci času i prostoru a další odchylky od běžného vědomí. Avšak psychiatrické označování těchto psychedelických projevů, které se na první pohled podobají psychózám, je mnohdy nezaručené a zavádějící. Klíčový rozdílem můžeme shledat rozdíl mezi reakcemi psychotika a „normálního“ člověka. Zdravý člověk se mnohdy těší právě z toho, co u psychotika může vyvolat paniku a mučivé pocity. Zda je stav vyvolaný LSD totožný se schizofrenií byl vyvrácen pacienty trpících právě touto duševní chorobou, kteří LSD vyzkoušeli. Prohlásili, že tyto dva stavy se odlišují. Tento výrok potvrzují i mnozí vědci, kteří mezi těmito dvěma fenomény nacházejí podstatné rozdíly (Houstonová, 2004).

8.1 Podobnosti a rozdíly

Jeden ze základních rozdílů mezi psychotickou chorobou a experimentální psychózou, jak uvádí Miovský (1996), je ten, že člověk, který experimentálně užil drogu, si je vědom toho, že za jeho stav je odpovědná právě droga. Duševně nemocný člověk si reálnost svého stavu nedokáže uvědomit, ztrácí kontakt s realitou a toto odcizení si neuvědomuje. *„To je sice pravda, ale logicky to znamená, že ztrácejí-li intoxikovaní během opojení zmíněnou schopnost posoudit svůj stav a reálnost situace (zvláště po vyšších dávkách LSD), ocitají se tak prakticky z psychologického hlediska ve stejné situaci jako duševně choří (proto se také pro tyto stavy vžilo označení experimentální psychózy)“* (Miovský, 66, 1996).

Roubíček (1961) popisuje podobnosti a rozdíly při užití meskalinu u zdravých a duševně nemocných jedinců se schizofrenií. Podoba byla nalezena při změnách vegetativních i vnímání času, poruchách tělového schématu, pocitech neskutečnosti. Rozdíly byly nalezeny v obsahu halucinací. U schizofreniků se nevyskytují geometrické formy ve zrakových vizích, naopak jsou zesíleny sluchové halucinace. U jedinců bez přítomnosti duševní choroby ve stavu po užití LSD byla častěji prožívaná euforie, projevovala se lepší kontrola skutečnosti, objevovaly se zrakové i čichové halucinace, méně pak sluchové. Pozornost a koncentrace bývá u schizofrenie v určitých fázích choroby dobrá, ve stavech po LSD jsou zhoršeny v různém stupni. V obou stavech se objevují desintegrace procesu myšlení, názor je při LSD u zdravých jedinců zachován, u schizofrenie oslaben. Afektivita je u schizofrenie oploštěná, projevy emocí nepřiměřené. Při

LSD se projevuje labilita a agitovanost. Ve stavu vyvolaném LSD se objevují subjektivní poruchy tělového schématu, u schizofrenie bývá zhroucen převážně vztah k zevní realitě. Schizofrenie i po krátké akutní fázi zanechává často různé odchylnosti v projevech člověka a změny chování. Člověk po psychedelické zkušenosti může získat nový názor.

EEG aktivita u schizofreniků nevykazuje žádné odchylky, pouze ve výjimečných případech jako jsou projevy aktuálního emočního stavu – je známo, že afektivní výkyvy, napětí, úzkostnost potlačují amplitudu základního rytmu a zplošťují křivku. Experimentální intoxikace LSD má naproti tomu typický elektroencefalografický obraz. Po dávce 100gama LSD se graf oplošťuje, frekvence rytmu se zrychluje, klesá amplituda alfa vln, zmnožují se rychlé vlny beta (Roubíček, 1961).

Stavy při požití drogy jsou ve většině případů jen dočasné a po určité době akutní účinky látky samovolně odezní, většina symptomů opětovně vymizí. Avšak zejména u osob senzitivnějších a emočně labilnějších dochází k vymizení po mnohem delší době a stavy se výrazně protahují. Častější a opakovaná užití látky u takovýchto osob mohou vyvolat hlubší a výraznější změny v oblasti psychiky, mohou nabývat i dlouhodobějšího rázu nežli u osob ostatních. Dalším faktorem přispívajícím k netypickému průběhu intoxikace jsou určité lidské vlastnosti či sklony, jako je váhání, pochybnosti, hledání smyslu, úzkostné prožívání samoty a odcizení. Dočasné změny by se dokonce mohly za působení více negativních faktorů stát ireverzibilními. V takovýchto případech můžeme diskutovat o provokaci latentních poruch. Dopředu však nelze u nikoho říci, zda má při intoxikaci takové předpoklady k hrozbě, že skončí jako pacient psychiatrické léčebny (Miovský, 1996).

9 Psychedelická terapie

U psychedelické terapie se využívá mechanismu samoléčebné schopnosti pomocí speciálních technik katarze. Neklade se takový důraz na pochopení a vysvětlení prožitých traumat, důležitějším prvkem je „poddání se“ těmto prožitkům než jejich racionální analýza. Důležitým prvkem je pozitivní potenciál osobnosti, která v intoxikovaném stavu zažívá pocity atomické explorace. Cílem je tedy vyvolat psychedelický zážitek. Toho lze dosáhnout jednorázovým podáním vysoké dávky

LSD (200 gama a výše) nebo takéž nechemickou cestou, a to procesem holotropního dýchání. Princip, průběh a jednotlivé fenomény těchto dvou cest, jak dosáhnout psychedelického zážitku, jsou v podstatě identické. Předpokládá se, že takto intenzivní a neobyčejný zážitek zasáhne hluboce osobnost člověka a vyvolá v něm pozitivní změny v celém dosavadním systému hodnot a hodnocení (Miovský, 1996).

Lidé závislí na alkoholu, u nichž předchozí terapie nebyly úspěšné, byli vybráni pro pokusy s LSD. Dle čtyř kanadských studií přestalo 72 % tímto způsobem léčených alkoholiků (přes 50 % všech léčených pacientů) během zhruba jednoročního období sezení, pití nebo svou potřebu požívání alkoholu výrazně snížit. Kontrolní skupina, která podstoupila stejnou léčbu, bez psychedelik, vykazovala zlepšení pouze ve 23 % případů (Houstonová, 2004).

VÝZKUMNÁ ČÁST

10 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Teoretická část diplomové magisterské práce byla věnována rozšířeným stavům vědomí, kde bylo uvedeno několik příkladů, jak těchto stavů dosáhnout, včetně techniky holotropního dýchání a požití nápoje z ayahuasky. Nyní se ve výzkumné části zaměříme nejprve na zkoumání prožitků holotropního dýchání a poté budeme porovnávat prožitky vyvolané holotropním dýcháním s prožitky vyvolanými ayahuaskou. Data o ayahuasce pro porovnání těchto dvou fenoménů budou využita z autorovy bakalářské práce. Výsledky tohoto výzkumu se budeme snažit propojit s teoretickou částí

Tento výzkum má stanovené dva dílčí cíle. Nejprve je potřeba zmapovat a popsat subjektivní prožitky účastníků holotropního dýchání na území České republiky. Zkoumání je orientováno deskriptivně a naše snaha je zachytit fenomén holotropních prožitků komplexně. Druhým cílem výzkumu je porovnání prožitků stavu rozšířeného vědomí respondentů vyvolaného holotropním dýcháním s prožitky účastníků ayahuaskových sezení, která se taktéž konala v České republice. K porovnání výsledků s holotropním dýcháním bude sloužit autorova bakalářská práce o Subjektivních prožitcích uživatelů ayahuasky na území České republiky z roku 2014.

V mapování prožitků spojených s rozšířenými stavy vědomí vyvolanými holotropním dýcháním jsme se zajímali o motivaci respondentů, která je vedla k podstoupení této techniky. Jedním z dílčích cílů v této oblasti byla snaha popsat podmínky, za jakých probíhala sezení holotropního dýchání podstoupena respondenty. Dále jsme se zabývali prožitky v oblasti somatické, emoční, kognitivní, spirituální a zajímaly nás i vize. Cílem bylo taktéž zjistit, jaký vliv měl prožitek rozšířeného stavu vědomí na život respondenta.

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaké důvody vedly respondenty k podstoupení holotropního dýchání?*
- 2) Jak probíhalo a jaké podmínky doprovázely sezení holotropního dýchání?*
- 3) Jaké somatické subjektivní prožitky se projeví u respondentů při stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?*

- 4) *Jaké psychické subjektivní prožitky se projevily u respondentů při stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?*
- 5) *Jaké spirituální subjektivní prožitky se projevily u respondentů při stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?*
- 6) *Nastaly nějaké změny v životě respondentů po subjektivním zážitku stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?*

Po zpracování výše zmíněných výzkumných otázek, můžeme přejít následně k druhému výzkumnému cíli, ve kterém budou porovnávány prožitky respondentů, kteří podstoupili holotropní dýchání s prožitky respondentů, kteří požíli ayahuasku.

- 7) *Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi důvody, které vedly respondenty k využití holotropního dýchání a užití ayahuasky?*
- 8) *Jaké existují podobnosti a rozdíly v průběhu sezení při holotropním dýchání a sezení s ayahuaskou?*
- 9) *Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními somatickými prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky?*
- 10) *Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními psychickými prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky?*
- 11) *Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními spirituálními prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky?*
- 12) *Jaké existují podobnosti a rozdíly ve změnách v životě po zkušenosti holotropního dýchání a po užití ayahuasky?*

11 Metodologický rámec

V této diplomové magisterské práci byl zvolen kvalitativní přístup z důvodu lepšího porozumění problému v jeho celkovém kontextu. Přístup se zaměřuje na jedinečné a neopakovatelné fenomény, které lidé mohou vnímat velmi odlišně, v různých rovinách a kvalitách. Neopomíjí detaily hloubky prožívání a zachycení

zkušeností tak, jak je interpretují lidé ze svého subjektivního pohledu (Miovský, 2006; Hendl, 2005).

V kvalitativním přístupu lze v průběhu výzkumu měnit stanovené výzkumné otázky i samotný výzkumný plán. Modifikovat lze taktéž i metody ve fázi analýzy. Tyto změny dodávají kvalitativnímu výzkumu jistou pružnost, což můžeme shledat jako výhodu tohoto přístupu (Hendl, 2005).

Jako typ výzkumu bylo zvoleno fenomenologické zkoumání. Hendl (2005, 128) ve své knize rozvádí popis metody:

Hlavním cílem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie. Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přiřkládá. Výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků.

Po analýze dat výzkumník sestaví ze zjištěných poznatků text, který vypovídá o zkušenostech respondenta. Cílem je dosáhnout popisu daného fenoménu tak, aby poskytl vhled člověku, který nemá s touto problematikou vlastní zkušenost (Hendl, 2005).

12 Metody tvorby a zpracování dat

Pro první výzkumný cíl byl použit polostrukturovaný rozhovor, ke kterému byly na základě teoretických podkladů sestrojeny vlastní konstrukcí otázky, za účelem zmapování holotropního dýchání na území České republiky. Po schválení sestrojených otázek vedoucím práce byly provedeny rozhovory s participanty výzkumu.

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje určitou přípravu, kdy si výzkumník sestrojuje určitý okruh otázek, který je pro něj závazný, avšak pořadí a znění otázek naopak pevně dané není. Důležitým aspektem polostrukturovaného interview je jeho jádro, tedy minimum témat a otázek, které výzkumník musí probrat. Na toto jádro se pak nabalují další okruhy témat a otázek, které se tazateli jeví jako relevantní

k výzkumu. V analýze pak doplňující otázky mohou, ale také nemusí být použity. Rozhovor se může uskutečnit ve standardizovaném prostředí (ordinace, kancelář atp.), ale také v prostředí různorodém (parky, restaurace atp.). Základní požadavky na provedení této metody jsou přirozené vztahy a přirozené podmínky. Při dotazování využíváme různých pomůcek, jako je záznamový arch či osnova otázek, které nám napovídají, co jsme již probrali a na co je ještě potřeba se zaměřit. Možnost kombinovat prvky z nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru dělá z polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2006).

Výhoda této metody je podrobnější komunikace s respondentem o daném fenoménu a možnost doptání se na nejasné informace, jak ze strany dotazujícího, tak ze strany dotazovaného. Můžeme si ověřit, zda jsme dobře odpověď participanta pochopili a interpretovali nebo pokládat doplňující otázky pro hlubší pochopení problematiky. Za výhodu na straně respondenta taktéž můžeme považovat jím zvolené místo a čas kontaktu. Tato forma interview kombinuje nestrukturovaný i strukturovaný rozhovor a kombinuje vzájemně jejich výhody.

Nevýhoda metody je osobní kontakt s participantem, který jej může ovlivnit několika směry. Velkou roli hraje zájem o spolupráci dotazovaného, rozpoložení respondenta v danou chvíli, vzájemné sympatie/nesympatie. Další výhody či nevýhody jsou rozebrány v kapitole Diskuze.

Prvních 5 otázek dotazníku se zaměřovalo na obecné informace o klientovi: věk, pohlaví, vzdělání, současný stav (zaměstnanec, student atp.), rodinný stav. Dále byly podrobně zjišťovány informace, které odpovídaly výzkumným otázkám k mapování holotropního dýchání. Byly zaměřeny na tematické okruhy, které pokrývaly emoční, kognitivní a somatické aspekty, vize a jejich charakter, vztah účastníka k sobě samému a k ostatním lidem, spirituální a vrcholné zážitky. Na závěr tohoto dotazníku byly participantům položeny doplňující otázky, zda zkušenost s holotropním dýcháním naplnila jejich očekávání a zda je něco důležitého, co potřebují sdělit.

Polostrukturovaný rozhovor byl od začátku sběru dat po celou dobu až do ukončení nahráván na diktafon z důvodu věrohodnějšího a přesnějšího zpracování informací. Všichni účastníci s touto podmínkou před začátkem

rozhovoru souhlasili. Byli taktéž seznámeni s uchováním nahrávky a získanými informacemi po dobu výzkumu pro magisterskou diplomovou práci.

Před samotným rozhovorem a osobním kontaktem byli účastníci výzkumu kontaktováni přes e-mail, ve kterém obdrželi průvodní informaci o záměru výzkumu, byli seznámeni s kritérii pro jeho účast a také s tím, jak bude nakládáno se získanými daty a osobními údaji. V neposlední řadě byli informováni o zachovávání anonymity v průběhu celého výzkumu. V závěru e-mailu byl poskytnut kontakt na výzkumníka v případě nejasností a dotazů ze strany účastníků.

13 Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika

V kvalitativním výzkumu se pravidlo znáhodnění používá velmi zřídka, a proto se pravděpodobnostní výběr nepoužívá téměř vůbec. Metody pro uplatnění dílčích postupů výběru vzorku z populace nazýváme souhrnným názvem jako nepravděpodobnostní metody výběru. Zvolené dílčí postupy se během výzkumu mohou měnit či rozšířit, nejsou stanoveny napevno (Miovský, 2006).

K výběru respondentů byla použita metoda záměrného (účelného) výběru, respondenti byli oslovovali skrze získanou e-mailovou adresu či telefonní kontakt. Další účastníci byli získáni metodou sněhové koule (snowball sampling). Tato metoda patří v kvalitativním přístupu k nejčastěji používaným. Spočívá v oslovení respondentů, kteří se po účasti na výzkumu stanou informátory a předají doporučení na další jedince v populaci, kteří splňují kritéria pro účast na výzkumu (Hartnol et al., 2003, in Miovský, 2006).

