

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a použila přitom pouze literárních pramenů uvedených v jejím závěru.

Ivana Svobodová

V Olomouci, dne 31. 03. 2010.

Poděkování:

Děkuji svému školiteli Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., za vedení mé práce a pomoc při řešení otázek, vzniklých při jejím zpracování.

OBSAH

1. ÚVOD	5
1.1 CÍL PRÁCE.....	7
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 VĚDOMÍ.....	8
2.2 ZMĚNĚNÉ STAVY VĚDOMÍ	9
2.2.1 <i>Fyziologické stavy změněného vědomí – spánek a snění</i>	9
2.2.1.1 Cyklus bdění a spánku	10
2.2.1.2 Průběh spánku	10
2.2.1.3 Spánková a snová deprivace	12
2.2.1.4 Hypnagogické představy	12
2.2.1.5 Sny.....	13
2.2.2 <i>Navozené (nefyziologické) stavy změněného vědomí</i>	16
2.2.2.1 Psychoaktivní látky.....	16
2.2.2.2 Meditace.....	21
2.2.2.3 Hypnóza	21
2.2.2.4 Zážitky blízké smrti (Near-Death Experiences – NDE).....	23
2.2.3 <i>Holotropní dýchání</i>	26
2.2.3.1 Holotropní vědomí	26
2.2.3.2 Léčivá síla dechu.....	28
2.2.3.3 Průběh holotropní terapie.....	28
2.2.3.4 Hudba při holotropním dýchání	30
2.2.3.5 Cílená práce s tělem	30
2.2.3.6 Práce s matricemi.....	32
2.2.3.7 Podpůrný tělesný kontakt	34
2.2.3.8 Závěrečná fáze terapie.....	34
2.2.3.9 Léčivý potenciál holotropního dýchání	36
2.2.3.10 Fyziologické mechanismy působící během holotropního dýchání.....	38
2.2.3.11 Holotropní dýchání a jiné léčebné metody	39
2.2.3.12 Role terapeuta při holotropním dýchání	40
2.2.3.13 Centra / terapeuti HD	40
2.2.3.14 Kritika holotropního dýchání	41
2.2.3.15 Potenciální zdravotní rizika holotropních praktik	42
3. STUDIE (PRAKTICKÁ ČÁST)	43
3.1 METODIKA.....	43
3.1.1 <i>Rozhovory s terapeuty HD</i>	43
3.1.2 <i>Metodika sběru, zpracování a analýzy dat</i>	43
3.1.3 <i>Etické otázky a způsob jejich řešení</i>	45
3.2 VYHODNOCENÍ DAT	45

3.2.1.1	Charakteristika terapeutů	45
3.2.1.2	Centra / terapeuti HD, kteří vedli terapii HD	46
3.2.1.3	Charakterizace skupiny klientů.....	46
3.2.2	<i>Poznatky z rozhovorů s terapeuty – přínos (nové úhly pohledu) pro práci s daty získanými od klientů</i>	<i>46</i>
3.2.3	<i>Subjektivní kritická semikvantitativní analýza zkušeností klientů s HD.....</i>	<i>47</i>
3.2.4	<i>Osobnostní analýza respondentů testem NEO-PI-R.....</i>	<i>52</i>
4.	DISKUSE.....	58
5.	ZÁVĚR	65
6.	SOUHRN	66
7.	LITERATURA.....	68

1. ÚVOD

Motto:

„Existence vědomí je jedním z nejobtížnějších vědeckých problémů.“

(Plháčková)

Holotropní dýchání je jedna z metod transpersonální psychologie, zavedená ve 70. letech 20. století psychologem/psychiatrem MUDr. Stanislavem Grofem. Jedná se o speciální dechovou metodu, jež změnami ve fyziologických funkcích mozku navozuje určitý typ tzv. změněného stavu vědomí, tedy stavu, kdy je vědomí člověka alterováno.

Vznik této techniky byl nepřímo podmíněn zákazem užívání psychotropních látek v bývalém Československu, jež vedl ke snaze hledat alternativní cestu k navození stavů, které lidstvo praktikuje od nejstarších dob až do současnosti a jež mají velký vliv na člověka jak z hlediska individuálního, tak společenského a etnického. Určité formy změněného stavu vědomí patří do všedního života každého z nás, vždyť všichni dennodenně usínáme a sníme. Některé stavy jsou naopak vlastní jen určité části populace a přísluší spíše k mimořádným situacím nebo jsou způsobeny zvláštními okolnostmi v lidském žití. Změněné stavy vědomí, ať již fyziologické nebo cíleně vyvolané a tzv. transpersonální zážitky, které vznikají v jejich průběhu, jsou stále vědecky velmi neuchopitelnými subjekty. V posledních letech však obor transpersonální psychologie nabývá silně na významu jak v psychologickém výzkumu, tak i v klinické praxi (Wallach a spol., 2005). Tato práce se zabývá charakterizací holotropního dýchání a jeho vymezením vůči jiným metodám transpersonální psychologie a pokouší se monitorovat současnou praxi holotropních terapií v České republice, charakterizovat klienty a pokusit se nalézt společné rysy jejich výsledků a zážitků z holotropního dýchání v souvislosti s osobností klientů.

1.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo přehledně zpracovat literaturu v oblasti holotropního dýchání (HD), zasadit tuto metodu do širšího kontextu (uměle) navozených i přirozených tzv. změněných stavů vědomí a pomocí spolupráce s psychoterapeuty i absolventy techniky holotropního dýchání kriticky popsat, porovnat či zhodnotit tuto metodu v současné psychoterapeutické praxi.

Cílem vlastního výzkumu v oblasti práce s technikou holotropního dýchání bylo zmapovat psychoterapeuty/ psychoterapeutická centra v České Republice, kde se tato technika provádí, zjistit kdo z terapeutů, kteří s danou technikou pracují, má na tuto metodu certifikace přímo od autora metody S. Grofa, získat pomocí přímého kontaktování terapeutů představu o jejich pohled na danou problematiku a rozšířit a zkvalitnit následující část studie zaměřenou na charakterizaci účastníků HD a sumarizaci jejich osobních zkušeností a prožitků z HD.

Hlavními otázkami výzkumu v této oblasti byly otázka motivace klientů k absolvování právě tohoto typu terapie, komparativní analýza jejich očekávání, zážitků a přínosu pro vlastní osobu ve smyslu odstranění subjektivních potíží v nejrůznějších oblastech života, změn ve vztazích k sobě, druhým lidem, přírodě, věcem, ale též změn v osobních hodnotách, postojích a myšlenkách klientů.

Dalším cílem bylo posouzení vlivu určitých vnějších faktorů na průběh či výsledek terapie, např. osobnost psychoterapeuta, přítomnost / zásahy pomocníka (sittera), vliv prostředí, kde terapie probíhala, hudby, práce s tělem atd.

Výsledky studie měly být hodnoceny ve světle osobnostních charakteristik respondentů na základě standardizovaného psychologického osobnostního testu (inventáře) NEO-PI-R (viz dále).

Základní výzkumné cíle:

- 1/ Monitoring současné HD praxe v České republice – centra, terapeuti, kurzy...
- 2/ Studium motivace klientů k absolvování techniky holotropního dýchání
- 3/ Analýza trendů v očekáváních, zážitcích a výsledcích terapie u klientů po absolvování HD, hledání souvislostí s osobnostní charakteristikou sledovaných osob

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vědomí

V psychologické terminologii znamená „vědomí“ tu část psychiky, kterou si uvědomujeme, tedy uvědomování si vlastních prožitků, spojených s činností a chováním, uvědomování si sebe sama i okolního světa (Gillernová, 2000, Atkinsonová et al., 1995). Mezi jeho vlastnosti patří intencionalita, tj. schopnost plánovat a záměrně jednat, dále subjektivita mentálních stavů a mentální kauzace, kdy subjektivní myšlenky a pocity ovlivňují lidské chování a působí jednak na okolní fyzický svět a, čemuž je obtížné uvěřit, také na mozek a nervový systém (Plháková, 2004).

Tradiční věda pohlíží na vědomí, jako na výlučně lidský fenomén, kdy vědomí každého z nás je oddělené od vědomí ostatních lidí. Podle britského fyzika a biochemika Francise Cricka (1916–2004), (in Grof, 2007(a)), laureáta Nobelovy ceny a spoluobjevitele chemické struktury DNA, vědomí úzce souvisí s neurofyzilogickými a biochemickými procesy v mozku (Grof, 2007(a)).

Nejnovější výzkumy však ukazují, že vědomí je sice zprostředkováno mozkiem a operuje v úzké souvislosti s ním, ale v mozku nevzniká, ani na něm není absolutně závislé a může plnit funkce vysoko přesahující mozkový potenciál. Důkazem toho jsou mimotělní zážitky (out-of-body experience – OOB), které mohou nastat spontánně nebo si je můžeme navodit různými technikami. Dochází v nich k velmi hluboké a kvalitativní změně vědomí, kdy prožíváme jiné rozměry bytí, které mohou být velmi intenzivní, ale současně se plně orientujeme v časoprostoru a neztrácíme zcela kontakt s běžnou skutečností. Naše psychika tedy nemá žádné reálné a konečné hranice, ale je součástí nekonečného pole vědomí, které zahrnuje vše, co existuje v rámci časoprostoru i mimo něj (Grof, 2007(a)).

Neurochirurg Wilder Penfield (*1959), (in Grof, 1992) ve své knize Záhada mozku, kde shrnul svá pozorování, prohlásil, že vědomí nemá svůj zdroj v mozku. Vědomí je prvotním principem bytí a hraje rozhodující roli při vzniku světa jevů (Grof, 1992).

2.2 Změněné stavy vědomí

„Velkou část života trávíme v bdělém stavu vědomí, při kterém si plně uvědomujeme svou existenci“ (Plháková, 2004, s.64). Určité mentální stavy se výrazně liší od normálního bdělého vědomí, ale nemusí být nutně považovány za patologické. Tyto změněné stavy vědomí jednak mohou vznikat spontánně, jako je spánek a snění, nebo je lze záměrně navodit – například pomocí drog, sensorické deprivace, hlubokého dýchání, relaxace, meditace, hypnotizace či excitace, vyvolané dlouhodobým tancem, provázeným hudbou. Podle některých autorů patří ke změněným stavům vědomí i syndrom klinické smrti a stavy s tím související, tyto však přirozeně nebývají důsledkem cílené aktivity jedince (Moody, 1991). „Účelem záměrného navození změněných stavů vědomí, může být obohacení životní zkušeností, hlubší sebepoznání či získání podnětů k tvůrčím výkonům“ (Plháková, 2004).

Poruchové jsou takové stavy, které se liší od normálního bdělého stavu a vznikají v důsledku poškozené funkce či špatné koordinace jednotlivých složek vědomí. Můžeme k nim zařadit delirantní stavy, provázející somatická onemocnění, dále stavy, kdy se člověk špatně orientuje v čase a prostoru nebo je narušena jeho osobní identita či jej obtěžují halucinace a bludy (Plháková, 2004).

Společné charakteristiky změněných stavů vědomí:

- při těchto stavech jsou kognitivní procesy povrchnější a nejsou tak kritické jako obvykle,
- je změněno sebepojetí a vnímání okolního světa,
- bývá oslabeno řízení a inhibice chování (Plháková, 2004)

2.2.1 Fyziologické stavy změněného vědomí – spánek a snění

„Spánek je přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména aktivity motorického a sensorického systému“ (Plháková, 2004, s. 87). Zatím nebyla přesně odhalena podstata biochemických a nervových procesů regulujících spánek. Bylo zjištěno, že subkortikální retikulárně – aktivační systém ve spánku zastavuje přenos impulsů do mnoha kortikálních synapsí a mění se i produkce některých neurotransmiterů (Plháková, 2004).

Spánek je opakem bdění. Ve spánku probíhají různé druhy mentálních aktivit, především snění. Jak nám ukazují naše sny, i ve snu myslíme, i když tento způsob myšlení je odlišný od myšlení v bdělém stavu. Ve spánku také vytváříme vzpomínky a spánek také nemusí být stavem naprostého klidu, jelikož někteří lidé ve spánku i chodí. Ve spánku také nejsme zcela nevnímaví ke svému okolí, v pohotovosti je zejména

sluchový aparát, který rozlišuje různé podněty, podle jejich důležitosti – například rodiče se budí ihned, co jejich dítě začne plakat. Ve spánku také dochází k plánování, kdy někteří lidé se například dokáží vzbudit v přesně určenou dobu. Zdravý spánek je pro člověka nezbytný, jelikož mu přináší tělesný i duševní odpočinek a osvěžení (Atkinsonová et al., 1995). Spánek patří k vrozeným životním potřebám. Je důležitý hlavně pro regeneraci mozkových funkcí, ke které dochází především v non-REM spánku (Höschl a kol., 2002).

2.2.1.1 Cyklus bdění a spánku

Tendence k pravidelnému střídání větší a menší fyziologické, behaviorální a psychické aktivity je označována jako tzv. cirkadiánní rytmus. Cirkadiánnímu rytmu podléhá mnoho autonomních procesů v organismu, např. kontrola tělesné teploty a kardiovaskulárních funkcí, sekrece melatoninu a kortizolu a spánek (<http://www.circadian.org/biorhyt.html>). Setkáváme se s ním také u vyšších živočichů, hmyzu, rostlin a hub. Cirkadiánní rytmus zřejmě souvisí se střídáním dne a noci. Rychlý přechod do jiného časového pásma nebo práce na směny mohou vést k jeho narušení, což se projevuje zhoršenou koncentrací pozornosti, menší schopností řešit problémy a pomalejší reaktivitou. Mezi lidmi existují zřetelné rozdíly, takzvaná “ranní ptáčata“, jsou nejvíce čilá brzy po ránu, zatímco “noční sovy“ mají větší příliv energie odpoledne nebo večer. První z nich mají větší produkci některých hormonů a také vrchol své tělesné teploty dosahují během dne dříve. Tyto rozdíly mohou ovlivňovat chování i výkonnost. Poměrně velké rozdíly mezi lidmi existují také v samotné potřebě spánku (Plhánková, 2004).

2.2.1.2 Průběh spánku

U všech lidí probíhá přechod z bdělého do spánkového stavu stejně, i když jiným tempem. Nejprve se objevují velké tělesné pohyby, pak změny polohy těla, následuje prohloubené dýchání a následně pomalé zavírání očí. Nastává hypnagogický stav, což je přechodný stav klímání či dřímoty mezi bděním a spánkem. Někdy se mohou v tomto stádiu objevit výrazné svalové stahy, provázené šubnutím celého těla, které mohou vést i k přechodnému probuzení. Pravděpodobně jsou vyvolány motorickými impulzy z nižších mozkových center. Postupně se snižuje svalové napětí, krevní tlak i tepová frekvence. Jednotlivá stadia spánku byla popsána v souvislosti se změnami elektrické aktivity mozku. Výzkumem spánku se zabýval Nathaniel Kleitman (1895–1999) a jeho student Eugene Aserinsky (1921–1998), který zpozoroval u spících dětí, rychlé, trhavé, ale koordinované pohyby obou očí pod zavřenými víčky. Jedinci, kteří byli probuzeni při těchto očních

pohybech, si v 80 % případů vybavili vzpomínky na sen. Později se k registraci průběhu spánku využíval tzv. elektroencefalograf, který pomocí elektrod snímá elektrické signály mozkové činnosti a přenáší je do vlastního zařízení, které signály mnohonásobně zesiluje. Výsledkem je graf, tzv. elektroencefalogram – EEG (Plháková, 2004).

V bdělém stavu EEG obsahuje mnoho tzv. beta-vln s relativně vysokou frekvencí (14–30 Hz/s) a nízkou amplitudou. V relaxovaném stavu se na záznamu objevují alfa-vlny s nižší frekvencí (8–13 Hz/s), ale o něco větší amplitudou (Plháková, 2004).

Jedinec prochází čtyřmi spánkovými stadii:

I. stadium – usínání (hypnagogické) je přechodným stavem mezi bděním a spánkem. Na EEG se objevují nepravidelné vlny s nízkou amplitudou – theta – vlny.

II. stadium – lehký spánek. Provází ho větší a pomalejší vlny přerušované tzv. spánkovými vřeteny, které tvoří shluk rychlých vln s frekvencí 15 Hz/s a K-komplexy, což jsou velké, ostré a pomalé vlny. Tato fáze je provázena výrazným snížením svalového napětí.

III. stadium – hluboký spánek. Tento spánek charakterizují delta – vlny, které mají pomalou frekvence 1–2 Hz/s a velkou amplitudu a tvoří 20–50 % EEG záznamu. Tyto vlny jsou indikátorem hlubokého spánku.

IV. stadium – hluboký spánek. Delta vlny, již tvoří více jak 50 % záznamu. Klesá srdeční a dechová frekvence, svalová relaxace se prohlubuje a chybí oční pohyby (Plháková, 2004).

Jedinec se pak zase vrací do stadií III. a II. Celý tento cyklus trvá přibližně 90 minut. Po jeho skončení nastává etapa rychlých očních pohybů, které někteří vědci považují za V. stadium, většina je, ale označuje jako tzv. REM – spánek a všechna ostatní stadia jako non-REM-spánek. Bylo zjištěno, že jedinec během noci projde 4 stadii hlubokého spánku, který je provázen delta-vlnami a čtyřmi až pěti REM-fázemi, které tvoří 25 % prospaného času. První REM-fáze trvá asi 10 minut a další se postupně prodlužují. Naproti tomu hlubokého spánku během noci ubývá. Poslední REM-fáze někdy trvá půl hodiny i déle a během ní se člověk budí (Plháková, 2004, Atkinsonová et al., 1995).

2.2.1.2.1 REM-fáze spánku

Na počátku této fáze člověk těžce a nepravidelně dýchá. Hodnoty jeho srdeční frekvence odpovídají bdělému stavu. Oči pod víčky se začnou poměrně rychle pohybovat zleva doprava. I mozková aktivita v této fázi spánku se podobá bdělému stavu, převládají beta-a theta-vlny. Probudit člověka v této fázi spánku je těžší, než v ostatních stadiích spánku. V obličeji spícího je patrné uvolnění svalového napětí. Kromě srdečního svalu,

bránice, okohybných svalů a hladké svaloviny, jsou v této fázi ostatní svaly v podstatě ochrnuty. Patrné jsou také změny v průtoku krve, které vyvolávají u mužů erekci a u žen prokrvení vaginální oblasti (Atkinsonová et al., 1995).

Tato fáze spánku byla také francouzským badatelem Michelelem Jouvetem (in Plháková, 2004), označena jako paradoxní spánek, o ostatních fázích se hovoří jako o ortodoxním – pravém spánku. Někteří vědci považují tuto fázi spíše za třetí stav existence, který je charakterizován vysokou aktivitou mozku a ochromením svalstva (Plháková, 2004).

2.2.1.3 Spánková a snová deprivace

Experimenty se spánkovou deprivací potvrzují, že narušení REM-fáze spánku negativně ovlivňuje hlavně psychickou činnost. Non-REM-spánek naopak slouží k odpočinku a obnovení především tělesných sil. Při pokusech, kdy spánková deprivace trvala 50 hodin, docházelo jen ke stavům nepozornosti nebo se projevilo chybné vnímání. Nejvíce byla narušena koncentrace pozornosti. Po delší spánkové deprivaci vznikají tzv. mikrospánky, kdy lidé zírají do prázdna a pokud řídí vozidlo, stávají se často viníky dopravních nehod. Pokusy se snovou deprivací prováděl William Dement, kdy probouzel dobrovolníky na začátku REM-fáze několik nocí za sebou. Experiment se musel předčasně ukončit po 10 nocích, protože při každém probuzení se účastníci okamžitě ponořili do REM-fáze spánku. Délka paradoxního spánku se po skončení pokusů prodloužila o 60 až 160 % na normální stav. Po několika dnech experimentu u lidí narůstalo napětí a úzkost. Lidé se cítili unavení, kolísala jejich pozornost, docházelo k menším poruchám vstřípivosti paměti a objevila se i zvýšená podrážděnost. Dlouhodobá snová deprivace může vést k vážným poruchám osobnosti. Snění je tedy významný mentálně – hygienický činitel, který napomáhá k udržení duševní rovnováhy (Plháková, 2004).