Jedno z kritérií pro zařazení účastníka do výzkumu byla podmínka minimálně jedné zkušenosti s technikou holotropního dýchání. Další zvolené kritérium bylo, že tato technika musela proběhnout na území České republiky. Výzkumný soubor pro empirickou část této magisterské diplomové práce tedy tvořili záměrně vybraní jedinci, kteří měli zkušenost s holotropním dýcháním na území České republiky. Celkový počet lidí, kteří splnili požadovaná kritéria a zúčastnili se výzkumu, byl 15 respondentů. Charakteristika výzkumného souboru je shrnuta v následujících tabulkách:

Pohlaví	Počet lidí	Průměrný věk	Průměrný počet sezení
Muži	4 (26.67%)	45	15,5
Ženy	11 (73,33%)	43,73	10,82
Σ	15 (100%)	44,36	12,1

Tabulka č.1: Charakteristika výběrového souboru

Vzdělání	%	Současný stav	%	Rodinný stav	%
Vysokoškolské	93,33%	Zaměstnaný/á	93,33%	Ženatý/vdaná	53,33%
středoškolské	6,67%	Mateřská dovolená	6,67%	Svobodný/á	20%
		Nezaměstnaný/á	0%	Rozvedený/á	26,67%

Tabulka č.2: Charektiristika výběrového souboru

Tabulka číslo 1 nám popisuje věk respondentů pohlaví a počet sezení, které daní jedinci absolvovali na území České republiky. Dále je v tabulce číslo 2 zmíněn současný a rodinný stav jedince, jeho nejvyšší dosažené vzdělání. Z tabulky číslo 1 můžeme vyčíst, že výzkumu se celkem zúčastnilo 15 respondentů, z toho 4 muži a 11 žen. Věk respondentů se pohybuje v rozsahu od 27 let (minimum) do 56 let (maximum). Průměrný věk obou pohlaví je 44,36 let. Z toho je průměrný věk mužů 45 let a průměrný věk žen 43,73 let. Počet absolvovaných sezení holotropního dýchání dosahuje v tomto souboru svého maxima na čísle 30, minima na jediném sezení. Muži absolvovali v průměru 15,5 sezení a ženy průměrně 10,82 sezení. Obě dvě pohlaví dohromady pak průměrně absolvovali 12,1 sezení.

Vzdělání (tabulka č. 2) respondentů bylo nejčastěji vysokoškolské 93,33 % respondentů, středoškolského dosáhlo 6,67 %. Od nejvyššího počtu participantů bylo v rodinném stavu: vdaná/ženatý 53,33 %, rozvedený/á 26,67 %, svobodný/á 20 %. Současný stav v zaměstnání respondentů byl: Nezaměstnaných 0 %, na mateřské dovolené 6,67 %, a zaměstnaných 93,33 %.

Vzhledem k malému počtu respondentů účastnících se na výzkumu nemohou být dále podané výsledky zcela reprezentativní a generalizované na soubor základní.

14 Metody analýzy dat

Nahrávky s pořízenými rozhovory s respondenty byly nejprve přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word, poté vytisknuty. Dále následovala práce

s textem a vyhledávání podstatných informací spojených s výzkumnými otázkami. Tyto informace byly označeny kódovacím klíčem, který usnadnil práci při dohledávání podrobnějších informací. Odpovědi všech participantů na jednotlivé otázky byly dále seskupovány a následně zařazovány do podkategorií výsledků. Tyto kroky bylo nutné provést před zahájením analýzy, pro kterou byla zvolena metoda vytváření trsů a metoda prostého výčtu.

14.1 Metoda vytváření trsů

Miovský (2006, 221) uvádí, že:

Metoda vytváření trsů obvykle slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.

Vytváření trsů v tomto výzkumu zahrnovalo třídění získaných informací. V rámci jednotlivých otázek byly informace seskupovány na základě podobnosti a překryvů jevů, poté k nim byla vytvořena a pojmenována nadřazená kategorie.

14.2 Metoda prostého výčtu

Metoda prostého výčtu zahrnuje kvalitativní i kvantitativní postupy a pohybuje se tak na jejich rozhraní. Udává nám, jak často nebo v jakém poměru se námi sledovaný jev vyskytnul (Miovský, 2006). Dozvídáme se kromě intenzity a frekvence výskytu také důležité vlastnosti o jeho kvalitě. Jednoduché frekvenční analýzy se v kvalitativních analýzách staly jejich běžnou součástí (Čermák, Štěpáníková, 1998, in Miovský, 2006).

14.3 Metoda kontrastů a srovnávání

K naplnění druhého výzkumného cíle této magisterské diplomové práce, tedy srovnání prožitků participantů holotropního dýchání s prožitky uživatelů ayahuasky, byla použita metoda kontrastů a srovnávání. Kontrastování a srovnávání je důležitá technika, když je potřeba od sebe odlišit identifikované

kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají mnoho věcí společných. Avšak slouží také pro zdůraznění odlišností u daných zkoumaných fenoménů, které díky kontextuálním vlivům mohou mít odlišný charakter (Miovský, 2006). Ke srovnání výsledků holotropního dýchání s prožitky vyvolanými ayahuaskou byla použita výzkumníkova bakalářská diplomová práce.

15 Výsledky empirické části

Nejprve budou uvedeny výsledky první části výzkumu, která se zabývala prožitky participantů holotropního dýchání a v druhé části bude popsáno srovnání prožitků participantů holotropního dýchání s prožitky participantů ayahuaskových sezení.

15.1 Subjektivní prožitky holotropního dýchání

Úvodní část polostrukturovaného rozhovoru se zabývala osobními údaji účastníků, které byly již popsány výše. Dále byli dotazováni ohledně motivace, která je vedla k tomu, aby podstoupili proces holotropního dýchání. Následně byla zjišťována forma vedení holotropního dýchání a také obecné informace o osobě, která proces vedla. A na závěr úvodní části rozhovoru byli participanté dotazováni ohledně omezení, která popřípadě museli před sezením dodržet. Tyto úvodní informace odpovídají výzkumné otázce číslo 1 a 2, které budou rozebrány v následující kapitole.

Druhá část polostrukturovaného rozhovoru je zaměřena na subjektivní prožitky respondentů, které se objevili v průběhu změněného stavu vědomí způsobeného holotropním dýcháním v oblasti somatické (výzkumná otázka 3), psychické (výzkumná otázka 4) a v oblasti spirituální (výzkumná otázka 5). Výzkumná otázka číslo 6 se zaměřuje na změny, které nastaly v životě respondentů po této zkušenosti. Při analýze nasbíraných dat vznikaly kategorie a podkategorie, ve kterých jsou zahrnuty výpovědi participantů, kteří se konkrétně o kategorii vyjádřili, nebo zde byly jejich odpovědi přiřazeny na základě překryvů.

Výsledky úvodní části rozhovoru

V následujících odstavcích budou popsány okolnosti, za kterých probíhal proces holotropního dýchání. V této části jsou zahrnuty první dvě výzkumné otázky.

1) Jaké důvody vedly respondenty k podstoupení procesu holotropního dýchání?

V první výzkumné otázce, která se zabývala motivací, která vedla participanty k tomu, aby podstoupili proces holotropního dýchání, vyplynuly po analýze dat 4 motivy, které jsou vyobrazeny v následujícím schématu číslo 1.

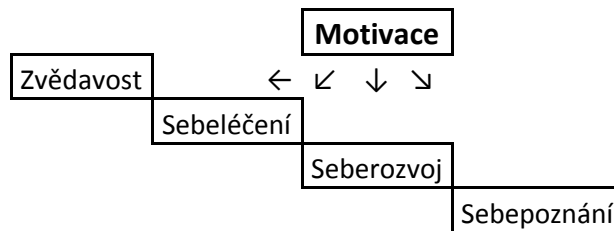


Schéma č.1: Motivace účastníků

Nejčastěji jmenovaným motivem pro účast na holotropním dýchání byla v 8 případech **zvědavost**. Z toho čtyři participanti zmínili, že chtěli vyzkoušet něco nového a zajímalo je, co to s nimi udělá (respondenti 1, 3, 8, 9). Respondent 1 k tomu uvedl: „*Já jsem samozřejmě chtěl to holotropní dýchání zkusit, ale zároveň jsem se toho bál*“. Dále 6 účastníků k procesu dovedl záměr překonat problémy v jejich osobním životě a **sebeléčení**. Respondent 13 chtěl „*očistění od rodinných traumat*“, respondent 14 „*nechtěl skončit na psychiatrii ani na invalidním důchodu, takže jsem zkoušela všechno možné, abych se těch problémů zbavila*“ a respondent 10 chtěl „*překonat těžké životní období*“. Jako třetí nejčastější motivaci uvedlo 6 participantů **seberozvoj**. Účastník 2 potřeboval „*impulz potřeby změny, změny vlastního chování*“, participant 12 „*rozvoj mých osobních možností*“, participant 7 „*nový životní směr*“. 4 účastníci chtěli **poznat sebe samotného**. Participant 10 uvedl: „*Určitě to bylo sebepoznání*“. Účastník 6 chtěl „*posunout se někam, poznat sebe sama*“.

2) Dodrželi respondenti před procesem holotropního dýchání dietu, kdo a v jaké formě vedl tento proces?

Na otázku, zda respondenti dodržovali před holotropním dýcháním nějaká omezení, bylo odpovězeno ve všech 15 případech kladně. Omezení se týkaly **stravy, tekutin** či **psychoaktivních látek**. Deseti účastníkům byla doporučena a servírována vegetariánská strava, dvěma participantům byly

pouze omezeny porce nebo doporučena lehčí strava. Zbylí tři participanti měli pouze omezení v užívání alkoholu či drog. Participant 14 uvedl: „*Měli jsme jen takovou lehčí stravu, nic tučného nebo smaženého*“. Participant 12: *Mohli jsme jíst v podstatě, co jsme chtěli, akorát to byly omezené porce*. „*A vůbec, bylo to jako bezalkoholový týden, a ještě navíc celý ten týden byl v rámci bezmasého jídla*“, odpověděl při rozhovoru participant 3. „*Upozorňovali nás, že před tím nesmíme pít alkohol a být zkouřený nebo na jiných drogách*“, řekl participant 11 a participant 5 uvedl: „*Byl tam suchý zákon, protože alkohol vnímání zužuje a vždycky tam bývá vegetariánská strava*“.

Osobou vedoucí holotropní dýchání byl v 10 případech **psychoterapeut** s dlouholetou praxí a vedl proces sám, **bez** jakýchkoli kvalifikovaných **pomocníků**. Ve dvou případech vedli sezení **psychoterapeuti** nebo psychiatři s několika kvalifikovanými **pomocníky**, v dalším případě vedla proces **psycholožka s certifikátem** na holotropní dýchání, který získala v USA a jako poslední byla zmíněna **šamanka ze zahraničí**.

Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že nejčastější formou procesu holotropního dýchání byl **šestidenní seminář**, který uvedlo 11 účastníků. Ve 4 případech se jednalo o **víkendový workshop**. Ve všech případech se účastníci nacházeli v uzavřených místnostech (tělocvičny, sály, místnosti), které byly situovány v klidném prostředí v přírodě za velkými městy (rekreační střediska, penziony, kempy). Všech 15 respondentů podstoupilo holotropní dýchání **ve skupině**, které se průměrně účastnilo 27 lidí. Pokaždé byli rozděleni **do dvou skupin**. Jedna dýchala například ráno a druhá odpoledne či na druhý den. Při procesu vždy **tvořili dvojice** dýchající-sitter.

3) Jaké somatické subjektivní prožitky se projeví u respondentů při holotropním dýchání?

Somatickými projevy, které nastaly při procesu holotropního dýchání, se budeme zabývat ve výzkumné otázce číslo 3. Vznikly zde 3 podkategorie, které jsou vyobrazeny ve schématu č.2. V následujících odstavcích budou tyto podkategorie popsány blíže.

Subjektivní somatické projevy

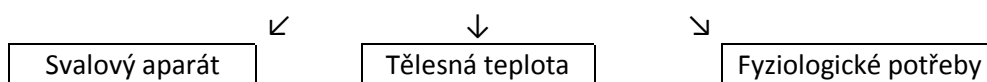


Schéma č. 2: Subjektivní somatické projevy

Svalový aparát

V této podkategorii byly participanty popsány změny, které pocítili ve svém svalovém aparátu nejčastěji několik minut po začátku zrychlení a prohloubení dechu. Jediný respondent 4 nikdy nepocítil na svém těle žádné somatické projevy: *“To jsem asi docela, nechci říkat výjimka, ale asi ojedinělý případ ze skupiny těch lidí, kteří tam jsou takoví stálejší. A oni většinou mluví o tělesné bariéře, že dostanou bolesti, křeče. A já jsem nikdy tímto neprošla“*. Deset jedinců uvedlo, že je bolela určitá část těla. Jednalo se o **bolest** hlavy (respondenti 2, 8, 10, 13, 15), zad (respondenti 2, 5, 6), krční páteře (respondenti 6, 9), břicha (respondenti 2, 10) a bolest u srdce (respondent 11). **Křeče** postihlo 9 participantů, vyjadřovali se o „*staženém a zkrouceném těle*“ (respondent 12), „*ztuhlém těle*“ (respondenti 1, 7, 9, 14) a podobně. **Brnění** se projevilo u 7 účastníků, které pocítili v oblasti horních končetin: „*Brněly mi chvíli ruce, pak mi je přisedící promasírovala*“, respondent 3. U šesti jedinců se následně objevilo **uvolnění**: „*Byl jsem zrelaxovaný a vláčný*“ (respondent 12), „*vše ve mně povolilo*“ (respondent 1), „*byl to uvolňující zážitek*“ (respondent 5), „*bolest během 5 minut tak zesílí, že je to nesnesitelné, pak se ale to tělo uvolní*“ (respondent 2). Šest respondentů mělo potřebu **projevu pohybu**, který uskutečnili například tancem (respondenti 1, 2, 8, 15), fyzickým vybitím vzteku (respondent 15) jako je „*mlácení rukama okolo sebe*“ nebo pohyby rukama v prostoru: „*Ale co třeba mám, jako by se vám samy zvedaly ruce, když to necháte*“, uvedl respondent 2 a respondent 11 řekl: „*Vím, že jsem natahovala ruce a máchala s nimi před sebou v prostoru*“. **Třes** zažili dva participant: „*...celé tělo se mi třepe*“, participant 13 a participant 7.

Tělesná teplota

Změnu v tělesné teplotě vnímali 3 účastníci. Respondent 13 pocítil v průběhu holotropního dýchání **studené** ruce: „V tělesné bariéře zažívám, že mě bolí ruce a mám je studené“. Naopak respondent 8 zažil **teplo** v oblasti jeho dlaní: „...protože jsem fyzicky cítila, jak se mi z pravého zápěstí řine takový zlatý a třpytivý proud tepla...“. Teplo v břiše popsal respondent 7: „Jenom jsem slyšel tu hudbu a pak jsem začal vnímat teplo v břiše...“.

Fyziologické projevy

V této podkategorii se u 9 lidí z výzkumu projevil **pláč**. Například u participanta 3: „Museli mě tam potom zklidňovat, protože jsem viděla ty svoje anděly, je to pořád ve mně, jako plakala jsem“. **Nauzea** se objevila u respondenta 7 a 9, avšak pouze respondent 7, jako jediný ze všech odpovídajících, **zvracel**: „Ještě k tomu mi byla špatně od žaludku, taková divná tíže v břichu no a ta mě pak přemohla, takže jsem se pozvracel“. **Potřeba močení** se vyskytla u dvou jedinců (respondent 1, 5). Respondent 5 uvedl: „A taky se mi chtělo na toaletu, s tím pocitem, že už to neudržím“. Sucho v ústech zažil participant 2.

4) Jaké psychické subjektivní prožitky se projeví u respondentů při holotropním dýchání?

Tato výzkumná otázka se zaměřuje na prožitky participantů, které se u nich projeví po stránce psychické. Schéma číslo 3 vyobrazuje kategorie a podkategorie, které vznikly v průběhu analýzy dat. Hlavními kategoriemi jsou kognitivní změny a emocionální prožitky. Kategorie i podkategorie budou následně popsány za následujícím schématem.