2.2.1.4 Hypnagogické představy

Ve stavu dřímoty se někdy spontánně vynořují hypnagogické představy, označované jako pseudohalucinace. Pokud se člověk před usínáním zabýval delší jednotvárnou činností, například hrabáním listů nebo sbíráním hub, tak při usínání vidí ve vzdálenosti asi jednoho metru listy nebo hromadu hub. Tyto představy jsou velmi živé, ale jelikož je uchováno testování reality, člověk si uvědomuje, že se nejedná o skutečnost. Těmito stavy se intenzivně zabýval Herbert Silberer (1882–1922). Byla popsána řada případů, kdy člověk ve stavu lehké dřímoty vyřešil nějaký obtížný vědecký problém, pravděpodobně nejznámějším je objev molekulární struktury benzenu, který učinil Kekulé (1829–1896). Také ruský chemik Mendělejev (1834–1907), objevil periodickou soustavu prvků během snění. Elias Howe (1819–1867), dokončil takto svůj vynález šicího stroje.

Také teorie relativity se Albertu Einsteinovi (1879–1955), vybavila částečně ve snu. I některé literární skvosty, jako Dantova Božská komedie, Voltaireův Candide, Havran od E. A. Poe byly prý inspirované sněním (Plháková, 2004, Rinpoče, 2003).

2.2.1.5 Sny

„Zážitek snu patří k nejintimnějším, vždy znovu se opakujícím zkušenostem člověka“ (Aeppli, 1996, s. 13). Je přirozeným projevem lidské psychiky (Aeppli, 1996).

Snové představy, které se vynořují v REM-fázi spánku a jsou nejčastěji zrakové, bývají velmi živé a spící není schopen je odlišit od vjemů. Mají většinou bizarní, nelogický charakter. Je narušeno testování reality. Sny, které se vyskytují v non-REM – spánku, jsou prokazatelně kratší, méně časté a obsahují méně vizuálních a sluchových představ, než sny v REM-fázi. Jsou také více spojeny s událostmi bdělého života, podobají se normálnímu myšlení a nejsou tak emočně obsazeny. Přibližně se nám zdá 4 až 5 snů, vzpomínky na sen jsou obvykle velmi prchavé a nejčastěji si pamatujeme ranní sny z poslední paradoxní fáze spánku. Sny mívají výrazné emoční zabarvení, spíše úzkostné (Plháková, 2004). Ve snu se člověk setkává se známými lidmi a známým prostředím, ale také se ve snech často vyskytují neobvyklé události: přesuny v čase, přesuny z místa na místo, změny věku. Ve snech také vystupují osoby již nežijící nebo fantastické osoby a zvířata (Hall, 2005).

„Snění je stav změněného stavu vědomí, ve kterém se obrazy, uchovávané v paměti a fantazie dočasně mísí s událostmi vnější reality.“ (Atkinsonová et al., 1995, s. 226). Pfaff (in Aeppli, 1996), jeden z nevýznamnějších badatelů 19. století v oblasti snů, prohlásil, že jen tělo potřebuje spánek, nikoli psýcha. Někteří lidé však nikdy sny nemívají. Jung (1875–1961), (in Aeppli, 1996) se však domníval, že duše sní neustále a jen „hluk“ lidského vědomí způsobuje, že nejsme schopni vnímat. I Rank (in Aeppli, 1996) říká v jedné své novější práci, že *spánek je podmínkou snu* a tato téměř dokonalá odpoutanost „Já“ od reality, připomínající smrt, propůjčuje snu jednak nejniternější subjektivitu, ale i nevyčerpatelně hlubokou sounáležitost s veškerenstvem. Někteří terapeuti poznamenávají, že obsah snů jejich pacientů bývá často ovlivněn teoretickým rámcem dané psychoterapie (Plháková, 2004).

K problému, proč se člověku zdají sny, můžeme přistupovat ze tří hledisek. Jedno z nich, fyziologické hledisko, zdůrazňuje, že mozek je dynamický, aktivní systém, schopný vytvářet a následně analyzovat své vlastní informace. Na aktivaci mozku před započítím REM-fáze spánku se podílejí neurony retikulárně – aktivačního systému. Syntéza náhodných signálů probíhá v mozkové kůře, která je, ale odpojena od vnějšího světa, takže nemůže svoji činnost testovat a pokouší se vytvořit co nejlepší příběh. Využívá k tomu údaje uložené v paměti (Plháková, 2004).

Druhé je hledisko psychodynamické. Psychologické interpretace snů sahají do nejstarší známé historie lidstva (Plháková, 2004). Systém práce se sny byl po tisíciletí rozvíjen v buddhismu, taoismu, hinduismu, sufismu. Tyto systémy práce se sny byly a jsou často uchovávané v tajnosti a vyhrazeny jen pro zasvěcené. Mnoho společenství přikládalo snům významnou roli a schopnost zapamatovat si sny nebo je vědomě proměňovat byla cíleně pěstována. Hlavně některá náboženství přikládala snům značný význam, sny pomáhaly při lovu, poskytovaly radu v časech války, v krizi nebo při onemocnění. Ten, kdo snil, byl považován za kněze či kněžku, neboť sen byl pokládán za požehnání bohů. Mnohé kultury, včetně starých Egyptanů se věnovaly systematickému výkladu snů a účastnily se složitých obřadů k obdržení důležitého snu. Tyto obřady byly zdokumentovány u prvních obyvatel Ameriky, Asie, u dávných Babyloňanů, Řeků a Římanů. Poté, co byla provedena oběť bohům, vypil obvykle snový zřec lektvar, který měl zostřit a zintenzivnit jeho zkušenost. Tyto lektvary mohly obsahovat různé psychotropní drogy. U australských domorodců je snící ctěn a vážen jakožto kanál, prostředník, jímž byla moudrost mytických předků zprostředkována a nikoli jakožto původce této moudrosti (Rinpoče, 2001).

Základy psychoanalytické interpretace snů položil Sigmund Freud (1856–1939), v díle Význam snů. Sny jsou podle Freuda (in Plháková, 2004), královskou cestou do nevědomí. Podle něho se obsah snů týká takových přání a myšlenek, které jsou pro člověka nepřijatelné, většina z nich je sexuální povahy a jsou proto vytěsněny do nevědomí. Tam tvoří tyto nápady a přání tzv. latentní (skrytý) snový obsah. V předvědomí je umístěna tzv. snová cenzura, která provádí přeměnu skrytého obsahu snu v manifestní (zjevný) obsah a k tomu využívá různých univerzálních, kulturních a osobních symbolů. Má za úkol zamaskovat nevědomý materiál tak, aby mohl vstoupit do vědomí, jinak by spícího probudila úzkost. Sen je tedy podle Freuda (in Plháková, 2004), určitým kompromisem mezi pudovými silami a cenzurou. Podle některých psychologů sen nelze považovat za pouhý kompromisní útvar, snová práce je součástí psychické práce, tj. propracování určitých psychických problémů a potíží (Plháková, 2004).

Podle Carla Gustava Junga (in Plháková, 2004) je sen spontánní sebezobrazení aktuálního stavu nevědomí v symbolické formě. Jazyk snů je archaický a symboly jsou určitým podobenstvím, ze kterého se naopak člověk může poučit. Jung (in Plháková, 2004) také předpokládal, že existuje všeobsahující kulturní paměť, která je dostupná ve zvláštních snech. Tuto paměť označil jako „kolektivní nevědomí“. Na rozdíl od Freuda, Jung (in Plháková, 2004) zdůrazňuje, že sny se dají vykládat přímo z jejich manifestního obsahu. Podle něho sen zobrazuje určité obsahy, které souvisejí s aktuálním stavem vědomí. Sny podle Junga (in Plháková, 2004) napomáhají lidské osobnosti k její individualitě a celistvosti. Sen má tzv. kompenzační funkci. Například pokud je určitá osoba

převážně intelektuálně založená a její citová stránka je silně potlačená nebo nevědomá, měly by se v jejích snech často objevovat silné pocity (Plháková, 2004).

Následovník Junga Ernst Aeppli (in Plháková, 2004) říká, že se ve spánku chemická sloučenina naší osobnosti, která je držena pohromadě naším já, rozloží na prvky, které mohou být znázorněny snovými symboly. Sny se rozvíjejí v imaginárním prostoru, v němž snící vidí sebe sama v konfrontaci s jinými osobami, zvířaty, neživými předměty. To vše reprezentuje různé aspekty lidské psychiky včetně jejich nevědomých složek. Lidské postavy, včetně postav snícího, jsou slučitelné s jeho sebepojetím, naproti tomu zvířata, rostliny a neživé předměty, zastupují nižší hůře integrované složky psychického života. Podle Aepplio (in Plháková, 2004), sny podávají obraz naší životní situace, dále mají kompenzační funkci a sny se také snaží nasměrovat životní energii k produktivním cílům, tím, že v člověku vyvolají psychické napětí. V těchto snech se setkáváme se svým „dvojníkem“, se Stínem. Tyto sny přispívají k rozšíření vědomí (Plháková, 2004).

Podle Fritze Perlse (in Rinpoče, 2001), zakladatele psychologické školy pojmenované gestalt, jsou sny „královskou cestou ke sjednocení“. Snění pro něho bylo základem pro dosažení rovnováhy a znovunalezení všech částí osobnosti člověka. Perls (in Rinpoče, 2001) se domníval, že odmítáme nebo odvrhujeme sebe sama projekcí anebo potlačením. Tyto zneuznané vlastnosti naší osobnosti můžeme získat zpět sehráním nebo zdramatizováním částí snu. Mnohem plněji si uvědomíme své vlastní postoje, strachy a přání, a tak umožníme, aby k procesu naší individualizace došlo bez překážek (in Rinpoče, 2001).

Medard Boss (1903–1990), (in Rinpoče, 2001) považuje sen za realitu, která může být pochopitelná jako autobiografická příhoda a povzbuzuje snícího, aby v daném okamžiku skutečně vše prožíval a plně se do snu vložil.

Některé psychologické směry, ale neuznávají možnosti práce se sny. Například fenomenologická škola (in Rinpoče, 2001) o snech soudí, že tvoří mlhavý a omezený pohled na svět a že jsou neúčelné a omezené ve srovnání s bděním. Někteří vědci také soudí, že sníme proto, abychom odložili neužitečné informace (Rinpoče, 2001).

I z kognitivního hlediska je sen považován za pouhý proces zpracování informací a jako vedlejší produkt nemá žádný psychologický význam. Podle Christophera Evanse (1951) (in Plháková, 2004) jsou sny bezesmyslný šum vyvolaný nervovým systémem, který ve spánku provádí jakýsi mentální úklid. Snění však pravděpodobně přispívá k řešení problémů (Plháková, 2004).

2.2.1.5.1 Lucidní snění

Existují také neobvyklé sny, v nichž snící náhle shledá, že je během snění vědomě bdělý "lucidní". Tento jev studoval na počátku 20. století holandský psychiatr Van Eeden a vytvořil termín „lucidní snění“, kdy člověk je schopen se probudit během svých snů a řídit je. Snící si tedy uvědomuje, že sní. Lucidní sny mohou být až neuvěřitelně živé, zdánlivě „skutečnější“ než je běžná skutečnost. Ve snu získáváme více svobody, pevné hranice mysli mizí a ve snu můžeme uskutečnit doslova cokoli, co si přejeme (Rinpoče, 2003).

2.2.2 Navozené (nefyziologické) stavy změněného vědomí

2.2.2.1 Psychoaktivní látky

Psychoaktivní látky, tj. látky působící na lidskou psychiku, lze rozdělit podle účinků na tři základní skupiny: halucinogeny (včetně psychedelik), stimulační drogy (například nikotin a kofein) a sedativa (morfin, kodein, heroin, braun, alkohol, trankvilizéry). Při opakovaném používání některých z nich může vzniknout tělesná nebo psychická závislost. Vzniká tolerance, kdy jedinec musí brát stále vyšší dávku drogy, aby dosáhl stejného účinku. Pokud jedinec užívání drogy přeruší, vznikají abstinenční příznaky, kdy postižený prožívá nepříjemné tělesné a psychické stavy. Psychická závislost se vyvíjí procesem učení (Atkinsonová et al., 1995).

Halucinogeny

Z toxikologického hlediska jsou to chemické látky, které v netoxických dávkách vyvolávají změny ve vnímání, myšlení, duševním rozpoložení, zřídka mohou způsobit ztrátu paměti a stavy zmatenosti, ale na rozdíl od alkoholu nezpůsobují zatemnění smyslů. Jsou to látky, jejichž účinkem se mění a rozšiřuje lidské vědomí a to především vnímání vnitřního i vnějšího světa (Atkinsonová et al., 1995). Některé z halucinogenů jsou získávány z rostlin (mezkalin z kaktusů) či hub (psylocybin z lysohlávky), (Mann, 1996).

Psychedelika

Psychedelika jsou podskupinou halucinogenů. Při jejich požití je změněno vnímání času a prostoru. Dochází ke změnám obrazového, sluchového, hmatového, čichového, chuťového a kinestetického vnímání. Dochází ke změnám počtu a obsahu myšlenek, dostavují se halucinace, živé obrazy – eidetické, které člověk spatřuje za zavřenými víčky. Jedinec může mít změněnou schopnost odlišovat sebe sama od svého okolí. Má podstatně zvýšenou barevnou citlivost, dochází k náhlým a četným změnám nálad, dostavuje se zvýšená ovlivnitelnost, zesílené vzpomínky a paměť. Vědomí se stává mnohonásobným nebo útržkovitým. Dochází ke zdánlivému uvědomění vnitřních orgánů i

tělesných procesů a k vzestupu nevědomých obsahů. Dále se dostavuje rozšířené vnímání jemných jazykových rozdílů. Lidé mají mnohem větší pocit schopnosti komunikace pomocí mimoslovních prostředků, kam patří i prostředky telepatické. Dostavují se pocity soucítění, návratu zpět. Naopak se zvyšuje schopnost soustředění, zesílení povahových rysů a psychodynamických procesů. Zájem o filosofické, kosmologické a náboženské otázky a obecně o vnímání světa, které se vymanilo z kategorického třídění, vede k zesílenému zájmu o vlastní osobu a svět. Dochází také k nejrůznějším reakcím, které se pohybují od krajní úzkosti až po krajní rozkoš. Pro člověka je to nesmírně působivá, důležitá a také neobvyklá a bohatě proměnlivá zkušenost (Atkinsonová et al., 1995).

Historie

Lidé již od dávných časů používali různé psychoaktivní látky k tomu, aby změnili stav svého vědomí – aby usnuli nebo naopak zabránili spánku, aby zlepšili schopnost svého normálního vnímání nebo si vyvolali halucinace. Jejich používání nepochybně podstatně ovlivnilo průběh lidských dějin. Různé zdroje těchto látek, tzv. „vizionářské byliny „či „posvátné medicíny „byly a jsou uctívány v mnoha dobách a na mnoha místech jako bohové. K lidem, kteří je užívali většinou jako prostředek k získání „nadpřirozených sil“, patřili proroci, vizionáři, kněží, šamani a další, většinou vůdčí osobnosti jednotlivých společností. Náboženské myšlení na Východě i Západě, v civilizovaných i primitivních společenstvích, téměř jistě velice podstatně ovlivňovala právě přírodní psychedelika (Masters, Houstonová, 2004).

V afrických černošských kulturách a v Indii se uctívalo a uctívá konopí (*Cannabis sativa*, var. *indica*) a různé konopné deriváty, které vyvolávaly víze a používaly se jako pomůcky duchovního rozvoje a zdroje okultních sil stovky, možná tisíce let (Masters, Houstonová, 2004). V muslimských zemích tuto funkci plnil hašiš (pryskyřice získaná z konopí), (Masters, Houstonová, 2004). Také v předkolumbovském Mexiku se užívalo mnoho psychoaktivních rostlin, např. kaktus peyotl (*Lophophora williamsii*), který se používá k výrobě tzv. mezkalových knoflíků (Masters, Houstonová, 2004).

Ayahuasca (caapi), je liána s psychedelickými účinky, také přezdívána „víno duše“. Nápoj, který se získává z liány rodu *Banisteriopsis*, je nejdůležitějším magickým lektvarem pro Indiány na severozápadě Jižní Ameriky – v Brazílii, Kolumbii a Ekvádoru. Když byla izolována jeho hlavní účinná látka, dostala přezdívku „telepatin“, pro její schopnosti při věštbách a předpovídání budoucnosti (Mann, 1996).

Zvláštní duševní účinky má také muchomůrka červená (*Amanita muscaria*). Používá se po staletí v severovýchodní Asii jako prostředek k opojení. Šamani s její



pomocí vystupují ze svého těla a procházejí vizionářskými stavy. Muchomůrka červená je jedovatá, ale její toxicita se sníží oloupáním slupky a speciální přípravou. Psychedelické účinky mohou sahát od tuposti přes mírnou euforii, nádherné vize a spojení s božstvy, až po delirium a vražedné záchvaty zuřivosti (Mann, 1996).

(Obr. převzat z www.biotox.cz/enpsyro)

Pro dějiny jsou dále podstatné rostliny z čeledi Solanaceae: zvlášť durman obecný (*Datura stramonium*, A), mandragora lékařská (*Mandragora officinarum*, B), blín černý (*Hyoscyamus niger*, C) a rulík zlomocný (*Atropa belladonna*, D), (Mann, 1996).



Tyto rostliny, které najdeme všude po světě, po staletí sloužily jako jedy, opojné látky, nápoje lásky, zdroje snů i pro magické účely. Durman a blín znali již antičtí Řekové a je možné, že se ještě předtím užívaly ve věštírně v Delfách, jako prostředky k navození spojení s bohy. Rostliny z čeledi Solanaceae si však vysloužily proslulost především jako látky používané evropskými „čarodějnicemi“. Tyto látky však také mohou i při malých dávkách vyvolat pomatení a podnítit tak psychózu (Masters, Houstonová, 2004).

Současnost

V současnosti převažuje ve vyspělých zemích užívání marihuany (*Cannabis sativa* – konopí seté), ačkoliv její hodnota jako činitele rozšiřování vědomí a zdroje představ ve srovnání např. s LSD (diethylamid kyseliny lysergové), peyotlem a jinými psychedeliky není příliš velká. Marihuana není návyková a pravděpodobně je méně škodlivá než alkohol (Masters, Houstonová, 2004).

LSD je derivát kyseliny lysergové obsažené v námelu, což jsou tzv. sklerocia houby Paličkovice nachové (*Claviceps purpurea*), postihující obilí, zvláště žito (Mann, 1996). LSD bylo poprvé syntetizováno A. Stollem a Dr. Albertem Hofmannem (1906-2008), v laboratořích švýcarské farmaceutické firmy Sandoz, v Basileji, již v roce 1938, ale účinky drogy objevil Dr. Hofmann náhodou, až v roce 1943. Do šedesátých let byly prováděny po celém světě rozsáhlé výzkumy jejích psychiatrických účinků. Droga již při nízkých dávkách vyvolává živé halucinace barev a zvuků a někteří lidé při ní mají mystické a kvazi náboženské zážitky (Masters, Houstonová, 2004). Ale i ten samý člověk, který měl s LSD řadu příjemných zážitků, může zažít nepříjemnou reakci tzv. „špatný výlet“ (bad trip) a to i po předchozích „bezproblémových“ aplikacích. Další nepříznivou reakcí je tzv. flash back, který může nastat i po dlouhé době po užívání látky, kdy tato již není přítomna v organismu a může být pravděpodobně vyvolán vybavením si vzpomínek na zážitky. Nejděsivější reakcí je ztráta orientace v realitě, v průběhu změněného stavu vědomí, který je spojen s požitím drogy. Tato změna vědomí může vést k dezorientovanému chování a vzniku paniky, ve kterém se u jedince objevuje pocit, že nedokáže ovládat to, na co myslí nebo co dělá (Atkinsonová et al., 1995).

I další autoři tuto látku stále označují za velmi nebezpečnou, jelikož může vyvolat psychózy, sebevražedné pokusy a panické strachy. Překvapující je proto skutečnost, že dříve se LSD používalo k terapii psychopatických zločinců, u nichž měl psychedelický prožitek vyvolat změnu hodnotového systému a pocity obohacení a zvýšení sebedůvěry. Psychedelika často pomohla například alkoholikům, některým sexuálně narušeným jedincům a osobám trpícím trvalou úzkostí, kdy léčba sexuálních poruch a některých neuróz, při použití LSD jako psychoterapeutického doplňku, byla kratší a účinnější (Masters, Houstonová, 2004). Zkušenost s psychedeliky zvyšuje sebelásku a pocity sjednocení s ostatními lidmi a přírodou. Tyto transcendentní zkušenosti se však dají považovat za bezobsažné, jelikož uživatel je při nich naprosto oddělen od skutečnosti. (Atkinsonová et al., 1995).