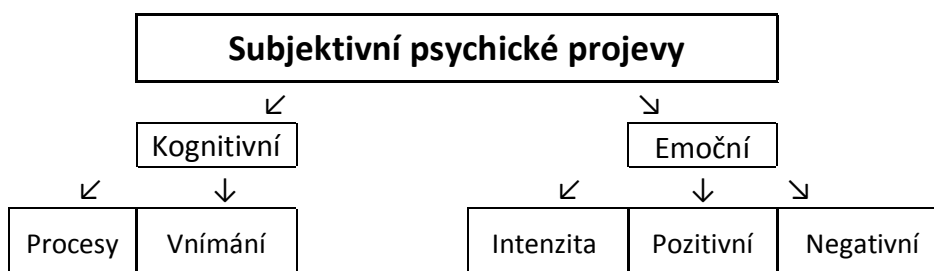


Schéma č. 3: Subjektivní psychické prožitky

Kognitivní změny

Tato oblast zahrnuje oblast myšlení, pozornosti, paměti a vnímání, tedy **kognitivní procesy**. Všechny 15 účastníků pocítilo změnu vnímání, které popisovali například jako „zostřené“ či „zrychlené“ (respondenti 7, 11, 15). U myšlení účastníci zdůrazňovali nekontrolovatelnost směru, rychlosti a obsahu. Čtyři respondenti (7, 8, 13, 15) zažili zrychlení myšlenkového proudu: „*Myšlení bylo zrychlené, ty obrazy přecházely jeden v druhý a tvořily nějakou posloupnost, která na sebe navazovala*“ (respondent 8), tři naopak zpomalení (respondenti 2, 9, 11) a respondent 12 vylíčil myšlení jako zastřené: „*Myšlení bylo zastřené a nerozuměl jsem tomu, proč se určité věci dějí*“. Pozornost byla ve všech zmínkách účastníků zvýšená, dokázali lépe rozlišovat detaily, byli ostražitější, barvy vnímali jasněji: „*Viděla jsem věci ostřeji, barevněji s to jak tvarově tak i ta podstata*“, uvádí respondent 5. Respondent 7 vypověděl o pozornosti takto: „*Tak to vím, že jsem tam měl lepší zaměření jakoby na detail, že jsem byl pozornější a vše vnímal detailněji nebo bylo to takové zostřené prostě*“. Podobným způsobem také vypověděl účastníci 8, 12, 15. V paměti respondenti nepocítili žádnou změnu. Kognitivní procesy jako „*nekontrolovatelné*“ uvedl respondent 14 a respondent 1 k tomu dodal, že: „*Jsou utlumené, zejména myšlení, protože jeho zvýšením se vize zastavují a přestávají plynout*“. Pouze tři respondenti (3, 4, 6) uvedli, že kromě vnímání nepocítili žádný rozdíl v kognitivních procesech.

Změnu vnímání, jak je již výše uvedeno, pocítili všichni dotázaní a nyní se zaměříme na charakter těchto změn v jednotlivých smyslových orgánech. Jednalo se o vize způsobené **změnou vnímání** na úrovni vizuální, auditivní, gustáční, olfaktorické a taktilní. Následující tabulka nese prostý výčet kladných odpovědí respondentů, tedy ano, zažil.

Vizuální	15 resp.
Auditivní	3 resp.
Gustační	1 resp.
Olfaktorické	3 resp.
Taktilní	8 resp.

Tabulka č. 3: Charakter vizí

Všichni účastníci zažili vjemy zrakové, hmatové vjemy pocítilo 8 účastníků. Dva z nich nemohli pohnout končetinami, protože jim v tom něco bránilo: „*Vlastně*

ležíte na zemi a jako byste měla pocit, že máte pouta na rukou a to bylo, jakoby tam ta pouta nějaká byla fyzicky“, odpověděl respondent 2 a respondent 6 zmínil: „Přišlo mi, že mám pouta na nohou na kotníkách“. Participant 3 cítil, jak mu na rukou „seděli andělé“ nebo jak je respondentovi 9 „držel nějaký mnich“. V dalších případech pak pocítili například vánek na kůži, teplo na dlaních, měkkou podlahu (respondenti 4, 5, 8). Respondent 7 „zažil úplnou hrůzu, když jsem přímo tady na krku cítil, jak se mi omotává pupeční šňůra, a jak se škrťím a v tu chvíli jsem skoro nemohl dýchat“. Ve třech případech se objevily sluchové a také ve třech případech čichové vjemy. Participant například zřetelně slyšeli šumění oceánu, větru, zvuky zvířat, hlasy ptáků, vnitřní hlasy (respondenti 9, 10, 13) a cítili vůni krajiny, džungle (respondenti 5, 13) a jednoho z participantů vždy doprovází „na začátku sezení hrozný smrad“ (respondent 2). Chuťový vjem zažil pouze jediný účastník výzkumu: „Dokonce jsem se začala dusit, protože jsem totiž znovu prožívala operaci mandlí a cítila jsem chuť krve a bolest v krku“, uvedl respondent 14.

Vize zrakového charakteru uvedlo všech 15 respondentů, **10** z nich ve svých vizích spatřilo **osoby**. Byla zmíněna vize šamana a indiána (respondenti 7, 15). Respondent 7 uvedl: „Při té rychlé hudbě, kdy ty bubny fakt valí, se mi třeba začal objevovat obraz šamana tančícího kolem ohně a já jsem tam pak tancoval s ním. Nejintenzivnější zážitek byl asi s indiánem“. Dále účastníci uváděli například vize mnicha (respondent 9, 13), vojáků: „Pak se mi taky dost často objevovala válečná tematika a vojáci z druhé světové války“, uvedl respondent 13. Objevily se také vize dívky či chlapce (respondenti 1, 8, 9, 10, 15). **8** lidí z výzkumu spatřilo ve stavu rozšířeného vědomí **zvířata**. Objevili se například ptáci (respondenti 3, 5, 7, 8, 9), predátoři: „...že jsem třeba někde běhal s medvědem“, uvedl respondent 1, respondent 2 vypověděl o „bílé tygřici nebo dvou tygřech“ a respondent 4: „viděla jsem šelmu a pak jsem se jí sama stala“. Objevily se také vize hmyzu: „...a pak jsem ležela a přiletěl nade mě nějaký veliký chroust a takhlenc mi rozdělal jako hrudník, vyndal všechno, co tam bylo a vyhodil to pryč.“, respondent 3. **Šest** účastníků spatřilo také různé **krajiny**, jako je například „zapadající slunce“ (respondenti 7, 9), lesy (respondenti 5, 8), hory (respondenti 9, 12, 15), louky: „Chytli jsme se spolu za ruce a šli krásnou loukou plnou zeleného kvítí“, respondent 15. U **5** participantů se vyskytly motivy z **osobní historie**:

archetypální: „*To jsem byl takový malý chlapec a kolem mě stálo spoustu ženských, ale já byl malej a ony dospělý a teď jsem cítil to ohrožení z těch ženských a úplně takový pocit, jakože mi uříknou přirození, takovej ten základní strach, co mívaj muži z žen*“, respondent 1. Dále se objevilo škrcení pupeční šňůrou (respondent 7), prožitek „*zlomeného zápěstí ve 12 letech*“ (respondent 8), probuzení se na pooperačním sále (respondent 10). Naopak u 2 respondentů se objevily obrazy z jejich **budoucnosti** – respondentovi 15 a participantovi 13: „*Teď z posledního sezení, které bylo v srpnu, mám intenzivní zážitek, protože jsem se potkala se svou budoucí vnučkou. Přišla ke mně sama a nějakou dobu jsme si povídaly*“. Dále se také u 5 participantů vyskytla tématika **smrti**. Hroby ve svých vizích spatřili respondenti 4 a 5, umírající lidi okolo sebe vnímali respondenti 6, 13 i respondent 14: „*Pak jsem se ocitla na bojišti a bylo tam hodně mrtvých...představa nějaké místnosti a v ní bylo plno lidí, kteří byli namačkaní na sebe a dusili se no a postupně umírali*“.

Emoční rovina

Kategorie emočních prožitků byla vytvořena v rámci výzkumné otázky zabývající se prožitky na psychické úrovni a obsahuje **tři podkategorie**. První z nich se vztahuje k **intenzitě emocí**. Respondenti 5 a 7 tvrdili, že zažili velmi hluboké emoce, ale také zažili i chvíle kdy neprožívali žádné. Respondent 7: „*Celá škála emocí se mi objevila, od hlubokých po skoro žádné*“. Respondent 5: „*Celá škála, od žádných po velmi hluboké, pozitivní, negativní...*“. Naopak respondenti 3, 9, 11 zažili velmi silné a vypjaté emoce, které trvaly po celou dobu holotropního dýchání, v jednom případě museli účastníka zklidňovat. Respondent 3: „*Zažila jsem velké emoce, museli mě tam potom zklidňovat*“.

Druhou podkategorií jsou **emoce pozitivní**, které zažilo všech 15 respondentů. Nejčastěji se objevovala v průběhu holotropního dýchání radost, kterou prožilo 12 participantů. Vyjadřovali ji jako štěstí, smích, euforii, krásné, naplňující, nádherné. Respondent 8 například sdělil: „*No, a když jsem tohle překonala, tak jsem zase cítila neskutečnou úlevu a radost...*“. A respondent 15: „*Nejprve jsem prožívala střídající se stavy radosti a smutku, a pak se mi najednou chtělo smát...*“. Úlevu zažili 4 účastníci, klid 3 účastníci. Participant 12: „*Je to prostě*

nevysvětlitelné, ale v tu chvíli jsem to hrozně potřeboval a díky tomu mlácení a vztekání se mi hodně ulevilo“.

Negativní emoce, tedy **třetí podkategorii**, opět pocítilo všech 15 účastníků. V této oblasti byl nejčastěji zmíněn prožitek strachu, který zažilo 9 participantů. Druhou nejvíce početnou negativní emocií byl hněv, který prožilo 7 lidí a byl směřován buď na okolí, nebo jako sebenenávist a vnitřní agrese. Respondent 4 například uvedl: „...tak to byly fakt převážně vztek, zloba a řekla bych, že i vnitřní agrese a řekla bych, že se i hodně tělesně projevovalo, že jsem takhle pěstičkami mlátila do nějakého koberce vedle sebe“. Smutek zažil stejný počet lidí jako hněv, tedy 7 participantů. Respondent 10 uvedl: „No a taky jsem cítil opravdovou samotu a stesk“. S bezmocí se v průběhu procesu setkala 5 účastníků a byla doprovázena například úzkostí (respondent 12), zoufalstvím (respondent 14) a vnitřní prázdnotou (8, 10). Vinu s lítostí pocítili 4 respondenti. Respondent 14: „...a měla jsem intenzivní pocit hrůzy a vlastně i viny...a cítila jsem strašnou lítost a beznaděj“.

5) Jaké spirituální subjektivní prožitky se projeví u respondentů při stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?

Výzkumná otázka číslo 5 se zaměřuje na subjektivní spirituální prožitky participantů. Při analýze nasbíraných dat se objevily dvě kategorie, do které spadají **spirituální vize** a **vrcholné zážitky**, které jsou společně s podkategoriemi vyobrazeny ve schématu č. 4.



Schéma č. 4: Spirituální prožitky

Spirituální vize

Do kategorie vize se spirituálním obsahem můžeme zařadit **podkategorii spirituálních postav**, se kterými se ve svých vizích setkali. Respondenti 3 a 13 se setkali s anděly, respondent 2 zažil tanec s ďáblem a respondentovi 6 se zjevil Ježíš na kříži. Respondent 1 pocítil přítomnost božství ve vlastním těle a spirituální jednotu v srdci. S respondentem 10 zažili setkání „s matkou s velkým M“.

Podkategorie spirituálních míst, kde se účastníci v průběhu holotropního dýchání dostali, zahrnovala vesmír a pohledy do jiných galaxií (respondenti 3, 9), nekonečnou temnotu: „Celou dobu jsem se propadala do nějaké temnoty“, sdělil respondent 11, „návštěvu jiných světů, které se otevíraly uvnitř mě samotné“, uvedl respondent 15 a vizi ráje respondent 1: „Když prožiješ trauma a pak to povolí, tak nastane nebo zažiješ pak ráj“.

Subjektivní vrcholné zážitky

Vrcholné zážitky se zaměřují jednak na **pocity** participantů, které byly popisovány jako velmi intenzivní až vrcholné. Jejich výčet nalezneme v tabulce č. 4, která nám udává počet odpovědí a také uvádí konkrétní respondenty, kteří se o zmíněných pocitech v rozhovoru vyjádřili. A také se tato kategorie vrcholných zážitků zaměří na **propojení** participantů s vlastním tělem, okolím, zvířaty a podobně.

Subjektivní vrcholné pocity		
Pocit	Počet odpovědí	Respondenti
Lásky	3	1, 2, 15
Vyrovnanosti	8	1, 2, 4, 7, 8, 10, 12, 15
Jasně vědomí	5	1, 2, 4, 6, 7
Povznášející pocity	11	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15
Vrcholný klid	5	2, 4, 7, 8, 12

Tabulka č. 4: Subjektivní vrcholné pocity

Nejprve se zaměříme na vrcholné **pocity** participantů, které jsou rozebrány v tabulce č. 4. Nejvíce zastoupenými zážitky jsou **povznášející pocity**, které uvedlo 11 účastníků. Popisují například pocity euforie, nekonečné blaženosti, nekonečného štěstí, pocity majestátnosti, pokory a úcty, vděčnosti, lidé také

zmiňovali prožitky krásy života, úžasu nad lidmi okolo sebe. Respondent 3 uvedl: „*Jinak pocit úcty, obrovský vděk...*“ Druhé nejčastěji popsané pocity se týkají **nekonečné vyrovnanosti** duše, mysli, celého těla, které uvedlo 8 účastníků. **Jasně vědomí** a čistotu mysli popsal celkem 5 respondentů, stejný počet lidí se také vyjádřil k zážitku naprostého či **vrcholného klidu**. Respondent 7 uvedl: „*No a to ve vás nechá prostě pocit vrcholného klidu, já tam jen tak pak ležel a užíval si toho jasného vědění a pocitu vnitřní vyrovnanosti, prostě ta čistota myšlenky a mysli je vrcholná sama o sobě*“. Participanti také zažili všeobjímající, nekonečně jemnou a nejčistší **lásku**. Respondent 2: „*Takovej ten pocit té všeobjímající lásky...*“

Ve druhé podkategorii vrcholných zážitků, **propojení**, se objevily výpovědi o prožitku harmonie (respondenti, 4, 6, 8), spojení s vlastním tělem (respondenti 1, 8, 10). Propojenost s okolím zažil respondent 5: „*To bylo hodně zajímavé, to slynutí s tou zemí, když jsem cítila, že ze mě rostou stromy, skály, tak ty byly opravdu mnohem zemitější, živočišnější, takové to splynutí s vodou a stoupání k obloze*“. Respondent 1 se stal „*součástí všech žvlů*“, respondent 2 dosáhl pocitu „*vesmírného spojení, jakoby se vším propojení se vším všudy*“. Také bylo zmíněno propojení s okolní energií (respondent 2, 6). Participanti dále popisovali, že se proměnili do těla buď osoby (respondenti 6, 9, 10, 12, 14, 15) nebo zvířete (respondenti 2, 3, 4, 7, 9). Respondent 4: „*Ted' naposledy jsem byla opicí*“. Došlo také k synestezii, kdy respondent 5 cítil, „*jak voní barvy*“ a viděl zvuk.

6) *Nastaly nějaké změny v životě respondentů po subjektivním zážitku stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním?*

Výzkumná otázka číslo 6 se zabývala změnami, které účastníci pocítili ve svém životě po zkušenosti s holotropním dýcháním. Ze schématu číslo 5 můžeme vyčíst 3 hlavní kategorie, které budou specifikovány v následujících odstavcích.

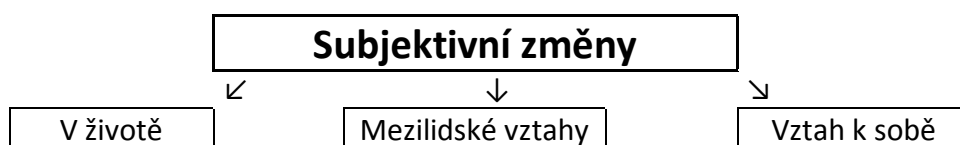


Schéma č. 5: Vnímané změny po zkušenosti s holotropním dýcháním

Změny v životě

První zmíněnou kategorií jsou již zmíněné změny v životě jedince, které jsou podle jejich názoru ovlivněny zkušeností s holotropním dýcháním. Budou rozebrány **3 podkategorie**, které vznikly v průběhu analýzy nasbíraných dat.