V 60. letech získalo LSD popularitu mezi příslušníky hnutí Hippies a tehdy, v důsledku jeho podávání bez odborného dohledu, došlo k sérii nešťastných úmrtí. To vedlo v roce 1967 k prakticky celosvětovému zákazu LSD i ostatních psychedelik. Poté se

rozšířilo používání psychedelických hub lysohlávek (*Psilocybe*) obsahujících alkaloid psilocybin, který byl v roce 1958 syntetizován rovněž Hofmannem společně s Rogerem Heimem, ředitelem Národního muzea dějin v Paříži. Psilocybin je podobný LSD, má však mnohem méně vedlejších účinků. Dalším konkurentem LSD je droga s příbuznými účinky – extáze (MDMA) (Masters, Houstonová, 2004).

Drogy a kultura

V západním světě má dnes požívání psychedelik téměř výlučně světský charakter. Ale ještě Timothy Leary (1920–1996), (in Masters, Houstonová, 2004), který v srpnu 1960 poprvé požil halucinogenní lysohlávky, věřil tomu, že drogy jsou náboženstvím pro 21. stol. a tvrdil, že žít zbožným životem bez drog je jako studovat astronomii pouhým okem. V ostatních částech zeměkoule jen malý počet společenství vyhledává intoxikaci tak náhodným a požitkářským způsobem, který je běžný v současné západní civilizaci. Užívání a zneužívání omamných látek v naší společnosti je problémem v tom, že pozměněné stavy vědomí nejsou považovány za kulturně hodnotný jev. Přijali jsme za své stimulační látky jako je čaj nebo tabák, které původně byly v jiných kulturách používány při posvátných a obřadních příležitostech, a tím jsme je zbavili veškerého duchovního významu. Antropologie, svým studiem omamných látek v různých společenstvích, nám tímto pomáhá zmírňovat tendence, nahlížet na naše vlastní praktiky a hodnoty, jako na universální model lidského chování. Dnešní společenské vědomí má sklon k rozlišování mezi normálními a pozměněnými stavy vědomí, ale také mezi povoleným a nelegálním charakterem těchto stavů. Některé z těchto stavů jsou posuzovány jako účinný způsob k dosažení spirituálních cílů, zatímco jiné jsou považovány za škodlivé pro jedince i společnost, jako pouhé iluze a zkreslené reflexe všedního vědomí. Někteří příslušníci elit, ať už se jedná o kmenové šamany nebo o západní politiky, se snaží ovládat vlastní komunity zamezeným přístupem k legálním omamným látkám, i k látkám zakázaným. Probíhá boj o to, jaké látky jsou přijatelné. Existuje tedy určitý politický a i spirituální konflikt o charakter samotného vědomí. Lidé však mají přirozenou potřebu prožívat pozměněné stavy vědomí (Rudgley, 1996).

V Americe existuje Hnutí za psychedelické látky, jehož členové kladou důraz na prohloubení vnitřní zkušenosti a rozvoj skrytých sil člověka, jelikož v každém člověku se podle nich skrývá síla a velikost. Vybízejí ke kompromisům a přizpůsobení vnitřního a vnějšího světa (Masters, Houstonová, 2004).

Psýché a symbol

Svět psychedelických látek je plný mýtů, rituálů, je světem legendárních a pohádkových témat a postav, archetypů a v těchto pojmech si subjekt přehrává vlastní

osobní dramata. Tyto paměťové a psychodynamické materiály se mohou objevit v přeměněné podobě jako účelové vzorce, které osvětlují život určitého člověka a mohou jej dokonce transformovat (Horowitz, 2002).

Psychedelika a spiritualita

Psychedelický mystický prožitek je blahodárný v tom, že uvádí člověka do procesu prožívání Podstaty takovým způsobem, že to prozáří celý jeho život a on se teď mnohem více než dříve zajímá o fenomény života a citlivě na ně reaguje. Nevzdává se světa jevů, ale nechává se podnítit k jakému si letu směrem ke skutečnosti (Masters, Houstonová, 2004).

2.2.2.2 Meditace

Pod názvem meditace je zahrnuto provádění určitých rituálů a cvičení, kdy jedinec dosáhne změněného stavu vědomí. Cvičení zahrnují zaujetí jogínské polohy těla tzv. lotosový květ, regulování a řízení dechu, ohraničení rozsahu své pozornosti, vyloučení vnějších podnětů a utváření vnitřních představ událostí nebo symbolů. Jedinec tedy nejprve čistí svoji mysl pro přijímání nových zážitků a pak aktivně koncentruje svoji pozornost k některému subjektu, slovu nebo myšlence (Osho, 2007).

Jedinec se cítí být oddělen od okolního světa, ztrácí vědomí sama sebe a získává pocit, že je součástí širšího vědomí. Dostavuje se klid duše, pocit míru ve vztahu ke světu a pocit pohody (Atkinsonová et al., 1995).

V tomto stavu, kdy je jedinec extrémně relaxován, dochází k uvolnění svalového a duševního napětí. Snižuje se tepová i dechová frekvence, spotřeba kyslíku i množství vydechaného kyslíčnatého a látková výměna. Je zpomalena srdeční frekvence, snižuje se koncentrace kyseliny mléčné v krvi a stabilizuje se krevní oběh (Atkinsonová et al., 1995).

Meditace pomáhá lidem zvyšovat sebevědomí a zvládat chronické pocity úzkosti a napětí. Je prevencí mnoha psychických a tělesných nemocí. Meditace může být druhem autohypnózy. Může být také užitečná pro dosažení maximálního výkonu sportovce. Pomáhá snižovat napětí před závodem. S její pomocí je možné vytvářet duševní představy detailů nadcházejícího výkonu, dokud sportovec nedosáhne úplné synchronizace pohybů (Atkinsonová et al., 1995).

2.2.2.3 Hypnóza

„Hypnóza je přechodný a záměrně, pouze pomocí sugesce, vyvolaný změněný stav vědomí. Spočívá na zvláštní vlastnosti osobnosti, projevující se připraveností přijímat sugerované prožitky, pokyny k jednání apod.“ (Gillernová, 2000, s. 21).

Tato metoda patří mezi nejstarší psychoterapeutické techniky. Objev moderní hypnózy je připisován F. A. Mesmerovi (1734–1815). Podle něho je tento efekt následkem živočišného magnetismu a magnetického fluida, které přechází z magnetizéra k pacientovi a přináší léčení. První seriózní výzkum hypnózy byl uskutečňován Francouzskou královskou komisí v čele s B. Franklinem (1706 – 1790). Výstižnější popis hypnózy byl podán de Puységurem (1751–1825). Vlastní pojem hypnóza byl zaveden Jamesem Braidem (1795–1860). J. M. Charcot (1825–1893) léčil hysterii v nemocnici Salpêtriére v Paříži, kde byl svědkem těchto demonstrací i Sigmund Freud (1856 – 1939), který později využíval techniku vyvolání hypnotického stavu, na svých pacientech, v počátcích svého výzkumu nevědomí. Později tuto techniku nahradil metodou volných asociací, praktikovanou v běžném stavu vědomí. Hypnóza hrála důležitou roli ve vývoji celé psychoanalýzy (Hoskovec a Hoskovicová, 1998).

Hypnóza je sociální interakce, kdy jedna osoba (označovaná jako subjekt), reaguje na příkazy (sugesce) od osoby druhé (označované jako hypnotizér). Spolupracující subjekt tedy předává v hypnóze část kontroly nad svým chováním hypnotizérovi a přijímá určité zkreslení reality. Tímto u subjektu dochází ke změně vnímání, paměti a volního jednání (Atkinsonová et al., 1995).

Hypnotizér může přímou sugescí navodit:

- reakci subjektu nechtěnými pohyby,
- posthypnotickou reakci, kdy subjekt probuzený z hypnózy reaguje na předem dohodnutý signál hypnotizéra a cítí nutkání určenou reakci provést, i když je sugesce od hypnotizéra zapomenuta a takové jednání si sám pro sebe může i racionalizovat,
- posthypnotickou amnézii, kdy události, které se staly v průběhu hypnózy, mohou být zapomenuty na základě sugesce hypnotizéra. Hypnóza tímto, jak tvrdí někteří vědci, dočasně ruší schopnost vyhledat v paměti jedince určitou položku, nemá však vliv na skutečné uchovávání vzpomínek (Atkinsonová et al., 1995).

Subjekt může ve skutečnosti s trochou tréninku hypnotizovat sám sebe, hypnotizér pouze pomáhá navodit podmínky, které umožňují subjektu vstoupit do hypnotického stavu (Atkinsonová et al., 1995).

Stádia hypnotického stavu

- Po zhypnotizování subjekt ztrácí plánovitost jakékoliv aktivity, raději čeká, co mu navrhne hypnotizér.

- Pozornost subjektu se stává selektivnější. Pokud je mu řečeno, naslouchá pouze hlasu hypnotizéra.
- Může dojít k zažívání různých událostí, na různých místech vzdálených v čase a prostoru.
- Subjekt zkresleně přijímá realitu.
- Po hypnotické indukci vzrůstá sugestibilita.
- Vysoce hypnabilní subjekty, pokud jsou k tomu vyzvány, zapomenou téměř vše, co se během hypnotického sezení událo (Atkinsonová et al., 1995).

Hypnabilita, tedy schopnost dostat se do stavu hypnózy, je u různých osob různá a může mít také jinou hloubku a může být rozvíjena zkušeností. Existují lidé, kteří snáze podléhají sugesci a dosahují hlubších rovin až po somnambulní stadium či úplný trans. Mezi ně můžeme zařadit takové jedince, kteří mají schopnost koncentrovat pozornost na jediný podnět a nevnímat přitom rušivý vliv okolí (Damon, 2004). Hluboce zhypnotizovaní lidé popisují oddělení duše od těla, pocity splynutí s vesmírem a dojem, že získali nesdělitelné znalosti. Tyto stavy jsou podobné zážitkům při meditaci (Copelanová, 1998).

Dobře hypnotizován bude také jedinec s bohatou představivostí, který zažívá denní snění a se schopností vyvolávat živé představy. A naopak, asi 5–10 % populace, nemůže být vůbec zhypnotizováno, což se někdy zdůvodňuje výjimečnou schopností sebekontroly. Pokud je však jedinec vnímavý v jednom sezení, bude pravděpodobně vnímavý i v sezení druhém. Jedinci, vysoce vnímaví vůči hypnóze, nemusejí být poddajní v jiných sociálních situacích. Výsledky výzkumů signifikantně nekorelují (Atkinsonová et al., 1995).