První podkategorie byla nazvána **překonání neprospívajícího**. Účastníci v rozhovoru popisovali, že překonali díky holotropnímu dýchání špatné či těžké životní období, vyřešili některé osobní problémy a u jednoho respondenta se podařilo redukovat deprese (respondenti 7, 8, 10). Respondent 7: *„Tak změny v životě byly u mě docela zásadní, protože jsem se dostal z toho depresivního období...“*. Respondent 8: *„...že jsem do toho všeho šla naplno a dokázala se dostat z toho špatného období a špatných stavů...“*. U participanta 14 však holotropní dýchání mělo opačný efekt. Jeho stav se po této zkušenosti zhoršil natolik, že byl několik měsíců v pracovní neschopnosti: *„...ale jednoznačně po holotropním dýchání se mi můj stav zhoršil tím směrem, že jsem musela do sebe sypat spoustu léků, ale co hlavně, tak jsem měla pracovní neschopnost“*.

Druhou podkategorii tvoří **nově vynořené aspekty** v životě účastníků výzkumu. Ty souvisí například se vznikem nových aktivit, kterým se začali respondenti věnovat po zkušenosti s holotropním dýcháním. Respondent 7 započal výcvik kurzu práce s tělem a respondent 15 opustil původní profesi a začal se věnovat psychoterapii. U účastníků se také vyvstala nově objevená spiritualita. Participant 7 se zmínil o *„napočítí vnitřní spirituální cesty“*, participant 9 o *„počátku rozvoje spirituality a sounáležitosti k něčemu vyššímu“*. Čtyři participanté popsali, že našli novou životní sílu nebo získali více energie a sílu do života (respondenti 1, 8, 9, 10). Objev schopnosti sebeléčení se dostal účastníkům 8 a 15.

Třetí podkategorii je **změna postojů k životu**. U sedmi účastníků došlo k přehodnocení hodnotového žebříčku, uvědomili si, co je pro ně důležité, co méně (respondenti 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15). Participant 5: *„Co si z toho odnáším kromě těch zážitků, které jsou úžasné, tak že jsem delší dobu nad věcí, že si mi přeskládaly ty hodnoty“*. Participantovi 2 holotropní dýchání přineslo *„větší radost z běžných věcí v životě... cítím se ve světě bezpečněji“* a společně s respondentem 8 se cítí *„v životě spokojenější“*. Úlevu do života přineslo holotropní dýchání třem participantům (2, 11, 13). Respondent 13: *„A to, že jsem*

postupně rozkrývala a řešila ty těžkosti z rodinného prostředí, jak této generace, tak těch minulých a určitě to přineslo úlevu nejen mě“.

Účastník 12 žádnou změnu v životě po zkušenosti s holotropním dýcháním nepocítil: *„Myslím, že čistě holotropní dýchání mi změnu v životě nezpůsobilo...“* a participant 4 zmínil, že holotropní dýchání k změnám v jeho životě *„přispělo nepřímočaře“*.

Změny v mezilidských vztazích

Druhá kategorie se zaměřovala na mezilidské vztahy, konkrétně na to, jestli a popřípadě jak se po procesu holotropního dýchání změnil vztah účastníků k okolí.

Po analýze nasbíraných dat můžeme popsat **5 podkategorií**, do kterých lze jejich odpovědi rozdělit. **První nejobsáhlejší podkategorie** se týkala změn v soužití s **partnery**, zmínilo ji 8 respondentů. Šest z nich ji ohodnotilo jako kladné zlepšení, byl popsán například *„lepší a otevřenější vztah s manželem“* (respondent 8), láskyplný a harmonický vztah, šťastnější partnerství. Respondent 2: *„V manželství jednoznačně pozitivně, protože jsem se ty věci naučila vnímat tak jako jednodušeji“*, respondent 15: *„...tak jsme do našeho vztahu začali více zahrnovat vzájemnou toleranci, respekt a úctu k druhému a naše soužití se začalo měnit v harmonický a láskyplný vztah“*. Dvěma respondentům se vztahy k partnerům posunuly negativním směrem. Uvědomili si a upřesnili, co jim na druhém vadí nebo si také uvědomili, že jim ve vztahu není dobře.

Druhou a třetí nejobsáhlejší a také stejně početnou **podkategorií** byly zmiňovány změny **vztahů v rodině** a ve **vztahu k okolí**. V rodině všech 7 respondentů hodnotilo vztahy jako pozitivnější: *„Díky holotropnímu dýchání máme spokojené rodinné soužití“* respondent 13, *„srovnání rodinných záležitostí“* respondent 3. Tři respondenti se také konkrétně zmínili o vztazích s matkou, otcem a dětmi: *„Odžité trauma mi pomohlo zlepšit vztah k matce, k otci je vztah taky lepší, ale stále v procesu“*, uvedl respondent 10, *„změnil se mi postoj k dětem, už nejsem tak rigidní“*, řekl respondent 2. Vztahy k okolí účastníci popisovali jako otevřenější, upřímnější, tolerantnější (respondenti 1, 4, 8, 10), dva účastníci začali více vnímat lidi okolo sebe a začali s nimi být v přítomnosti (respondent 7, 12). Avšak

participant 14 po zkušenosti holotropního dýchání věří okolí méně a nedá na rady ostatních: „*No ale každopádně to mělo vliv na moje vztahy s okolím, protože na rady ostatních většinou nedám...no každopádně to už je za mnou, ale lidem okolo sebe věřím daleko méně*“.

Čtvrtá podkategorie se orientuje na **změnu ve vztazích s přáteli** a vyjádřilo se o ní 5 účastníků. Všichni se shodli v tom, že si začali vybírat takové přátele, se kterými jim je dobře a odmítají být s těmi, se kterými se dobře necítí (respondenti 1, 4, 5, 12, 15). Respondent 1: „*...když mě nezajímáš, tak s tebou nebudu, když mě nezajímá, co mluvíš, tak tě nebudu poslouchat, když se mi to nelíbí, řeknu to*“ a respondent 5 uvedl: „*Nemá cenu kamarádit se s lidmi, se kterými mi není dobře a bavit se jen proto, že jste se začali kamarádit*“.

Poslední podkategorie je zaměřena na **změnu vztahů v práci**, kde se projevila lepší komunikace a zklidnění, tím také došlo k pozitivnímu ovlivnění vztahů na pracovišti. Respondent 2: „*A dneska vlastně vím, že je ta možnost se s lidma normálně bavit, že pokud oni ví, že já něco umím a umím je vést k tomu, aby ta práce k něčemu byla, tak to jde oboustranně snáz*“ a respondent 3 uvedl: „*V práci jsem se hodně zklidnila, přestala jsem se zabírat věcmi, život beru takový, jaký je, a snažím se prostě žít*“.

Pouze jediný účastník výzkumu (respondent 11) zhodnotil, že mu holotropní dýchání nijak vztahy s okolím neovlivnilo.

Změny ve vztahu k sobě samému

Změna vztahu k sobě samému zahrnuje výpovědi o větší **toleranci a trpělivosti** k sobě samému (respondent 2, 5, 7). Jiní zmiňovali **snížení** přílišné **sebekritičnosti** a větší připuštění reálnosti situací (respondenti 6, 4). Respondent 4: „*...a tak mě to donutilo připustit si, že jsem k sobě příliš kritická, na ostatní náročná, a to byl spouštěč. A dnes cítím, že jsem k sobě taková vlídnější, tolerantnější vůči ostatním a taky má člověk jakýsi vnitřní náhled a pochopení*“. Cítí se svobodnější a otevřenější (respondenti 7, 10, 13) a pět účastníků **vnímá sebe sama** více než před zkušeností s holotropním dýcháním, uvědomují si více své pocity, potřeby (respondenti 4, 6, 7, 9, 12). Respondent 6: „*Takže ve vztahu k sobě to bylo uvědomění si sebe sama, svých potřeb, své hodnoty, svých*

pocitů, toho, co člověk prožívá jakoby uvnitř...“. Větší **kontrolu emocí** připisuje této zkušenosti respondent 3 a 7. Sami sebe si začali **více vážit** respondenti 2, 3, 5, 6, 8. Vzrůst **sebedůvěry** se objevil u participanta 2, 8, 13. Respondent 2: *„Vztah k sobě se mi změnil úplně zásadně jako. Můžeme to pojmenovat jako nedostatek sebevědomí a cítím tam obrovskou změnu...tak teď se světem pohybuju daleko jistěji, bezpečněji, příjemněji“.*

Výše popsané změny můžeme hodnotit jako pozitivní změny, avšak u účastníka 14 *„vztah k sobě samému degradoval“*, uvědomil si, že není schopen unést dosavadní zátěž. Pouze jeden účastník (respondent 11) odpověď negoval.

Doplňující otázka v rozhovoru

Doplňující otázka tohoto výzkumu se zajímala o to, jestli byla prvotní motivace respondentů naplněna podle jejich představ, tedy jestli splnil proces holotropního dýchání jejich očekávání. U 2 účastníků byla odpověď negativní (respondenti 12, 14), což znamená, že jejich očekávání nebylo naplněno: *„Tahle zkušenost nebylo to, co jsem očekával, ale zase přinesla mi spoustu věcí, o kterých budu přemýšlet“*, uvedl respondent 12. Stejný počet lidí však žádné očekávání neměl (respondenti 3, 4), byli otevřeni tomu, co jim proces přinese. Pozitivní zkušenost mělo 11 lidí, kteří uvedli, že jejich očekávání se splnilo, u několika jedinců *„předčilo jejich očekávání“* (respondenti 2, 5).

Nyní přejdeme k druhé části výzkumných otázek, které se zabývají podobnostmi a rozdíly subjektivních prožitků participantů ayahuaskového sezení a participantů holotropního dýchání. Ke srovnání bude využita autorova bakalářská práce, která se zabývala subjektivními prožitky participantů na území České republiky a byla napsána v roce 2011.

15.2 Srovnání výsledků holotropního dýchání s výsledky ayahuaskového sezení

Druhá polovina výzkumných otázek se zaměřuje na podobnosti a rozdíly subjektivních prožitků holotropního dýchání a ayahuaskových sezení. K porovnání byla využita výzkumníkova bakalářská práce z roku 2014, která se

zaměřovala na subjektivní prožitky participantů ayahuaskových sezení na území České republiky. Nejprve budou porovnány výběrové soubory.

Pohlaví	Počet lidí	Průměrný věk	Průměrný počet sezení
Muži	4 (26,67%)	45	15,5
Ženy	11 (73,33%)	43,73	10,82
Σ	15 (100%)	44,36	12,1

Tabulka č. 5: Údaje o výzkumném souboru holotropního dýchání

Pohlaví	Počet lidí	Průměrný věk	Průměrný počet sezení
Muži	5 (45,45%)	32	7,8
Ženy	6 (54,54 %)	36,7	3
Σ	11	34,6	5,2

Tabulka č. 6: Údaje o výzkumném souboru ayahuaskových sezení

Do výzkumu o ayahuasce zapojilo 11 respondentů, z toho 5 mužů a 6 žen. Jejich průměrný věk je 34,6 let a celkem se průměrně zúčastnili 5,2 sezení. Celkový počet participantů ve výzkumu holotropního dýchání je 15, z toho 4 muži a 11 žen. Jejich průměrný věk je 44,36 let a celkově se zúčastnili průměrně 12,1 sezení. Z toho vyplývá, že účastníci holotropního dýchání byli v průměru o 9,76 let starší a zúčastnili se průměrně 6,9x více sezení.

7) Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi důvody, které vedly respondenty k využití holotropního dýchání a užití ayahuasky?

Pro lepší přehled byla sestavena tabulka, kde nalezneme důvody seřazené dle četnosti výskytu, které vedly respondenty obou skupin k podstoupení sezení. Podrobněji budou popsány v následujících odstavcích.

Porovnání motivace	
Holotropní dýchání	Ayahuaska
zvědavost	Sebepoznání
překonání problémů	Zvědavost
seberozvoj	duchovní rozvoj
sebepoznání	vylepšení duševního fungování
	jiné důvody

Tabulka č.7: Srovnání prvotní motivace účastníků

Nejčastější **motivací** k účasti na holotropním dýchání byla v 8 případech zvědavost, avšak k požití ayahuasky vedlo 5 účastníků sebepoznání. Druhou nejčastější motivaci uváděli účastníci holotropního dýchání překonání problémů v osobním životě (6 účastníků) u ayahuasky to byla ve 4 případech zvědavost. Třetím důvodem, ke kterému mělo holotropní dýchání přispět, byl seberozvoj (5 respondentů) a rozvoj duchovní stránky očekávali 2 účastníci u ayahuasky. Se 4 účastníky obsadilo sebepoznání čtvrtou pozici u skupiny, která podstoupila holotropní dýchání. Ke zlepšení duševní pohody vyhledali ayahuaskové sezení 3 respondenti a na závěr 4 účastníci uvedli jiné důvody k požití nápoje.

8) *Jaké existují podobnosti a rozdíly v průběhu sezení při holotropním dýchání a sezení s ayahuaskou?*

Následující tabulka srovnává podmínky, za kterých probíhal proces holotropního dýchání a sezení s ayahuaskou. Tabulka nese v prvním sloupci obsah výpovědí, které byly u účastníků obou sezení při analýze zachyceny. Číslo před závorkou vyjadřuje počet účastníků, kteří o daném obsahu vypověděli, procenta v závorce slouží k lepšímu porozumění při porovnání. Takto budou sestaveny i další tabulky.

Srovnání podmínek procesů		
	Holotropní dýchání	Ayahuaska
Vedoucí osoby	terapeuti 14 (93,33%)	terapeuti 2 (18,18%)
	šamani 1 (6,67%)	šamani 8 (72,72%)
Forma sezení	několikadenní seminář 11 (73,33%)	rituál 9 (81,18%)
	víkendový workshop 4 (26,67%)	víkendový workshop 1 (9,09%)
		meditace 1 (9,09%)
Omezení	strava 9 (60%)	strava 9 (81,18%)
	tekutiny 14 (93,33%)	tekutiny 8 (72,72%)

Tabulka č. 8: Srovnání podmínek jednotlivých sezení

Vedoucími osobami byly v obou případech buď šamani nebo terapeuti, avšak u sezení s ayahuaskou to byly ve všech případech osoby ze zahraničí, na rozdíl od holotropního dýchání, které bylo vedeno ve 14 případech osobami české

národnosti. Holotropní dýchání vedli u 14 účastníků terapeuti, sezení s ayahuaskou u 8 participantů šamani.

Pro obě skupiny byl společnou **formou sezení** víkendový workshop, avšak u sezení s ayahuaskou nalezneme dále formu rituálu či meditace, které se u procesu holotropního dýchání v tomto výzkumu neobjevily. Nejčastější formou pro holotropní dýchání byl v 11 případech několikadenní seminář.

Omezení ve stravě a tekutinách se vyskytla u obou skupin. Deseti účastníkům ayahuaskového sezení byla doporučena lehká zeleninová strava, stejně tak jako 10 účastníkům holotropního dýchání. Avšak uživatelům ayahuasky na rozdíl byly od participantů holotropního dýchání kladeny přísnější požadavky na omezení jednotlivých potravin (mléčné výrobky, koření, mouka atp.). Drogy a alkohol museli před procesem vynechat 4 účastníci ayahuaskového sezení a 14 účastníků holotropního dýchání.

9) *Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními somatickými prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky?*

Podobnosti a rozdíly **somatických prožitků** u participantů obou srovnávaných skupin můžeme nalézt v projevech svalového aparátu, ve změnách tělesné teploty, fyziologických potřebách a rovnováze.

Srovnání projevů svalového aparátu		
	Holotropní dýchání	Ayahuaska
Křeče	9 (60%)	2 (18,20%)
Brnění	7 (46,70%)	2 (18,20%)
Uvolnění	6 (40%)	2 (18,20%)
Třes	2 (13,30%)	3 (27,30%)
Bolesti	10 (66,70%)	X

Tabulka č.9: Projevy svalového aparátu

Obě skupiny, jak je patrné z tabulky č. 9 popsaly v oblasti **svalového aparátu**, že zažili křeče, brnění, uvolnění i třes. U skupiny holotropního dýchání se navíc projevíly bolesti, které lidé uváděli ze všech projevů svalového aparátu nejčastěji. U této skupiny se již jmenované projevy vyskytovaly procentuálně více než u skupiny ayahuaskového sezení. Například křeče o 41,8 % častěji, stejně tak

i brnění končetin o 28,5% častěji a uvolnění o 21,8% častěji než u skupiny, která požila ayahuasku. Naproti tomu třes zažilo o 14 % lidí více na sezení s ayahuaskou.

Změny v tělesné teplotě pocítili celkem 3 lidi po požití ayahuasky. U holotropního dýchání tyto změny vnímal stejný počet lidí. V obou skupinách se projevila buď zvýšením (někteří participanti cítili v určité části těla větší teplo) nebo snížením teploty v určité části těla (popis studených rukou, nohou).

U **fyziologických potřeb** můžeme naléznout poměrně velké rozdíly, protože u ayahuasky se ve velkém procentu po požití vyskytují diaretické i purgativní účinky. U 9 participantů se po požití ayahuasky objevilo zvracení doprovázené v 7 případech nevolností. Diareea se dostavila u 5 účastníků, a to buď během rituálu, nebo po jeho skončení. Nauzea se při holotropním dýchání vyskytla ve 2 případech a pouze v jednom případě se objevilo zvracení. Diareu neprožil z této skupiny nikdo z dotázaných, pouze u 2 lidí se projevila potřeba močení.

Problémy s rovnováhou, pocity malátnosti a otupělosti uvedli pouze respondenti ayahuaskových sezení (4 participanti). U respondentů, kteří podstoupili proces holotropního dýchání, se tyto projevy nevyskytly.

10) Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními psychickými prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky?

V této výzkumné otázce se budeme zabývat porovnáním **kognitivních procesů**, jako je myšlení, pozornost, vnímání a paměť, při procesu holotropního dýchání a sezení s ayahuaskou. Dále budeme věnovat pozornost zrakovým, sluchovým, čichovým, chuťovým a dotekovým vizím. Také se zaměříme na porovnání obsahu zrakových vizí. Nakonec budeme srovnávat emoce, které se vyskytly u obou skupin, pozitivní negativní a také jejich intenzita. Přehled změn kognitivních procesů je vyobrazen v následující tabulce.

Srovnání kognitivních procesů		
Holotropní dýchání		Ayahuaska
Myšlení	8 (53,33%)	4 (36,40%)
Pozornost	5 (33,33%)	6 (54,50%)
Paměť	X	X
Učení	X	X
Vnímání	15 (100%)	11 (100%)

Tabulka č.10: Srovnání kognitivních procesů

Při obou sezeních došlo ke změně myšlení, kterou pocítili po požití ayahuasky 4 participanti. Při holotropním dýchání změnu myšlení vnímalo o 4 lidi více. Změny pozornosti a soustředění naopak vnímalo o jednoho člověka více při sezení s ayahuaskou než na holotropním dýchání. Změny paměti ani učení lidé obou skupin nepocítili nebo si je nedokázali vybavit.

Změny vnímání pocítili **všichni** účastníci v obou skupinách. Projevily se po stránkách vizuálních, auditivních, taktilních, olfaktorických či gustačních. Pro větší přehlednost jsou vyobrazeny v tabulce č11

Srovnání charakteru vizí		
Holotropní dýchání		Ayahuaska
Vizuální	15 (100%)	11 (100%)
Auditivní	3 (20%)	5 (45,50%)
Taktilní	8 (53,33%)	X
Olfaktorické	3 (20%)	1 (9,10%)
Gustační	1 (6,67%)	X

Tabulka č. 11: Srovnání charakteru vizí

Z tabulky číslo 11 můžeme vyčíst, že vize chuťového ani dotekového charakteru nezažil žádný z participantů ayahuaskového sezení, naproti tomu se při holotropním dýchání chuťové vize vyskytly u jednoho účastníka a taktilní u 8 participantů, které u téže skupiny byly zároveň druhé nejčastější. Na sezení s ayahuaskou se vyskytly jako druhé nejčastější vize sluchové (5 respondentů), které se u holotropního dýchání objevily u 3 participantů. Čichové vize zažil jeden respondent, který požil ayahuasku, avšak na holotropním dýchání zažilo čichové vize o 2 respondenty více.

Zrakové vize mělo u obou skupin 100 % účastníků, avšak lišily i shodovaly se ve svém **obsahu**, který popisuje následující tabulka č.12

Srovnání vizí zrakového charakteru		
Holotropní dýchání		Ayahuaska
Osoby	10 (66,67%)	5 (45,46%)
Zvířata	8 (53,33%)	4 (36,37%)
Krajiny	6 (40%)	X
Motivy osobní historie	5 (33,33%)	4 (36,37%)
Budoucnost	2 (13,33%)	X
Smrt	5 (33,33%)	X
Vize barev	X	10 (90,91%)
Vize různých tvarů	X	8 (72,73%)

Tabulka č.12: Srovnání obsahů zrakových vizí

U holotropního dýchání se nejčastěji lidem objevovaly vize osob (10 participantů), zvířat (8 respondentů) a krajiny (6 účastníků), zatímco nejčastější vizí po požití ayahuasky byly uváděny respondenty vize barev (10 respondentů), tvarů (8 participantů), které zároveň nebyly uvedeny žádným respondentem holotropního dýchání. Na třetím místě se pak u ayahuasky objevovaly osoby (5 účastníků), dále zvířata (4 respondenti), krajiny (3 účastníci). Motivy z osobní historie se u této skupiny objevily u 4 respondentů. Stejně motivy se taktéž vyskytly o jednoho účastníka více u skupiny holotropního dýchání. Vyobrazení smrti ve svých vizích spatřilo 5 participantů holotropního dýchání a jeden respondent ayahuaskového sezení. Na rozdíl od participantů holotropního dýchání (2 respondenti) nezažila skupina ayahuaskových sezení v žádném případě vize budoucnosti.

Intenzita emocí se měnila u obou skupin. Promítaly se od hlubokých po žádné, v pozitivním i negativním směru. Následuje popis emocí v tabulce č.13.

Srovnání emocí		
Holotropní dýchání		Ayahuaska
Pozitivní	15 (100%)	7 (63,63%)
Negativní	15 (100%)	6 (54,54%)
	Negativní	
Strach	9 (60%)	3 (27,27%)
Hněv	7 (46,67%)	1 (9,10%)
Smutek	7 (46,67%)	1 (9,10%)
Bezmoc	5 (33,33%)	X
Vina	4 (26,67%)	X
	Pozitivní	
Radost	12 (80%)	7 (63,63%)
Úleva	4 (26,67%)	X
Klid	3 (20%)	X

Tabulka č.13: Srovnání emocí

Pozitivní emoce zažilo o 8 participantů a negativní o 9 participantů holotropního dýchání více než zažili respondenti na sezení s ayahuaskou. **Negativní emoce** se projeví u obou skupin nejčastěji ve strachu (9 účastníků holotropního dýchání, 3 účastníci sezení s ayahuaskou). Dále to byl hněv a smutek. Tyto emoce zažilo v obou případech vždy o šest účastníků holotropního dýchání více. V téže skupině se také navíc objevily i emoce bezmoci a viny, které se u skupiny ayahuaskových sezení ve výpovědích neobjevily.

U **pozitivních emocí** převládala u obou skupin radost. Úleva ani klid se při sezení s ayahuaskou, na rozdíl od holotropního dýchání, neprojevila.

11) Jaké existují podobnosti a rozdíly mezi subjektivními spirituálními prožitky při holotropním dýchání a při požití ayahuasky

Vize se spirituálním obsahem se objevily u obou skupin v podobě spirituálních postav či spirituálních míst. Spirituální postavy se promítly do vizí **6** participantů holotropního dýchání v podobě andělů, ďábla, Ježíše, Matky a **2** participantů ayahuaskového sezení v podobě andělů, démonů, bytostí z jiných galaxií a světů. Vize v podobě spirituálních míst uvedlo **5** respondentů holotropního dýchání. Zmiňovali se například o vesmíru, jiných galaxiích, návštěvě jiných světů, ráji. Respondenti ayahuaskových zažili vize spirituálních míst ve **3** případech a uváděli vize paralelního vesmíru, jiných galaxií a podobně.

Vrcholným prožitkem byl i pocit propojení, a to buď s okolím, nebo se sebou samotným. Zažilo ho **13** respondentů holotropního dýchání, kteří se propojili například s jinými osobami, zvířaty, přírodními živly či vesmírem a **4** účastníci ayahuaskového sezení, kteří popsali například propojení s bytostmi jiných světů. Synestezii, tedy možnost nahrazení vnímání jednoho smyslového orgánu jiným smyslovým orgánem, zažil z každé skupiny vždy jeden účastník. Při holotropním dýchání respondent popsal, že cítil, jak voní barvy a viděl zvuk. Participantovi ayahuaskového sezení se zase zviditelnila hudba.

Do **subjektivních vrcholných pocitů** lidé z holotropního dýchání zařadili pocit nekonečné vyrovnanosti (8 respondentů), pocit všeobjímající lásky (3 účastníci), jasného vědomí (5 participantů), pocit vděčnosti (1 účastník) a pocit vrcholného klidu (5 lidí). Participant ayahuaskových sezení zařadili do této kategorie pocit vyrovnanosti (2 respondenti), lásky (3 participant), jasného vědomí (1 účastník), pocit vděčnosti (2 respondenti). Vrcholný klid (5 respondentů), který se objevil při procesu holotropního dýchání, se v druhé skupině nevyskytl. Naopak se navíc u ayahuaskových sezení objevily pocity naplnění (2 účastníci) a pocity jednoty (3 participant).

U skupiny lidí, kteří požili ayahuasku se v responsích vyskytla kategorie, která se u skupiny, která prožila holotropní dýchání, vůbec neobjevila. Kategorie byla v bakalářské práci nazvána subjektivní **spirituální zkušenost**, do které se řadily prožitky jako hluboký vhled, vyplavení podvědomí, pocity nekonečnosti, božské nádhery, filosofie světa, otevření srdeční čakry, vyšší síly, astrálního vycestování a podobně.

12) Jaké existují podobnosti a rozdíly ve změnách v životě po zkušenosti holotropního dýchání a po užití ayahuasky?

U obou skupin se objevily tři kategorie: změny v životě, změny v mezilidských vztazích a změny k sobě samému.

Změny v životě se u obou skupin nejvíce projevily v postojích k životu. U skupiny holotropního dýchání se změnilo v **10** případech. Došlo u nich k přehodnocení hodnotového žebříčku, přineslo jim to větší spokojenost do života, úlevu a cítí se ve světě bezpečněji. U skupiny ayahuaskových sezení se postoje

k životu proměnily v 7 případech. U některých došlo k přehodnocení životních cílů, poznání problémů a následná snaha je řešit, uvědomění vlastních chyb a podobně. Dále se 3 respondentům holotropního dýchání podařilo překonat věci, které jim v životě neprospívaly. Jedná se například o překonání těžkého životního období. Jednomu participantovi se však tato redukce neprospívajícího nezdařila, naopak mu přitížila. U skupiny s ayahuaskou se lidé ve 3 případech dokázali zbavit či snížit nezdravé návyky, konkrétně například kouření. Nově vynořené aspekty v životě participantů přineslo holotropní dýchání 6 respondentům v podobě nově započatých aktivit, objevu vlastní spirituální stránky, nové životní energie a schopnosti sebeléčení. U skupiny ayahuaskových sezení se nově vynořené aspekty vyskytly u 2 jedinců v podobě nově započatých aktivit, objevu vlastní spirituální stránky, změny ve stravování a podobně.

Změny v mezilidských vztazích se taktéž objevily u obou skupin. U holotropního dýchání popsalo 6 lidí po této zkušenosti pozitivnější partnerský vztah. Hodnotili ho jako otevřenější, lepší, harmonický, šťastný. Naopak u 2 participantů se posunul dosavadní vztah k partnerům do negativnější roviny, uvědomili si, že jim ve vztahu není dobře. U skupiny s ayahuaskou partnerské vztahy kladně ohodnotili 3 lidé. Vztahy k okolí se po zkušenosti holotropního dýchání projevily u 6 lidí v kladné rovině a u **jednoho** v negativní rovině. U skupiny, která vyzkoušela ayahuasku se tyto změny po čase projevily u 5 lidí v pozitivní rovině. U skupiny, která podstoupila holotropní dýchání, se navíc objevily i podkategorie rodinných vztahů, které se zlepšily u 7 participantů, přátelských vztahů, jež popsalo 5 participantů, kteří si začali přátele vybírat dle toho, jak se s nimi cítí a pracovních vztahů, kterým 2 lidem přinesla lepší komunikaci, zklidnění a podobně.

Vztahy k sobě samému se u obou skupin projevily nejvíce v tom, že si sami sebe začali participanté více vážit. U skupiny holotropního dýchání zmínilo tento fakt 5 lidí, u skupiny s ayahuaskou 3 participanté. Své pocity, potřeby a celkově sebe sama vnímá více 5 participantů po zkušenosti s holotropním dýcháním. Podobné vnímání sebe sama má po zkušenosti s ayahuaskou **jeden** participant. Větší sebedůvěru pociťují 3 lidé, kteří podstoupili holotropní dýchání a **jeden** člověk, který užil ayahuasku. Větší kontrolu svých emocí připisují zkušenosti

s holotropním dýcháním 2 participantů a větší toleranci a trpělivost 3 participantů. Tyto dvě poslední podkategorie se u sezení s ayahuaskou nevyšly.

16 Diskuze

Cílem výzkumu této bakalářské diplomové práce bylo prozkoumat subjektivní prožitky participantů holotropního dýchání území České republiky a následná komparace těchto výsledků s výsledky výzkumníky bakalářské práce, která se zabývala subjektivními prožitky participantů ayahuaskových sezení na území České republiky. Nejprve budeme výsledky výzkumu holotropního dýchání porovnávat s jinými studii, uvedeme je do širšího kontextu. Poté se zaměříme na možné zdroje chyb a nepřesností, které mohly v průběhu výzkumu vzniknout, a na závěr této kapitoly se pokusíme zamyslet nad využitelností výsledků.

Výzkumná otázka 1 se zabývala motivací participantů k podstoupení holotropního dýchání. Nejčastěji uváděnou motivací v tomto výzkumu byla respondenty uváděna touha poznat něco nového, obohacení života, tedy zvědavost. V roce 2010 byla uvedena magisterská diplomová práce na Univerzitě Palackého v Olomouci, která se zabývala spojitostí mezi osobnostní charakteristikou účastníků výzkumu a výstupy jejich terapie holotropního dýchání. Po analýze dat byla nejčastěji uváděna jako motivace respondentů k podstoupení holotropního dýchání zvědavost i touha po poznání a transpersonálním zážitku (Svobodová, 2010).

Druhou nejčastější motivací participantů tohoto výzkumu bylo překonání problémů v osobním životě-sebeléčení, tedy překonání traumat a těžkých životních období a podobně. „*Traumatické vzpomínky, které se spontánně vynořují a jsou k dispozici pro následné zpracování, se kupodivu neomezují jen na události působící psychickou bolest*“, uvádí Grof (2011, 148) a dodává, že lidé v průběhu holotropního dýchání mohou prožít i traumata na fyzické úrovni. Jejich znovuprožitím může dojít k hlubokému pozitivnímu účinku na léčbu různých emočních a psychosomatických poruch. V momentě, kdy se traumatická vzpomínka vynoří do vědomí, nedojde pouze k prostému přehrání či zopakování. Člověk ji plně a vědomě prožije, což mu umožní dané trauma ukončit, uzavřít a integrovat.

Nejméně uváděnou motivací, která účastníky našeho výzkumu vedla k podstoupení procesu holotropního dýchání, bylo sebepoznání, které uvedli čtyři respondenti. Grof (2011) uvádí, že lidé, kteří zaměří svůj proces na sebepoznání, mohou získat cenný vhled o různých traumatech, které utrpěli jednak ve své rodině, ale i později v širší společnosti. Následně toto uvědomění může vést k poznání, že v určitém smyslu nežijí svůj život autenticky.