Hypnóza se používá při léčbě různých neurotických poruch, při odstraňování trémy, posilování sebevědomí apod. (Gillernová, 2000). Snížení bolesti pomocí hypnózy je užitečné v zubním lékařství, porodnictví a chirurgii (Hoskovec a Hoskovcová, 1998).

Hypnóza je nejlepší metodou relaxace těla a udržení psychické svěžesti. Může nám pomoci usměrnit duševní energii tak, abychom změnili své postoje, návyky, vjemy a tím přispívá k našemu osobnímu i profesionálnímu růstu (Copelanová, 1998).

2.2.2.4 Zážitky blízké smrti (Near-Death Experiences – NDE)

Smrt byla tradičně ztotožňována se zástavou srdeční činnosti a zástavou dýchání. Tento stav býval označován jako klinická smrt. Definice smrti, kdy ekvivalentem smrti byla stanovena biologická smrt mozku, byla přijata v r. 1968 Světovou zdravotnickou organizací, jako obecně závazná.

U lidí, kteří překročili hranici klinické smrti se v 95 % případů objevují stejné subjektivní prožitky a to bez ohledu na situace, v nichž se udály. Nejprve dochází ke

zrychlení a prohloubení mentální aktivity, uvědomění si situace a i jasná anticipace vlastní smrti. Dále následuje prožitek jakoby panoramatického přehlédnutí vlastního dosavadního života a pak se dostavuje jakýsi transcendentální mír, s vizemi nadpozemské krásy a někdy i se zvuky „nebeské“ hudby (Moody, 1991).

V roce 1971 se R. Noyesovi (in Ring, 1991), který studoval řadu takových subjektivních prožitků, podařilo najít tři opakující se stádia:

- první stádium, které označil jako rezistenci, kdy nebezpečnou situaci doprovází úsilí o zachování života, pokud se to nezdaří, následuje akceptování smrti,
- druhé stádium, kdy jakoby jedna část jedince vystupuje ze svého vlastního těla a pozoruje je a zároveň jiná část panoramaticky pohlíží zpět na svůj dosavadní život,
- třetí stádium, tzv. transcedence, kdy se dostavují pocity sounáležitosti se světem a s vesmírem, mystické a kosmické stavy vědomí.

Z výpovědi lidí, kteří prožili klinickou smrt a kteří se shodují v tom, že je to velmi příjemný zážitek, vyplývá, že vnější projev smrti není vůbec totožný s jejím vnitřním projevem, a tím nás zbavuje strachu ze smrti. Začíná to pocitem podivuhodného míru a blaha, který dále stoupá k uchvacující radosti a štěstí. V tomto okamžiku, si neuvědomujeme žádné bolesti, ani tělesné pocity. Nic se nehýbe. Člověk z nějakého vzdáleného bodu – z vnějšku – hledí na své vlastní tělo, přičemž vidí a slyší lépe, než předtím. Všeho se účastní, ale jako pasivní divák. Všechno se zjevuje velmi reálně, ne jako sen nebo halucinace. Zpočátku se cítí poněkud osamělý, ale náhle je v dosahu něco jako bytost, která není vidět, ale někdy mluví, podněcuje k přemýšlení o dosavadním životě a vybízí k rozhodnutí, zda chceme žít nebo zemřít. Před naším vnitřním zrakem probíhá naše minulost jako film. Obvykle se rozhodneme vrátit se zpět. Ne kvůli sobě, ale kvůli našim drahým, jež milujeme. Po tomto rozhodnutí náš prožitek většinou rychle končí (Ring, 1991).

Podle Moodyho (1991), lze fenomény, které umírající v retrospektivě uvádějí, rozdělit zhruba do 14 kategorií.

- Obtížnost až nemožnost popsání těchto zážitků.
- Zaslýchnutí výroku konstatujícího smrt a vnímání léčebných zákroků, jejichž reálnost lze posléze identifikovat z dokumentace.
- Opuštění vlastního těla, kdy umírající se stává divákem, který nezúčastněně pozoruje vlastní tělo. Má přitom pocity lehkosti, odhmotnění. Toto stádium je také někdy samostatně popisováno jako tzv. Lazarův syndrom.
- Dostavují se pocity lehkosti a klidu, harmonie a blaha. V této fázi chytí negativní prožitky.

- Dochází k vnímání různých zvuků, které jsou buď nepříjemné, nebo příjemné, ale nepříjemné převládají (hučení, víření, praskání).
- Následuje cesta tunelem, vtažení do tmavého úzkého prostoru (komín, roura), s pocity rotace a propadání se.
- Setkání se s dříve zemřelými, přáteli nebo příbuznými.
- Dostavuje se fenomén světla, který patří k nejsilnějším zážitkům. S tímto světlem může umírající jakoby nonverbálně komunikovat.
- Dochází k panoramatickému vidění vlastního života od dětství až po současnost, ale vše je jakoby viděno naráz.
- Nemocný vidí bránu, plot, hranici a tuší, že její překročení by bylo osudové.
- Dochází k návratu, který se děje na příkaz vyšší moci, cestou pádu tunelem. Bývá spojen s pocity stesku.
- Dostavují se zábrany ve sdělování zážitků, obavy, že lidé budou považováni za šílené.
- Dochází k pocitu vnitřního obohacení, touto zkušeností. Dostavuje se sklon k přemýšlivosti, zájem o filozofii a potřeba studovat.
- Mizí strach ze smrti, dochází k novému náhledu na smrt, která je považována za začátek jiné vyšší existence.

Tento sled popisovaných intrapsychických fenoménů při umírání bývá skutečně zakoušen, ale odhaduje se, že tyto fenomény mohou doprovázet asi 20 % všech úmrtí. Někteří vědci vysvětlují tyto fenomény tím, že při umírání dochází ke stavům anoxémie mozku (nedostatek kyslíku), případně k intoxikaci metabolickými produkty, které vyvolávají vize, halucinace a zcela výjimečně také sensorické prožitky. Moderní thanologie se i nadále věnuje výzkumům těchto stavů, protože jejich ozřejnění může mít pozitivní význam v psychologické přípravě nemocného na smrt, kdy alespoň část z umírajících, kteří nemají vědomí zastřené kómatem, může umírat v kvalitativně alternovaném stavu vědomí, který může být zřejmě spojen s převážně pozitivně emočně zabarvenými prožitky (Ring, 1991).

„Čím to je, že skoro každý, kdo prožil klinickou smrt, se stává uvědomělejší, sebejistější, rozhodnější? Co dává takovému člověku jistotu, že smrt není konečným stádiem, ale začátkem úplně něčeho nového? On nejenže prožívá svůj život intenzivněji a beze strachu, ale svou zkušeností z prahu smrti, získává schopnost zřetelněji posoudit cesty budoucího vývoje víc, než ti ostatní.“ Svými zkušenostmi dosáhli tito lidé vyššího stupně lidského vývoje a tím, i „kosmického vědomí“, jež je cílem východních meditačních nauk. (Kübler – Rossová, 1992).

Každý, jemuž ona milost byla dána, už nikdy nemá strach ze smrti. Bezpodmínečná láska, porozumění a společné cítění, které jsou s existencí světla, které viděli, spojeny, se nenechají vůbec slovy zachytit. Tato duchovní zkušenost, vyvolává u lidí, kteří ji prožili, hluboké vnitřní proměny. Zkušenost z prahu smrti dává životu nový rozměr a prohlubuje porozumění pro lidský život a jeho smysl (Smithová, 1994).

2.2.3 Holotropní dýchání

Holotropní dýchání bylo vyvinuto manželi MUDr. Stanislavem a Christinou Grofovými jako jedna z metod Transpersonální psychologie. Je založeno na čtyřicetiletém výzkumu mimořádných stavů vědomí, které psychiatr českého původu MUDr. Stanislav Grof zahájil v 60. letech v bývalém Československu a ve kterém pak pokračoval v USA (Grof, 2007(b)). Počátečním impulsem byl oficiální zákaz experimentování s psychotropními látkami, jako byla například LSD, které se původně používalo při terapii (Nezbeda, 2003).



MUDr. S. Grof

Holotropní dýchání má v konečném efektu podobné účinky jako droga, ale nedevasuje organismus (Nezbeda, 2003). Podle PhDr. V. Buriánka (in Krušinová, 1995) je holotropní dýchání méně nebezpečnou formou průniku do zvláštního světa na základě určité intoxikace organismu. Technikou holotropního dýchání se podle S. Grofa (2002) otevírá oblast psychiky, kterou Carl Gustav Jung (1875 – 1961), (in Grof, 2002), nazval „*kolektivní nevědomí*“. Podle MUDr. Prokopa Remeše (in Krušinová, 1995), lékaře z psychiatrické léčebny v Praze – Bohnicích, je touto metodou razantnost průniku do psychiky zvláště silná. Účinky holotropního dýchání mohou být podle něho dlouhodobé, jen se musí dobře zpracovat.

Metoda využívá zrychleného dýchání, evokativní hudby a cílené práce s tělem (body work), která pomáhá uvolnit zbytky bioenergetických a emočních bloků a vyvolat vysoce intenzivní holotropní stavy vědomí. Slučuje v sobě poznatky z moderního výzkumu vědomí, hlubinné psychologie a různých spirituálních praktik. Nejde primárně o léčebnou metodu, ale o cestu sebepoznávání, o oslovení duchovní roviny v člověku (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.1 Holotropní vědomí

Holotropní stavy vědomí S. Grof (2007 (a)) vydělil z mimořádných stavů vědomí. Holotropní znamená v překladu směřující k celistvosti (z řeckého holos-celek a trepein – pohybovat se směrem k něčemu). V běžných stavech vědomí nejsme ve skutečnosti celiství, jsme fragmentovaní a ztotožňujeme se pouze s malým zlomkem toho, čím opravdu jsme (Grof, 2002). Holotropní stavy umožňují člověku přístup ke všem rovinám lidských

prožitků, umožňují poznávat kořeny našeho neproduktivního chování, které jsou v tomto procesu uvolňovány a transformovány. Během holotropních stavů dochází k velmi hluboké a kvalitativní změně vědomí, které však není hrubě porušeno, jako je tomu u organických psychóz nebo delirií. Zážitky, které vnímáme, přesahují naši obvyklou zkušenost času, prostoru a hranic ega, poskytují rozšířený pohled na sebe sama v nových souvislostech spirituálního uvědomění. Prožíváme jiné rozměry bytí, ale současně jsme schopni se plně orientovat v časoprostoru a neztrácíme zcela kontakt s běžnou skutečností (Grof, 2002). Prožíváme tedy současně dvě velmi rozdílné reality. Holotropní stavy jsou charakterizovány poměrně dramatickými změnami vnímání ve všech smyslových oblastech. Naše vizuální pole, při zavřených očích, mohou zaplavovat obrazy a výjevy nejen z vlastního života, ale také z individuálního a kolektivního nevědomí. Můžeme pozorovat a prožívat různé výjevy z říše zvířat a rostlin, z celé přírody či kosmu. Můžeme vnímat různé zvuky, tělesné vjemy, vůně a chutě. Dále se s holotropními stavy pojí celé spektrum emocí, které můžeme prožívat, a které, co do své povahy a intenzity, přesahuje rámec běžných prožitků. Pozoruhodnou součástí holotropních stavů je i jejich účinek na procesy myšlení. V tomto stavu se nebudeme moci příliš spoléhat na úsudky ohledně běžných praktických činností, zato můžeme být zaplaveni pozoruhodně přesnými informacemi, vhledy, týkajícími se přírody, vesmíru, našich emočních potíží a mezilidských vztahů, jež výrazně přesahují naše vzdělání a intelektuální založení. Můžeme prožívat zážitky psychické smrti a znovuzrození, pocity jednoty a ztotožnění s jinými lidmi, přírodou, vesmírem a Bohem (Grof, 2007 (b)).