Výzkumná otázka číslo 2 se zabývala podmínkami k podstoupení holotropního dýchání. Pro proces holotropního dýchání je nutné zvážit tělesné i emoční kontradikce. Měly by být prověřeny kardiovaskulární potíže, jako je vysoký krevní tlak, aneurysma, prodělané infarkty myokardu, krvácení do mozku a podobně. Dále je důležité vědět o graviditě ženy. V holotropním stavu může dojít při znovuprožívání vlastního porodu ke kontrakcím dělohy, což může u žen v pokročilejším stádiu těhotenství vyvolat předčasný porod. Další případ je kontradikce konvulzivních poruch zejména epileptické záchvaty typu grand mal, infekční onemocnění a chronické astma. Kontradikci také přinášejí emoční problémy, kvůli kterým museli být v minulosti účastníci léčeni na psychiatrických klinikách (Grof, 2011).

Participantů našeho výzkumu však neuvedli žádnou z výše uvedených kontradikcí. Zmiňovali pouze omezení ve stravě, tekutinách a psychotropních látkách, avšak omezení, která by vyplývala z tělesných či emočních kontradikcí zmíněna žádným z nich nebyla.

Výzkumná otázka číslo 3 se zabývala somatickými projevy participantů při procesu holotropního dýchání. Mezi typické příznaky při hyperventilaci patří závratě, zvýšení srdeční frekvence, mravenčení končetin či necitlivost. Pokud hyperventilace pokračuje, mohou se dostavit i křeče, mimovolná kontrakce svalů rukou a nohou (Rhinewine, Williams, 2007). Somatické projevy se mohou také projevit na škále motorických manifestací, třesem či dávením. Někdy však člověk může zůstat úplně během celého procesu nehybný, avšak přesto může prožít hlubokou zkušenost. Jiní mohou naopak projevovat bohaté a složité pohyby a gesta, doplňuje Grof (1993). Dále Grof (2011) popisuje, že při zrychlení a prohloubení dechu dochází k většímu přísunu kyslíku, avšak zároveň dochází ke snížení oxidu uhličitého v krvi, což vede ke zvýšení zásaditosti. To působí na hemoglobin, který na sebe v takovém prostředí váže méně kyslíku a přivádí ho

do tkání podstatně méně. Určité části těla, včetně mozku pak mohou na toto zrychlené dýchání reagovat vazokonstrikcí.

Somatické projevy se v našem výzkumu vyskytly v podobě křečů, bolestí různých částí těla od hlavy, krku, končetin, břicha a podobně, dále v podobě relaxace a uvolnění svalů či pocitů vláčnosti. Nacházíme i projevy spojené s pohybem, které spočívaly v tanci, různých pohybech rukou i nohou a vybíjením si vnitřní zlosti za pomoci bušení pěstmi a podobně. Nauzea se vyskytla u dvou jedinců, avšak pouze jeden zvracel. Ve studii od Brouillette (1997) zkoumající problematiku holotropního dýchání můžeme nalézt shodu v těchto projevech. Ve výsledcích zkoumání jsou popsány křeče, bolesti a tenze, fyzické pohyby jako například tanec, dále relaxace, pocit uvolnění a pocit lehkosti. Studie dále rozebírá podrobněji další možné projevy pohybů například jako prostředek vyjádření emocí či somatické projevy v souvislosti s respiračními onemocněními.

Výzkumná otázka 4 se zabývala aspekty psychologickými. Není překvapením, že dočasné neurofyzilogické změny doprovázející zrychlené a prohloubené dýchání, způsobují kromě somatických projevů i změny v kognitivní oblasti, jako jsou rozšířené stavy vědomí. Projevy změněného vědomí se dostavují přibližně 8 minut po prohloubení dýchání a projevují se například po stránce auditivní, jako je zvonění v uších, vizuální jako je rozostřené vidění. Dramatičtější změny vědomí přicházejí po 15 minutách a zahrnují percepční odchylky a subjektivní vize. V emocionální oblasti můžeme zaznamenat pocity údivu či euforie (Rhinewine, Williams, 2007). V našem výzkumu se kognitivní oblast projevila ve změně vnímání, které bylo rozostřené či zrychlené. U myšlení byla zdůrazněna nekontrolovanost směru, rychlosti i obsahu. Pozornost byla ve všech zmínkách participantů zvýšená, všímali si detailů, byli ostražitější. U paměti nepocítili žádnou změnu. Změnu vnímání pocítili v oblasti auditivní, vizuální, gustální, olfaktorické i taktilní.

Ve studii Brouillette (1997) výsledky naznačují, že holotropní dýchání není primárně intelektuální zážitek. Participantů však hlásili zvýšenou schopnost kognitivních schopností, lepší soustředěnost, zisk nových způsobů učení. U emocionální oblasti byla intenzita i rozsah emocí velmi široká a hluboká. Pohybovaly se od hlubokého vzteku, zuřivosti k pocitům soucitu a lásky, radosti, míru, spokojenosti a vděčnosti. Participantů našeho výzkumu zažili emoce hluboké,

ale oproti tomu naopak i žádné. Pozitivní emoce, jako například radost, štěstí, smích, euforii, úlevu, klid, zažilo všech 15 respondentů. Stejně tak i emoce negativní zažili všichni respondenti. Uváděli například hněv, agresi, smutek, bezmoc, úzkost a jiné.

Studie Eyermana (2013) zahrnovala 482 participantů a zabývala se vizemi participantů. Ve výsledcích uvádí, že 82 % účastníků zažilo transpersonální zážitky, 16 % zažilo předchozí životní zkušenost, včetně toho, co je označeno jako perinatální zkušenost. U 2 % participantů nedošlo k žádným zážitkům a zkušenostem. V našem výzkumu mělo transpersonální zkušenost 5 participantů (33,33%), motivy z osobní historie zažilo 33,33 % participantů, avšak pouze jeden prožil perinatální zkušenost. U všech participantů z našeho výzkumu se objevily různorodé zážitky, avšak zažili během procesu i chvíle, kdy neměli žádné zážitky, neprožívali žádné emoce.

Výzkumná otázka 5 spirituální. Grof (2011) tvrdí, že v holotropních stavech může jedinec projít pestrou škálou zážitků spojenými se spiritualitou či náboženstvím. Jedná se konkrétně o vize Boha a dalších božských, démonických či nehmotných postav. Objevují se také epizody psychospirituální smrti a znovuzrození, návštěvy rajsých oblastí, sestupy do pekla nebo zážitky z minulých životů.

Účastníci tohoto výzkumu se ve spirituální oblasti setkali s mystickými, božskými i démonickými postavami, také navštívili ve svých vizích spirituální místa jako je vesmír, jiné galaxie, ráj a jiné. Ve svých vizích zažili propojení s přírodou, přírodními živly, se zvířaty, vesmírem, pocítili všeobjímající, nekonečně jemnou a nejčistší lásku, vrcholný klid, nekonečnou vyrovnanost a další.

Grof (1993) uvádí, že transpersonální oblast je velmi široká doména a odkazuje na řadu stavů, které můžeme popsat jako spirituální, mystické, náboženské, parapsychologické či paranormální. Transpersonální zkušenost může přinést nové duchovní a filozofické chápání reality. Jedna z těchto zkušeností ovlivňující toto chápání může být identifikace s universální myslí či kosmickým vědomím. V hlubokých prožitkových sezeních může být člověk zaplaven pocitem lásky, může prožít mystické spojení s lidmi, přírodou vesmírem či Bohem.

Participantů našeho výzkumu zažili propojení se zvířaty, přírodou nebo se setkali se spirituálními bytostmi. Ocitli se v těle havrana, letícího růžového plameňáka, opice, velkého motýla či běžící šelmy. Participantů se stali součástí přírody jako například vodou, stromy, byli také součástí půdy, ze které vyrůstaly stromy. Přišli do kontaktu s anděly, ďáblem, Bohem, Ježíšem, Matkou a do vizí se jim taktéž promítaly vize zkušenosti z jejich minulosti.

Ve výzkumu o prožitcích holotropního dýchání Brouillette (1997) participantů zmiňovali identifikaci s lidmi, zvířaty či objekty. Výpovědi zahrnovaly například identifikaci s tělem opic, hadů, motýlů, ptáků. Identifikaci s přírodou, kontakt s archetypálními, démonickými či svatými bytostmi, šamanské zkušenosti či objevující data z účastnickovy minulosti.

Výzkumná otázka 6 změny v životě. Po zkušenosti s holotropním dýcháním se podařilo participantům tohoto výzkumu překonat těžké životní období, zbavit se špatných návyků, deprese, vyřešit a překonat osobní problémy, dále se u nich nově vynořili aspekty, které nadále rozvíjeli, jako je například rozvoj spirituality, schopnost sebeléčení, získání nové životní energie. Dále se u nich projevil změny postoje k životu, jako změna hodnotového žebříčku, úleva v životě a podobně.

V kanadském výzkumu (Brouillette, 1997) participantů uváděli, že jim zkušenost holotropního dýchání umožnila integrovat minulé zkušenosti a informace a využít je ve svůj prospěch ke zlepšení kvality života. Byli schopni více důvěřovat procesu sebeléčení a hojení.

Dle Junga (1951) mohou změny v životě ovlivnit duchovní prožitky, jejichž součástí jsou i některé nežádoucí účinky jako je nadměrné vzrušení či dezorientace. Mohou však přispět k vyřešení mnoha lidských problémů, které jsou následně začleněny do širší reality a jsou posuzovány v přesnějším měřítku. Dále taktéž podle Junga může spirituální zkušenost působit proti závislosti. Grof (2011, 128) ve svých dlouholetých pozorováních uvádí podobné výsledky: *„Účastníci našich seminářů a výcviku se vymanili z několika let trvajících depresí, překonali různé fobie, zbavili se úporných iracionálních pocitů a výrazně posílili důvěru i úctu k sobě samým“.*

Dále respondenti našeho výzkumu uváděli, že se jim zlepšily vztahy se sebou samotným, více sami v sebe věří, vnímají své potřeby. Vztahy se však

zlepšily také s ostatními lidmi, jako například s partnery, rodinou, přáteli i vztahy na pracovišti. Grof (1993) zmiňuje, že některé psychologické problémy nemohou být vyřešeny, pokud člověk nedosáhne transpersonální úrovně. V mnoha případech specifické emocionální a psychosomatické příznaky nebo také narušení mezilidských vztahů je zakotveno v dynamických maticích transpersonální úrovně. Dále Grof (2011, 133) uvádí, že lidé využívající pro sebezkoumání techniku holotropního dýchání procházejí hlubokou proměnou osobnosti: *„Podaří-li se jim obsah z nevědomé perinatální úrovně vynést na povrch vědomí a úspěšně integrovat, často pak zaznamenávají snížení agresivity, stávají se mírumilovnějšími, spokojenějšími se sebou samým a tolerantnějšími k ostatním“.*

Ve studii Brouillette (1997) se změny k sobě samotnému projeví ve větší odvaze, bytí v přítomnosti, větším sebevědomím, prožíváním pocitů štěstí, lepším kontaktu se sebou samotným, pocitem klidu, ovládnutím svých emocí, pocíťováním méně vnitřních konfliktů, ve větším spojení s realitou, ve větším uvědomění a podobně. Dále se objevila oblast důvěry (v sebe, ostatní), přijetí (sebe samých a okolností života), posilující zkušenost (přijetí energie, pocíťení síly), integrativní zkušenost. V našem výzkumu opět nalezneme podobné výpovědi respondentů, kteří pocíťili větší trpělivost a toleranci k sobě samému, více si sebe váží, lépe kontrolují své emoce, více vnímají sebe samotné, vzrostla jim sebedůvěra a snížila se přílišná sebekritičnost.

Krol (2014, 65), absolvent Univerzity Palackého v Olomouci, zabývající se ve své magisterské diplomové práci potenciálem holotropního dýchání v oblasti terapeutické a osobně růstové, zjišťoval možné změny v interpersonální oblasti, které by mohly vlivem zážitků prostřednictvím holotropního dýchání nastat. V okruhu otázek, jakým způsobem ovlivňuje holotropní dýchání vztahy k druhým lidem, se objevily:

„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 účastníci jako „velkorysost, důvěru ke světu, srdečnost či osobním přístupem“. Jejich vztahy s blízkými lidmi

jsou mnohem více funkční a ke všem lidem participantů přistupují jako k sobě rovným“.

Výzkumné otázky 7-12 se zabývaly **srovnáním** subjektivních prožitků participantů holotropního dýchání se subjektivními prožitky participantů ayahuaskových sezení. Výzkumy zabývající se srovnáním či jakýmkoli jiným kontextem ve spojení těchto dvou fenoménů dohromady zatím neexistují v české ani světové literatuře. Zaměříme se tedy na zvolený typ výzkumu a metodu sběru dat, možnosti výhod a nevýhod srovnatelnosti výstupů s jinými typy a metodami.

Hendl (2005) mluví o strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami jako o typu, který je vhodný, pokud není možnost opakování a máme málo času se participantovi věnovat nebo ho použijeme tehdy, když se jedná o vstupní a závěrečný rozhovor v rámci intervenčního programu a odpovědi se mají srovnávat. Tímto typem se tak redukuje možnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit.

Hendl (2005) uvádí, že rozhovor pomocí návodu je tvořen seznamem otázek či tématem, které je potřeba v rozhovoru probrat. Je na tazateli, v jakém pořadí otázky položí, avšak volnost má i při formulaci. Umožňuje tedy provést rozhovory s lidmi strukturovaněji a ulehčuje i jejich srovnávání.

Srovnání se využívá například v případových studiích či biografickém výzkumu. V případových studiích se předpokládá, že důsledným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme i případům podobným a následně je zařadíme do širších souvislostí. Můžeme je tak srovnat i s jinými případy. Biografické zkoumání se někdy snaží srovnáním různých biografii nalézt podobnosti a vzorce životních drah a přispět k vysvětlení osobních nebo společenských jevů (Hendl, 2005).

Samotná metoda kontrastů a srovnání může být dle Čermáka & Štěpaníkové (1998, in Miovský, 2006, 223) však vnímána „*některými ortodoxními zastánci kvalitativního přístupu jako nepatřičná. O její užitečnosti a významu však nelze pochybovat*“.

V tomto odstavci bychom chtěli otevřít diskuzi nad možnými chybami a omezeními v metodologii výzkumu a v interpretaci výsledků. Jelikož výběrový soubor čítal pouze 15 jedinců, výsledky nemohou být zcela reprezentativní a nemohou být

generalizovány na soubor základní. Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který s sebou nese výhody (více rozebrány na straně 48) i nevýhody. Výhodou, ale i nevýhodou metody je osobní kontakt respondenta s výzkumníkem, který může být ovlivněn vzájemnými sympatiemi či nesympatiemi. U málomluvného klienta je třeba dobrých schopností výzkumníka v pokládání širokých otevřených otázek, v opačném případě by byl rozhovor nepoužitelný. Možným zdrojem chyb je přílišná potřeba respondenta vyhovět výzkumníkovi. Mohlo tedy dojít ke zkreslení výpovědí, a proto musíme připustit možnost, že odpovědi nebyly vždy zcela přesné a pravdivé. Účastníci vědomě či nevědomě mohli důležité informace vynechat. Doplnující otázky k pevně stanoveným okruhům mohl výzkumník položit respondentovi sugestivním způsobem a výpovědi mohly být opět zkresleny. Omezením výzkumu může být prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává a jeho nečekané zvuky, které ovlivní kvalitu nahrávky. Chyby se tak mohou vyskytnout v přepisu informací z mluvené do psané podoby a také při interpretaci výsledků pohledem výzkumníka.

V druhé části výzkumu, která srovnávala prožitky holotropního dýchání s prožitky způsobené požitím ayahuasky opět nalezneme omezení, nevýhody či možné chyby. Sběr dat v obou případech probíhal rozdílnými způsoby. Respondenti se zkušeností s ayahuaskou vyplňovali polostrukturovaný dotazník po internetu, avšak participanti holotropního dýchání podstoupili osobně polostrukturovaný rozhovor. U polostrukturovaného dotazníku po internetu výzkumník neměl možnost doptat se na doplňující otázky, které by vyjasnily, upřesnily, rozšířily odpovědi. Nevýhodou písemné formy také bylo nezachycení citového zabarvení, které u osobního rozhovoru podtrhlo kontext a přesněji zachytilo postoje participantů. Pevně stanovenou písemnou otázkou mohlo dojít k omezení spontánní odpovědi, nepochopení obsahu otázky nebo také úplné vynechání odpovědi. Psaní odpovědí mohlo být pro účastníky zdlouhavé a frustrující, mohli tak své výpovědi uvádět v omezené míře. Opět se mohla vyskytnout přílišná potřeba vyhovět výzkumníkovi, vědomé či nevědomé vynechání informací či špatná interpretace výsledků výzkumníkem. Při srovnávání těchto dvou výzkumů je tedy nutno brát ohled na všechna omezení, chyby a nevýhody sběru, analýzy a interpretace dat, které s sebou nesou.

Výsledky první části výzkumu o holotropním dýchání mohou napomoci rozšíření orientace v této oblasti a poukázat na formy projevů účinků této techniky na území České republiky. Výsledky mohou také posloužit při komparaci s dalšími technikami, které mění stav vědomí. Ve druhé části byly využity výsledky výzkumníkovy bakalářské práce, která se zabývala subjektivními prožitky participantů ayahuasových sezení, které byly porovnávány s výsledky tohoto výzkumu. Výsledky tohoto srovnání mohou být využity při orientaci ve shodách a rozdílech projevů těchto dvou fenoménů a mohou být také rozšířeny dalšími studii a komparacemi s jinými metodami, které mění stavy vědomí.

17 Závěr

V závěru této diplomové práce budou stručně zmíněny nejdůležitější výsledky empirického šetření, které se zaměřovalo na subjektivní prožitky účastníků holotropního dýchání na území České republiky a dále pak byly tyto výsledky porovnány s prožitky, které se vyskytly po užití ayahuasky na území České republiky. Data o ayahuasových sezeních byly nasbírány v roce 2014 za účelem vypracování bakalářské práce.

Výzkumná otázka číslo 1 se zajímala o **motivaci** participantů, která je vela podstoupit proces holotropního dýchání. V 8 případech bylo uvedeno, že k tomu účastníky dovedl zájem vyzkoušet novou věc pro obohacení života-zvědavost. Šest lidí dovedl k procesu záměr překonat problémy v osobním životě-sebeléčení. Třetím nejčastějším důvodem byl v 5 případech rozvoj vlastních možností – seberozvoj. Posledním motivem 4 účastníků bylo sebepoznání.

Výzkumná otázka číslo 2 se zabývala **okolnostmi**, za kterých probíhá proces holotropního dýchání. Nejprve byly zjišťovány omezení v potravě a tekutinách. Ve 14 případech bylo účastníkům zakázáno požívání alkoholu a drog. Vegetariánská strava byla servírována 10 lidem, omezené porce a lehčí stravu měli doporučenou 2 účastníci výzkumu. Jeden účastník neobdržel žádná omezení. Osobou vedoucí celý proces byl v 10 případech psychoterapeut bez pomocníků, ve 3 případech psychoterapeut s facilitátory, v jednom případě šamanka ze zahraničí. Nejčastější formou sezení byl v 11 případech několikadenní seminář, víkendový workshop uvedli 4 respondenti. Všech 15 účastníků podstoupilo

holotropní dýchání ve skupině, které se v průměru účastnilo 27 lidí. Pokaždé byli rozděleni do dvojic dýchající-sitter.

Výzkumná otázka číslo 3 byla zaměřena na **somatické prožitky**. Změny pocítili respondenti například ve svalovém aparátu v podobě bolestí (10 lidí) různých částí těla, křečí (9 lidí), brnění horních končetin (7 lidí), relaxace svalů (6 lidí), potřeby pohybu (6 lidí), třesu (2 lidé). Další změnu vnímali 3 účastníci v tělesné teplotě, která v různých částech těla stoupla nebo naopak poklesla. Poslední zaznamenanou změnu pocítovali dotázaní ve fyziologických potřebách. U 7 lidí se vyskytla potřeba pláče, nauzea se objevila u 2 lidí, avšak pouze jeden participant zvracel. Pocit potřeby na toaletu měli 2 jedinci, sucho v ústech jeden člověk.

Výzkumná otázka číslo 4 zkoumala **psychické prožitky** v průběhu holotropního dýchání. **První kategorie** je zaměřena na **kognitivní procesy**. Změnu vnímání potvrdilo všech 15 respondentů, změnu myšlení pocítilo 8 účastníků ve směru, rychlosti i obsahu, pozornost byla u 5 participantů zvýšená a u paměti nepocítili dotazovaní žádnou změnu. Tři jedinci vnímali (vyjímaje změnu vnímání) kognitivní procesy jako běžně fungující. Změny vnímání se projevily na úrovni smyslových orgánů. Vjemy zrakové zažilo všech 15 respondentů, druhé nejčastější byly vjemy taktilní (8 lidí) dále vjemy auditivní (3 lidi) a vjemy olfaktorické (3 lidi), nejméně časté pak vjemy gustáční (jeden člověk). Ve zrakových vizích nejčastěji lidé spatřovali osoby (10 participantů), zvířata (8 jedinců), krajiny (6 respondentů), motivy z osobní historie (5 lidí), tematiku smrti (5 lidí) a vlastní budoucnost (2 lidé). **Druhá kategorie** se zaměřuje na **emoční prožitky**. Emoce, které participanté zažili, nabývaly různé intenzity od žádných po velmi hluboké. Dále se u všech respondentů objevily pozitivní emoce. Například radost (12 participantů), úleva (4 participanté) a klid (3 lidé). Negativní emoce také pocítilo všech 15 participantů. Jednalo se o strach (9 účastníků), hněv (7 participantů), který byl směřován proti sobě či okolí, smutek (7 jedinců), bezmoc (5 lidí), vinu s lítostí (4 lidé).

Výzkumná otázka číslo 5 zjišťovala **spirituální prožitky** participantů. **První kategorie** z analýzy dat byla nazvána **spirituální vize**. K podkategorii vizí spirituálních postav se vyjádřilo pozitivně 6 jedinců. Byly popsány postavy andělů, ďábla, Ježíše, Matky. K podkategorii vizí spirituálních míst kladně odpovědělo 5 účastníků. Vize obsahovaly krajinu ráje, nekonečnou temnotu, vesmír, galaxie.

Druhou kategorií jsou **vrcholné zážitky**, které zahrnují **vrcholné pocity**, mezi kterými nalezneme například povznášející pocity (11 participantů), pocity vyrovnanosti (8 jedinců), jasné vědomí (5 respondentů), vrcholný klid (5 respondentů), nekonečnou lásku (3 jedinci). Tato kategorie zahrnuje také zážitky propojení jednak sám se sebou a svým tělem (5 respondentů), ale také s okolím (12 lidí). K synestezii došlo v jednom z případů.

Výzkumná otázka číslo 6 byla orientována na **změny**, které participanti vnímali **ve svém životě** po zkušenosti s holotropním dýcháním. Překonání **těžkého životního období** připisují procesu holotropního dýchání 3 participanti, avšak u jednoho se dosavadní stav zhoršil (již před holotropním dýcháním byly zaznamenány psychické obtíže). Nově se u 6 respondentů **vyňořily aspekty**, které ovlivnily jejich životní směr. Jednalo se o změnu zaměstnání, rozvoj spirituality, získání nové životní energie, objev schopnosti sebléčení. Změna **postojů k životu** se projevila u 7 participantů v přehodnocení hodnotového žebříčku, úlevu do života přineslo holotropní dýchání 3 respondentům. **Další kategorie** je změna v **mezilidských vztazích**, která obsahuje pět podkategorií. První se zaměřovala na **partnerské vztahy**, kde nejvíce účastníků (8 lidí) vnímá změny buď pozitivní (6 jedinců) nebo negativní (2 respondenti). Druhou podkategorií jsou **vztahy v rodině**, které všech 7 respondentů ohodnotilo jako pozitivnější. Třetí podkategorie se týká **vztahu k okolí**, které jsou kladnější v 6 případech, negativnější v jednom případě. Čtvrtá podkategorie je orientována na **vztahy s přáteli**, kde se 5 lidí vyjádřilo o pečlivějším výběru přátel a trávení času s těmi, se kterými je jim dobře. V páté podkategorii hodnotili participanti **vztahy na pracovišti**. Ve 2 případech pocítili zlepšení. Jediný účastník zhodnotil, že mu holotropní dýchání mezilidské vztahy nijak neovlivnilo. A poslední **třetí kategorie** v oblasti změn v životě byla změna **vztahu k sobě samému**. Pět participantů si začalo sebe více vážit a stejné procento lidí vnímá více své potřeby. U 3 respondentů vzrostla jejich sebedůvěra, trpělivost, tolerance, cítí se otevřenější a svobodnější. Větší kontrolu emocí pocítili 2 jedinci. Negativní změnu k sobě samému vnímal jeden člověk.

Následujících 6 výzkumných otázek srovnávalo prožitky vyvolané holotropním dýcháním s prožitky po užití ayahuasky. Výběrový soubor ayahuaskových sezení čítal celkem 11 participantů, kterým bylo průměrně 34,6 let a absolvovali průměrně 5,2 sezení. Výběrový soubor holotropního dýchání v tomto výzkumu pokryl

rozhovory s 15 lidmi, kterým bylo průměrně 44,36 let a absolvovali celkem 12,1 sezení.

Výzkumná otázka číslo 7 se zabývala **podobnostmi a rozdíly**, které vedly respondenty **k podstoupení** holotropního dýchání a užití ayahuasky. Nejčastější motivací k požití ayahuasky vedlo respondenty sebepoznání, dále to byla zvědavost, duchovní rozvoj, vylepšení duševního fungování a jiné důvody. U holotropního dýchání to byla na prvním místě zvědavost, překonání problémů, seberozvoj a nejméně častou motivací uváděli účastníci sebepoznání.

Výzkumná otázka číslo 8 se zajímala o **podobnosti a rozdíly průběhu sezení** při holotropním dýchání a sezení s ayahuaskou. U obou skupin můžeme nalézt shodu v tom, že sezení vedli buď šamani nebo terapeuti. Rozdílem je, že u ayahuaskových sezení to byli častěji šamani než terapeuti a u holotropního dýchání naopak častěji terapeuti. Společnou formou sezení byl u obou skupin víkendový workshop, avšak u sezení s ayahuaskou převažovala forma rituálu a u skupiny holotropního dýchání převažoval několikadenní seminář. Obě skupiny měly před procesy omezení ve stravě i tekutinách, avšak u ayahuasky se vyskytly rozsáhlejší a podrobnější omezení ve stravě.

Výzkumná otázka číslo 9 zkoumala **podobnosti a rozdíly** mezi subjektivními **somatickými prožitky** holotropního dýchání a po požití ayahuasky. U obou skupin se vyskytly podobné somatické projevy ve svalovém aparátu, jako jsou křeče, brnění, uvolnění, třes. Rozdíl můžeme najít v četnosti výskytu. U holotropního dýchání se navíc vyskytly bolesti různých částí těla, které uvedlo také nejvíce lidí. U obou skupin došlo k pocítění změn tělesné teploty, a to buď jejím zvýšením či snížením. Purgativní účinky a nauzea se po porovnání vyskytla ve větším procentu po požití ayahuasky. Diaretické účinky, pocity malátnosti a otupělosti se objevily pouze u sezení s ayahuaskou.

Výzkumná otázka číslo 10 zjišťovala **podobnosti a rozdíly** subjektivních **psychických prožitků** po požití ayahuasky a při procesu holotropního dýchání. Zaměřovala se na kognitivní procesy a emoční stránku. Změny kognitivních procesů pocítili respondenti obou skupin, a to buď na úrovni myšlení či pozornosti opět v rozdílném procentu výskytu. Změny vnímání uvedli u obou skupin všichni respondenti. Shodu v obou skupinách nalezneme v podobě auditivních

a olfaktorických vizí. Rozdíl nacházíme opět v četnosti jejich výskytu. Taktilní a gustační vize se objevily pouze u skupiny holotropního dýchání. Všichni respondenti obou skupin uvedli, že měli vize zrakové, které se však lišily v obsahu. U holotropního dýchání se objevily vize krajiny, vize budoucnosti, vyobrazení smrti, které u výzkumu s ayahuaskou nebyly vůbec uvedeny. Avšak u holotropního dýchání se naproti tomu nevyskytly vize jednotlivých barev či vize různých tvarů, které však byly u sezení s ayahuaskou zaznamenány v největším počtu. Shodu v obou skupinách nalezneme ve vizích osob, zvířat a motivů z osobní historie. Obě skupiny zažily emoce pozitivní i negativní.

Výzkumná otázka číslo 11 byla zaměřena na **podobnosti a rozdíly** subjektivních **spirituálních prožitků** po požití ayahuasky a při procesu holotropního dýchání. Shodu nalezneme u vizí se spirituálním obsahem, obě skupiny uváděly v různých procentech vize spirituálních postav i spirituálních míst. Pocit propojení s okolím či sám se sebou byl uveden opět u obou skupin, při holotropním dýchání ho zažil větší počet participantů. Synestezii prožil vždy jeden participant z každé skupiny. U skupiny, která požila ayahuasku, se vyskytla kategorie spirituálních zkušeností, ve které se objevily odpovědi, jež v tomto výzkumu u holotropního dýchání zmíněny nebyly.

Výzkumná otázka číslo 12 se snažila zachytit **podobnosti a rozdíly ve změnách** v životě respondentů po procesu sezení s ayahuaskou a po procesu holotropního dýchání. Kategorie změny v životě, změny v mezilidských vztazích i změny k sobě samému se objevily u obou skupin. Změny v životě se u obou skupin s rozdílnou četností projeví v postojích k životu, v pomoci překonávání neprospívajících aspektů, nálezů nových aktivit. Změny v mezilidských vztazích se u obou skupin projeví v partnerské rovině i v rovině vztahů k okolí, avšak v rozdílném počtu. U skupiny holotropního dýchání se navíc objevily i změny v pracovních, přátelských a rodinných vztazích, které skupinou se zkušeností s ayahuaskou nebyly zmíněny. Vztahy k sobě samotnému se projeví u obou skupin tak, že si sebe participanté začali více vážit, začali se více vnímat, pociťují větší sebedůvěru. Lepší kontrolu svých emocí a větší toleranci a trpělivost uvedli pouze respondenti holotropního dýchání.

Souhrn

Teoretická část se zabývá vědomím, změněnými stavy vědomí, konkrétně spánkem, hypnózou, meditací, zážitky blízkými smrti, psychotropními látkami, halucinogenními rostlinami, blíže tedy ayahuaskou a nakonec se věnuje holotropnímu dýchání. Teorie vychází z pramenů S. Grofa, L. E. Lundy, výzkumů T. Mc.Kenny a podobně.

Cíle této práce byly: 1) Zmapovat prožitky holotropního dýchání na území České republiky a za 2) Srovnat prožitky holotropního dýchání s prožitky vyvolanými po užití ayahuasky na území České republiky.

V této práci byl zvolen ke zmapování holotropního dýchání přístup kvalitativní. Jako typ výzkumu bylo zvoleno fenomenologické zkoumání. K metodě sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Prvních 5 otázek se zaměřovalo na obecné informace o klientovi: věk, pohlaví, vzdělání, současný stav, rodinný stav. Další otázky byly zaměřeny na tematické okruhy, které pokrývaly psychické a somatické aspekty, vize a jejich charakter, spirituální prožitky a změny v životě po ukončení procesu. Polostrukturovaný rozhovor byl od začátku sběru dat po celou dobu až do ukončení nahráván na diktafon. Všichni účastníci s touto podmínkou před začátkem rozhovoru souhlasili. Byli také seznámeni s uchováváním nahrávky a získanými informacemi.

K výběru respondentů byla použita metoda záměrného (účelného) výběru. Další účastníci byli získáni metodou sněhové koule takzvaným snowball sampling. Těmito metodami bylo získáno celkem 15 respondentů výběrového souboru holotropního dýchání, který se skládal ze 4 mužů a 11 žen. Jejich průměrný věk je 44,36 let a průměrně absolvovali 12,1 sezení. Podrobnější popis nalezneme v kapitole Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika.