MUDr. Prokop Remeš (in Krušinová, 1995) by zážitky lidí interpretoval jako fantazijní zpracování informací, které bylo někde přijato a je prožíváno jako vlastní. V mimořádném stavu vědomí jsou do vědomí přinášeny obsahy, které mají silný emoční náboj a jsou proto psychologicky důležité (Grof, Grofová, 1999). Změněný stav vědomí, navozený holotropním dýcháním, lze popsat jako určité zvýšení a otevření lidské vnímavosti pro vnitřní prožitky, i když normální bdělé vědomí zůstává zachováno (Skřivánek, 1995).

Podle S. Grofa (1997) je důležité zdůraznit, že k holotropním stavům v různé časové délce trvání může dojít i samovolně, bez zvláštní zjištěné příčiny a často proti vůli dotyčných osob. Jelikož moderní psychiatrie nečiní rozdílu mezi spirituálními stavy a psychotickými epizodami, bývají lidé, kteří takové stavy prožívají, často diagnostikováni jako duševně nemocní a hospitalizováni a podrobováni supresivní psychofarmakologické léčbě. S. Grof (1999) společně se svojí ženou zjistil, že řada těchto stavů ve skutečnosti představuje psychospirituální krize, jak je pojmenovali a současně věří, že při správné podpoře a přístupu mohou tyto příhody vyústit v emoční a psychosomatické uzdravení, pozitivní proměnu osobnosti a rozvoj vědomí (Grof, Grofová, 1999).

Materialistická věda neponechává spiritualitě ve světě žádné místo, jelikož ji považuje za neslučitelnou s vědeckým světovým názorem. Výzkum holotropních stavů vědomí přináší přesvědčivé důkazy, že spiritualita tvoří přirozenou a legitimní součást lidské psyché i univerzálního řádu věcí (Grof, 2007 (a)). I podle Michaela Harnera (in Grof, 2007(a)) se západní psychiatrie chová etnocentricky, tedy považuje svůj názor na lidskou psychiku a realitu za jediný správný a za druhé kognicentricky, to znamená, že bere v úvahu pouze zážitky a pozorování v běžných stavech vědomí.

2.2.3.2 Léčivá síla dechu

Každý významný psychospirituální systém, usilující o pochopení lidské povahy, již od prvopočátku historie, považoval dech za významný článek spojující tělo, mysl a ducha. Už po staletí je známo, že hluboké změny ve vědomí lze vyvolat technikami, které jsou založeny na dýchání. Jsou to dva krajní způsoby dýchání – intenzivní dýchání (hyperventilace) nebo dlouhodobé zadržování dechu a jejich kombinace (Grof, 2007 (b)).

V holotropním dýchání se praktikuje zrychlení a prohloubení dechu nad obvyklou míru a plné soustředění pozornosti na procesy probíhající v nitru. Obecně platným přístupem je plně důvěřovat vnitřní moudrosti těla (Grof, 2007 (a)).

Podařilo se také opakovaně prokázat pravdivost pozorování Wilhelma Reicha (1897 – 1957), (in Grof, 2007 (b)), že s psychologickým odporem a obranným mechanismem se pojí omezené dýchání. Dýchání je autonomní funkcí a může být ovlivněno vůlí. Výsledkem, který je typický pro zvýšení tempa dýchání a jeho prohloubení, je uvolnění psychických obranných mechanismů a vynoření se nevědomého a nadvědomého materiálu do vědomí (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.3 Průběh holotropní terapie

Při holotropním dýchání se setkáváme s pozicí toho, kdo dýchá (breather), toho kde sedí u dýchajícího (sitter) a toho, kdo řídí průběh holotropního dýchání (facilitátor), (Krušinová, 1995). Sezení se obvykle konají ve skupinách, kde účastníci pracují v párech a střídají se v roli dýchajících a dohlížejících. Na proces dohlíží školení instruktoři, kteří účastníkům pomáhají, kdykoli je potřeba (Grof, 2007 (b)).

Průběh i charakter holotropního procesu je u každého člověka jiný, ale také stejný člověk prožívá každé sezení jinak. Někteří jedinci se po celou dobu chovají téměř nehybně a tiše, přitom však mohou mít hluboké zážitky. Jiní se naopak projevují energicky a vykazují značnou pohybovou aktivitu. Výrazně se kroutí, třesou, válejí se po podlaze a buší okolo sebe, zaujímají polohy plodu, projevují se jako by zápasili v porodních cestách nebo vypadají a chovají se jako novorozeňata. Zcela běžné se projevují i plazením, plaveckými pohyby, kopáním či šplháním (Grof, 2007 (b)).

Během holotropního procesu je optimálním duševním postojem vstřícnost, otevřenost a ochota prožít s dokonalou důvěrou vše, co se z podvědomí a nadvědomí vynoří. Nejužitečnější strategií je plná přítomnost a poddání se prožitku (Grof, Grofová, 1999).

Holotropní sezení jsou charakteristická širokou škálou emocí. Na jedné straně se objevují pocity nesmírné blaženosti, hlubokého míru, klidu, vyrovnanosti, štěstí, kosmické jednoty nebo extatického vytržení. Na druhé straně se jedinec střetává se sžírajícími pocity viny, situacemi nepopsatelné hrůzy, vražednou agresivitou nebo věčným zatracením. Intenzita těchto neobvyklých emocí je schopna překonat vše, co si člověk může představit nebo zažít v běžném stavu vědomí. Tyto krajní emoční stavy se zpravidla pojí se zážitky, které mají transpersonální či perinatální podstatu (Grof, 2007 (a)).

Uprostřed spektra zážitků, se nachází pásmo méně vyhraněných emočních kvalit, které zahrnuje návaly hněvu, úzkosti, smutku, beznaděje, pocity selhání, méněcennosti, zostuzení, viny nebo znechucení, tedy situace, které více či méně známe z běžného života. Pojí se obvykle s biografickými událostmi, jejichž původ tkví v traumatických vzpomínkách z raného věku, dětství i pozdějšího období života. Pozitivní část tohoto spektra je vyplněna pocity citového naplnění, štěstí, radosti, sexuálního uspokojení a celkově větší chutí do života (Grof, 2007 (a)).

Specifická forma prožitku je závislá na materiálu, který začíná vycházet z nevědomí (Grof, Grofová, 1999). Také se často stává, že se účastníci sezení ocitnou v prožitku, který je ze srdce rozesměje a pobaví. I smích může být hluboce léčivý.

V některých případech zrychlené dýchání nevyvolává žádné tělesné napětí ani obtížné emoce, ale vede přímo ke stavům hlubokého uvolnění, blaženosti, rozpínání a vizím světla. Dýchající může být doslova zaplaven pocity lásky a zažívat stavy mystického spojení s ostatními lidmi, přírodou, celým vesmírem a Bohem. Tyto pozitivní emoční stavy se častěji dostávají ke konci holotropního sezení, poté co bouřlivá a náročná část zážitkového procesu odezní (Grof, 2007 (a)).

Je překvapivé, kolik lidí v naší kultuře se z důvodu hluboce zakořeněné protestantské etiky nebo jiných příčin potýká s obrovskými problémy tyto extatické zážitky přijmout, pokud jim nepředchází těžká práce a utrpení. I tak se často domnívají, že si je nezaslouží a reagují na ně se silnými pocity viny. Je velmi důležité dýchající jedince ujistit, že pozitivní zážitky jsou hluboce léčivé a povzbudit je, aby je bez výhrad přijali jako nečekaný dar (Grof, 2007 (b)).

Občas se však vyskytnou lidé, kteří cítí přetrvávající tělesné nebo emoční potíže. V těchto případech se používá technika „práce s tělem“. Jejím základním účelem je dovést problém do plného vědomí. Dýchající záměrně zdůrazňuje pocit neklidu a terapeut provádí vnější zásah, jako je tlak, či masírování (Grof, Grofová, 1999).

Délka holotropního sezení bývá u každého jedince rozdílná. Z hlediska co nejlepšího zpracování zážitků je nezbytné, aby veškeré neobvyklé zážitky odezněly. I správně vedená práce s tělem může významně napomoci, v závěrečné fázi sezení, k celkovému vyřešení konkrétních emočních a tělesných problémů. Také bezprostřední kontakt s přírodou přináší velice uklidňující a stabilizující účinky, pomáhající vnitřnímu zpracování a přijetí absolvovaného sezení. I voda, ať už v horké lázni nebo v bazénu, jezeře či oceánu, má blahodárny přínos v této souvislosti (Grof, 2007(b)).