Metodami analýzy dat byly zvoleny: Metoda vytváření trsů, která seskupuje na základě vzájemné podobnosti výroky participantů do určitých skupin, metoda prostého výčtu, která udává frekvenci či poměr výskytu daného fenoménu. Metoda kontrastů a srovnání, která slouží pro zdůraznění odlišností či podobností kategorií byla zvolena k druhé části výzkumu, která se zabývala srovnáním prožitků holotropního dýchání s prožitky vyvolanými užitím ayahuasky.

Na základě těchto analýz jsme došli k výsledkům, které ukázaly, že nejčastější motivací účastníků podstoupit holotropní dýchání byla zvědavost. Proces byl veden nejčastěji psychoterapeuty s nebo bez facilitátorů a nejvíce prezentovanou formou sezení byl několikadenní seminář. Kromě jednoho účastníka byli všichni limitováni ve stravě i tekutinách. Na somatické úrovni pocítili lidé například bolest, relaxaci svalů, změnu teploty. Psychické prožitky se projevily změnou kognitivních procesů i v podobě pozitivních i negativních emocí. Spirituální prožitky byly spojeny s vizemi osob či míst a vrcholnými pocity. Změny, které se projevily po čase u respondentů po skončení procesu holotropního dýchání byly na úrovni změn v životě, změn v mezilidských vztazích a změn k sobě samotnému, a to buď v rovině negativní nebo pozitivní.

Ve druhé části výzkumu jsme se zabývali podobnostmi a rozdíly prožitků holotropního dýchání a prožitků ayahuasky. Nejčastější motivací účastníků podstoupit sezení s ayahuaskou bylo sebepoznání. Proces byl veden nejčastěji šamany a nejvíce prezentovanou formou sezení byl rituál. Omezení ve stravě byly striktnější u sezení s ayahuaskou. Na somatické úrovni pocítili kromě křečí, bolestí atd. i diaretické a purgativní účinky. Podobnost nalezneme ve změně kognitivních procesů i po stránce emocionální a také ve vizích se spirituálním obsahem, avšak po této stránce byly spirituální vize bohatší než u holotropního dýchání. Změny, které se projevily po čase u respondentů po skončení sezení s ayahuaskou byly na úrovni změn v životě, změn v mezilidských vztazích a změn k sobě samotnému, a to buď v rovině negativní nebo pozitivní. V obsahu těchto změn nalézáme podobnosti i rozdíly.

Tyto výsledky mají však svá omezení, jelikož data byla sbírána rozdílnými způsoby. Mohlo tak dojít ke zkreslení a ovlivnění obsahu výpovědí. Také počty participantů, kteří se zapojili do výzkumu, nejsou dostatečné. Výsledky tak nejsou validní, tudíž nemohou být generalizovány. Avšak mohou být využity pro přehled a orientaci ve škále prožitků těchto dvou fenoménů, mohou být dále rozšířeny a obohaceny ve srovnání s dalšími prožitky změněného vědomí vyvolanými jinými způsoby.

Seznam literatury

- 1) Benda, J. (2006). *Meditace, všímavost a nové směry KBT*. Konfrontace časopis pro psychoterapii, 17, 3 (65), 132-135.
- 2) Brouillette, G. (1997). *Reported Effects of Holotropic Breathwork: An integrative Technique for Healing and Personal Change*. MAPS Bulletin Special Edition, 23 (1), 1-368.
- 3) Campanella, F., Crescentini, C., Urgesi, & C., Fabbro, F. (2014). *Mindfulness-oriented meditation improves self-related character scales in healthy individuals*. Comprehensive Psychiatry, 55, 1269-1278.
- 4) Dobkin de Rios, M., Rumrill, R. (2008). *A hallucinogenic tea, laced with controversy. Ayahuaska in the Amazon and the United States*. Získáno 6. února 2015 z:

http://books.google.cz/books?id=n2X2-OvmiewC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Marlene+Dobkin+de+Rios%22&hl=cs&sa=X&ei=L6XrUuX_MlarhAfq5oHgDg&ved=0CDgQ6AEwAQ#v=onepage&q=rice&f=false
- 5) Dobkin de Rios, M. (1972). *Visionary vine. Halucinogenic healing in the peruvian Amazon*. Získáno 6. února 2015 z:

http://books.google.cz/books?id=5cwSAAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Marlene+Dobkin+de+Rios%22&hl=cs&sa=X&ei=L6XrUuX_MlarhAfq5oHgDg&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- 6) Doležal, M. (2013). *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum.
- 7) Dušek, K., Večeřová-Procházková, I. (2010) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada publishing.
- 8) Eliade, M. (2004). *Iniciace, rituály, tajné společnosti. Mystická zrození*. Brno: Computer Press.

- 9) Eyerman, J. (2013). *A Clinical Report of Holotropic Breathwork in 11,000 Psychiatric Inpatients in a Community Hospital Setting*. MAPS Bulletin especial edition, 23(1), 24-27.
- 10) Greyson, B. (2000). *Near-Death Experiences*. The Anomalous Experience, 315-353.
- 11) Greyson, B. (2003). *Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit*. General Hospital Psychiatry, 25, 269-276.
- 12) Greyson, B. (2006). *Near-Death Experiences and Spirituality*. Zygon, 41(2), 393-414.
- 13) Grof, S. (1985). *Za hranice mozku*. Praha: Gemma89.
- 14) Grof, S. (1992). *Holotropní vědomí*. Praha: Perla.
- 15) Grof, S. (1993). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Gemma 89.
- 16) Grof, S. (1998). *Kosmická hra: zkoumání hranic lidského vědomí*. Praha: Perla.
- 17) Grof, S. (2007). *Psychologie budoucnosti: Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo.
- 18) Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
- 19) Grof, S. (2011). *Holotropní dýchání. Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Nakladatelství HOLOS.
- 20) Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Česká typografie a.s.
- 21) Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 22) Hartman, E. (2013). *Sny: Podstata a funkcie snívania*. Trenčín: Pro mente sana.
- 23) Hausner, M. (1969). *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- 24) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 25) Houstonová, J. (2004). *Druhy psychedelické zkušenosti*. Praha: DharmaGaia.
- 26) Jain, A. F. (2015). *Critical Analysis of the Efficacy of Meditation Therapies for Acute and Subacute Phase Treatment of Depressive Disorders: A Systematic Review*. Psychosomatics, 56, 140–152.
- 27) James, W. (1890). *Principles of psychology*. Získáno z <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/prin21.htm>, 1. 7. 2015

- 28) Kavenská, V. (2013). *Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 29) Kemper, K. J., Powell, D., Helms, C. Ch. & Kim-Shapiro, B. D. (2015). *Loving-Kindness Meditation's Effects on Nitric Oxide and Perceived Well-Being: A Pilot Study in Experienced and Inexperienced Meditators*. *Explore*, 11, 32-39.
- 30) Kolařík, M. (2015). *Manuál pro psaní diplomových prací n katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 31) Kratochvíl, S. (1999). *Experimentální hypnóza*. Praha: Academia.
- 32) Kratochvíl, S. (2001). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
- 33) Krol, P. (2014). *Terapeutický a osobnostně růstový potenciál holotropního dýchání*. (Nepublikovaná magisterská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 34) Kubíčková, P. (2014). *Subjektivní prožitky uživatelů ayahuasky na území České republiky*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 35) Kupka, M. (2008). *Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí*. *E-psychologie*, 2(3), 30-40.
- 36) Lommel, P., Wees, R., Meyers & V., Elfferich, I. (2001). *Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands*. *The Lancet*, 358, 2039-2045.
- 37) Luna, L. E. (2002). *Vegetalismo. Šamanismus mezi mestickým obyvatelstvem peruánské Amazonie*. Praha: DharmaGaia.
- 38) Miovský, M. (1996). *LSD a jiné halucinogeny*. Brno: Nakladatelství Albert Sdružení Podané ruce.
- 39) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 40) Mitchel, T. J., Zylowska, L., Kollins, H. S. (2015). *Mindfulness Meditation Training for Attention/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions*. *Cognitive and Behaviorel Practice*, 22, 172-191.
- 41) Moody, R. A. (1991). *Život po životě*. Vizovice: Nakladatelství LÍPA.

- 42) Moore, T. (2001). *Near-Death Experience*. Gale encyclopedia of psychology, 2, 451-452.
- 43) Müller, A., Müller, L. (2006). *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál.
- 44) Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, L. B., Loftus, G. R. & Wagenaar, W. A. (2009). *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*. United Kingdom: Wadsworth Cengage Learning.
- 45) Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 46) Parnia, S., Waller, D. G., Yeates, R., Fenwick, P. (2000). *A qualitative and quantitative study of the incidence, features and aetiology of near death experiences in cardiac arrest survivors*. Resuscitation, 48, 149-156.
- 47) Parnia, S., Fenwick, P. (2001). *Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness*. Resuscitation, 52, 5-11.
- 48) Pisani, M. A., et al. (2015). *Sleep in the intensive care unit*. Concise Clinical Review, 191 (7), 731-738.
DOI: 10.1164/rccm.201411-2099CI
- 49) Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 50) Plháková, A. (2013). *Spánek a snění*. Praha: Portál.
- 51) Rhinewine, J. P., Williams, J. O. (2007). *Holotropic breathwork: The Potential Role of a Prolonged, Voluntary Hyperventilation Procedure as an Adjunct to Psychotherapy*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(7) 771-776.
DOI: 10.1089/acm.2006.6203
- 52) Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A. & Babanoj, M. J. (2003). *Human Pharmacology of Ayahuasca: Subjective and Cardiovascular Effects, Monoamine Metabolite Excretion, and Pharmacokinetics*. The journal of pharmacology and experimental therapeutics, 306(1), 73-83.
DOI: 10.1124/jpet.103.049882.
- 53) Roubíček, J. (1961). *Experimentální psychosy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- 54) Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.

- 55) Svobodová, I. (2010). *Holotropní dýchání-cesta ke změněnému stavu vědomí*.
(Nepublikovaná magisterská práce). Univerzita palackého v Olomouci.
- 56) Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing.
- 57) Vitebsky, P. (1996). *Svět šamanů*. Praha: Práh.
- 58) Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada publishing
- 59) Walsh, R., Vaughanová, F. (2011). *Cesty přesažení ega: Transpersonální vize*.
Praha: Triton.

Přílohy diplomové práce

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. KUBÍČKOVÁ Petra	Františka Formana 231/19, Ostrava - Dubina	F140347

TÉMA ČESKY:

Srovnání prožitků z holotropního dýchání s prožitky uživatelů ayahuasky

TÉMA ANGLICKY:

Comparison experiences of holotropic breathing with experiences of ayahuasca users

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Základem pro psaní diplomové práce bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík, M. a kol., 2012).
- 2) Studium relevantní české i zahraniční literatury zabývající se danou problematikou.
- 3) Zpracování teoretické části zaměřené na holotropní dýchání, jeho historii vzniku, průběh, prožitky a na ayahuasku, šamanismus, a prožitky vyvolané jejím užitím.
- 4) Vypracování výzkumných otázek a stanovení osnovy semistrukturovaného interview, jehož cílem bude zmapování prožitků stavu rozšířeného vědomí vyvolaného holotropním dýcháním a následné srovnání s prožitky rozšířeného vědomí vyvolaného požitím ayahuasky.
- 5) Sběr dat za použití polostrukturovaného rozhovoru, cílovou skupinou budou účastníci mající zkušenost se stavem rozšířeného vědomí pomocí holotropního dýchání.
- 6) Analýza nasbíraných dat, jejich interpretace a následné srovnání prožitků holotropního dýchání s prožitky uživatelů ayahuasky.
- 7) Vlastní vypracování diplomové magisterské práce včetně diskuze, shrnutí a závěru.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- 1) Grof, S. (1992). Dobrodružství sebeobjevování. Praha: Gema 89.
- 2) Grof, S. (2007). Psychologie budoucnosti. Praha: Argo.
- 3) Grof, S., & Bennet, H. Z. (1993). Holotropní vědomí. Praha: Gema 89.
- 4) Holmes, S. H., Morris, R., & Clance, T. R. (1996). Holotropic breathwork: An experimental approach to psychotherapy. *Psychotherapy*, vol. 33 (1), 55-78.
- 5) Kavenská, V. (2013). Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 6) Kubičková, P. (2013). Subjektivní prožitky uživatelů ayahuasky na území České republiky. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 7) McKenna, D. J. (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, 102, 111-129.
- 8) Rhinewine, P. J., & Williams, O. (2007). Holotropic breathwork: The potential role of prolonged, voluntary hyperventilation procedure as an adjunct to psychotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Vol. 13(7), 771-776.
- 9) Riba, J., & Barbanoj, M. J. (2005). Bringing ayahuasca to the clinical research laboratory. *Journal of Psychedelic Drugs*, 37(2), 219-230.
- 10) Siegel, R. I. (2013). Therapist as a container for spiritual resonance and client transformation in transpersonal psychotherapy. *The Journal for Transpersonal Psychotherapy*. Vol. 45(1), 49-86.

Příloha č. 2: Abstrakt magisterské diplomové práce

Název práce: Subjektivní prožitky participantů holotropního dýchání na území České republiky a jejich srovnání se subjektivními prožitky participantů ayahuaskových sezení na území České republiky

Autor práce: Bc. Petra Kubičková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Počet stran a znaků: 97 stran, 173 053 znaků včetně mezer

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 59

Abstrakt: Cílem magisterské diplomové práce je zmapovat subjektivní prožitky holotropního dýchání na území České republiky. Druhým cílem je srovnat subjektivní prožitky participantů holotropního dýchání s prožitky participantů sezení s ayahuaskou. Výzkumné otázky se zaměřují na motivaci, podmínky procesu, somatické, psychické a spirituální prožitky a následné změny v životě respondentů. Další výzkumné otázky se zabývaly podobnostmi a rozdíly prožitků holotropního dýchání a sezení s ayahuaskou. Teoretická část se zabývá vědomím, změněnými stavy vědomí-spánkem, hypnózou, meditací, NDE, ayahuaskou a holotropním dýcháním. V kvalitativním výzkumu holotropního dýchání bylo zvoleno fenomenologické zkoumání, výběr vzorku byl záměrný s využitím metody snowball sampling. Data byla získávána polostrukturovaným rozhovorem, analyzována metodou vytváření trsů, metodou prostého výčtu a pro srovnání prožitků obou fenoménů byla použita metoda srovnání a kontrastů. Nejčastější motivací účastníků holotropního dýchání byla zvědavost, pocítili prožitky na somatické, psychické i spirituální úrovni. Na sezení s ayahuaskou dovedlo participanty také sebepoznání. Dále můžeme v porovnání prožitků nalézt shody i rozdíly.

Klíčová slova: Rozšířené stavy vědomí, ayahuaska, holotropní dýchání, subjektivní prožitky

Příloha č. 3: Abstract of the thesis

Title: Subjective experiences of holotropic breathwork participants in the Czech republic and its comparison with subjective experiences of ayahuasca sessions participants in the czech republic.

Author: Bc. Petra Kubíčková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Number of pages and characters: 97 pages, 173 053 characters

Number of appendices: 1

Number of references: 59

Abstract: The goal of the master thesis is to explore the subjective experiences of holotropic breathing in the Czech Republic. The second goal is to compare participants' subjective experiences of holotropic breathing with participants' experiences of ayahuasca session. Research questions focus on motivation, process conditions, somatic, psychic, and spiritual experiences, and subsequent changes in the lives of the respondents. Other research questions dealt with the similarities and differences of experiences of holotropic breathing and ayahuasca session. The theoretical part deals with consciousness, altered states of consciousness-sleep, hypnosis, meditation, NDE, ayahuasca and holotropic breathing. In qualitative research of holotropic breathing was chosen phenomenological examination, sampling was intentional and we used snowball sampling method. Data were collected with semi-structured interviews, analyzed by the method of clustering, simple enumeration and to compare the experiences of both phenomena was used method of comparisons and contrasts. The most common motivation of the participants' holotropic breathing was curiosity, felt experiences somatic, psychic and spiritual level. At the session with ayahuasca led participants' self-knowledge. In addition, we compared experiences, find similarities and differences.

Key words: Altered states of consciousness, ayahuasca, holotropic breathing, subjective experiences