2.2.3.4 Hudba při holotropním dýchání

Zvolená hudba by neměla být běžně známa, aby neasociovala příliš konkrétní vzpomínky. Jejím úkolem je umocnění prožitku. Volí se hlasitá a dynamická hudba (Kmuníčková, 1992). Během mimořádných stavů vědomí má dobře a pečlivě zvolená hudba zvláště vysokou hodnotu a plní několik důležitých funkcí (Grof, 2007 (a)),

- pomáhá otevřít dveře do nevědomí,
- mobilizuje emoce, které se pojí s vytěsněnými vzpomínkami, umožňuje jim vynořit se na povrch a usnadňuje jejich vyjádření,.
- zesiluje a prohlubuje léčebný proces,
- dává zážitkům smysluplný rámec,
- vytváří nosnou vlnu, která klientovi pomáhá překlenout se přes obtížné fáze sezení i různé slepé uličky, překonat psychické zábrany, poddat se a uvolnit se,
- překrývá rušivé zvukové projevy jednotlivých účastníků v různých stadiích sezení, mísí se s nimi a vytváří tak dynamický a estetický celek (gestalt), (Grof, 2007 (b)).

Nejdůležitější je plně se otevřít probíhajícímu procesu a nechat hudbu rezonovat v celém těle a reagovat na ni naprosto spontánně a živelně. Je nezbytné dát plný průchod všemu, co hudba probouzí, ať už se jedná o hlasité výkřiky nebo smích, dětské žvatlání, zvířecí zvuky, šamanské zpěvy nebo mluvení neznámými jazyky. Je důležité nekontrolovat a také se nijak nebránit probouzejícím se tělesným podnětům, například smyslným pohybům pánve, třesům nebo intenzivnímu kroucení těla (Grof, 2007 (a)).

Jediné nepřijatelné je destruktivní chování namířené vůči sobě, jiným i celému okolnímu prostředí. Je také nezbytné vzdát se veškeré intelektuální aktivity a nezabývat se odborným hodnocením hudby. (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.5 Cílená práce s tělem

Průběh holotropního dýchání bývá spojen s mnoha motorickými projevy a tím vzniká možnost poranění. Důležitou podmínkou je tedy vhodná místnost s měkkou

podlahou, pokrytou kobercem nebo žíněnkami a vybavenou polštáři, aby jednak zabránily zranění nebo byly použity z pouhé potřeby fyzického kontaktu (Grof, 2007 (b)).

Zrychlené dýchání, ve většině případů, nejprve způsobuje více či méně dramatické psychosomatické projevy. Učebnice zabývající se fyziologií dýchání tuto odezvu označují termínem hyperventilační syndrom. Je to stereotypní vzorec fyziologických reakcí, k nimž patří především křeče v rukou a chodidlech (karpopedální spasmus), (Grof, 2007 (a)). Je chápán jako nutná fyziologická reakce na intenzivní dechovou činnost a je přisuzován změnám, ke kterým dochází v kladině ionizovaného vápníku v krvi (Grof, Grofová, 1999). Hlavním mechanismem, který se uplatňuje při akutní hyperventilaci, je kombinovaný účinek hypokapnie, alkalózy a hyperoxie na mozkové cévy, u kterých vyvolává vasokonstrikci. To se projeví jako úzkost, pocit dušení, pocit lehkosti v hlavě, pocit neskutečnosti, zhoršené vidění, hučení v uších, svalová tuhost, parestézie tváře a končetin (Paleček, 2001).

Tělesné a emoční napětí je možné uvolnit dvěma různými způsoby, z nichž první zahrnuje katarzi a abreakci. Zablokované tělesné energie spojené s různými traumatickými vzpomínkami se vybijí prostřednictvím třesů, kroucení, dramatických pohybů těla, kašláním, dávením a zvracením. Blokované emoce se obvykle uvolňují pláčem, výkřiky, případně jinými formami hlasového projevu. U druhého mechanismu, který může zprostředkovat uvolnění tělesného a emočního napětí, se hluboké tenze, které vystoupily na povrch, projevují v podobě přechodných svalových stahů v různé délce trvání. Jelikož svalová napětí přetrvávají po určitou delší dobu, organismus spotřebuje obrovské množství blokované energie, čímž se jich zbaví a zjednoduší svůj způsob fungování. Po dočasném zesílení starých nebo objevení latentních tenzí, se zpravidla dostavuje hluboké uvolnění a organismus se postupně navrácí do běžného stavu vědomí (Grof, 2007 (a)).

Jestliže dýchající stále cítí, že v něm přetrvávají zbytková napětí a nevyřešené emoce, může mu facilitátor nabídnout techniku cílené práce s tělem, která mu pomůže celé sezení lépe uzavřít. Terapeut dýchajícího požádá, aby zaměřil pozornost na oblast svého problému a učinil vše možné pro zesílení sávajících tělesných vjemů. Facilitátor mu pak napomůže vhodným vnějším zásahem tyto pocity ještě více zintensivnit. Přitom je třeba dýchajícího, který zaměřuje svou pozornost do energeticky nabitě problémové oblasti, povzbudit, aby na tuto situaci reagoval zcela spontánně. Tato reakce nemá odrážet vědomou volbu dýchajícího, ale má být plně řízena nevědomým procesem. Až ve chvíli, kdy se facilitátor s dýchajícím shodne, že je proces řádně uzavřen, je možné tuto práci ukončit (Grof, 2007 (a)).

Je však mnoho jedinců, u kterých se hyperventilační syndrom nedostaví, naopak, nastupuje u nich postupná relaxace nebo vnímají intenzivní sexuální pocity či prožívají různé transpersonální zážitky. U jiných se projevuje tenze v různých částech těla, která

zpravidla dosáhne svého vyvrcholení a po něm následuje hluboké uvolnění. S narůstajícím počtem sezení dochází ke snížení celkového objemu svalového napětí i intenzity emocí (Grof, 2007 (b)).

V holotropním dýchání jde tedy o první plné prožití odpovídající emoční a tělesné reakce na traumatickou situaci. V okamžiku, kdy dojde k traumatické události, tak je zaznamenána v organismu, nikoli však vědomě plně prožita, zpracována a integrována. Člověk, který se při dýchání střetne s dříve vytěsněnou traumatickou vzpomínkou, již není například bezmocným a zcela závislým dítětem nebo novorozencem, jako v původní situaci, ale dospělým jedincem. Holotropní stav dotyčnému umožňuje jednat a současně být přítomen ve dvou rozdílných časoprostorových soustavách. Plná regrese v čase mu umožňuje prožít veškeré emoce a tělesné vjemy původní dramatické situace například z perspektivy dítěte a současně v rámci terapie tuto vzpomínku analyzovat a vyhodnotit z pozice dospělého člověka (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.6 Práce s matricemi

Podle S. Grofa (in Krušinová, 1995) nová rozšířená mapa lidské psyché zahrnuje kromě postnatálně biografické úrovně (vrstva vědomí obsahující zážitky od našeho narození až do smrti) a prenatální (od počátku početí do porodu), další dvě transbiografické oblasti. Perinatální (spojenou s porodním traumatem) a transpersonální (zahrnující rodové, rasové, kolektivní a fylogenetické vzpomínky). Právě holotropním dýcháním si můžeme navodit mimořádný stav vědomí, který přináší řadu prožitků z prenatálního vývoje dítěte v těle matky a z porodu, dále prožitky druhých lidí a jejich osudy, prožitky zvířat, rostlin a prožitky kosmického vědomí (Krušinová, 1995).

Nová pozorování odhalují, že kořeny emočních a psychosomatických poruch, které nemají organický základ, sahají mnohem hlouběji jak do perinatální vrstvy tak i do výše zmíněné transpersonální oblasti. Práce s holotropními stavy odhaluje mnoho dalších důležitých léčebných a transformačních mechanismů, které máme k dispozici v momentě, kdy naše vědomí dosáhne perinatální a transpersonální úrovně. Práce s holotropními stavy nabízí radikální alternativu, jež spočívá v mobilizaci hlubinné vnitřní inteligence člověka, která si proces léčby a transformace řídí sama (Grof, 2007 (a)).

Zážitky vycházející z perinatální úrovně nevědomí se projevují ve čtyřech zážitkových vzorcích, které jsou charakterizované určitými emocemi, tělesnými pocity a symbolickými výjevy. Tyto vzorce úzce souvisejí se zážitky, jimiž plod prochází před začátkem vlastního porodu a i v průběhu jeho po sobě následujících tří fází. Zážitky zanechávají v psyché hluboké nevědomé vtisky, která následně významně ovlivňuje další život jedince. Tyto čtyři dynamické vzorce působící v hloubi nevědomí označuje S. Grof (2007) termínem bazální perinatální matrice. Podle S. Grofa (2007 (a)), mohou perinatální

matrice, emočně posílené závažnými zážitky z raného věku, dětství a dalšího období života, hluboce ovlivňovat naše každodenní chování a přispívat k rozvoji různých emočních a psychosomatických poruch.

- **První bazální perinatální matrice** odpovídá stadiu plodu v děloze, kdy člověk cítí jednotu s matkou, je v bezpečí. V prožitcích se objevuje pocit svobody, létání, splynutí s lidstvem. Naopak narušení nitroděložního života se může projevit obrazy nebezpečí pod vodu, znečištění (Grof, 2007 (a)).
- **Druhá bazální perinatální matrice** odpovídá počátku porodu, kdy je plod tlačěn velkou silou děložních kontrakcí ven. Při znovuprožívání této fáze se objevují pocity úzkosti, hrůzy, silné bolesti hlavy, ramen, břicha. Situace je pociťována jako beznadějná, nekonečná. Objevují se pocity viny, osamocení, které mohou dosahovat metafyzických rozměrů. Dlouhé trvání této fáze a provázející komplikace ovlivňují, podle S. Grofa (2007 (b)), v pozdějším životě člověka v jeho rozhodování, překonávání stresu, překážek a jsou hlavní příčinou mnoha depresí. Člověk, který žije pod vlivem této matrice, se stává slepý ke všemu pozitivnímu, co se ve světě i v jeho životě odehrává (Grof, 2007 (a)).
- **Třetí bazální perinatální matrice** odpovídá fázi porodu. Je to období střídání naděje a bezmoci. Ve znovuprožívání tohoto stavu se objevuje velká úzkost, silné sexuální vjemy a potřeba vybojovat „to“. Jelikož se sexuální vzrušení objevuje ve spojitosti s vážným ohrožením života, krajním nebezpečím, úzkostí, bolestí, tvoří podle S. Grofa (2007 (a)), přirozený základ pro rozvoj nejvýznamnějších druhů sexuálních dysfunkcí, odchylek, deviací a perversí. Tato situace se v této matici nejeví tak beznadějná jako v matici druhé a jedinec v ní také není tak bezmocný. Naopak je aktivně zapojen a prožívá pocit, že jeho utrpení má určitý směr, cíl a smysl. Člověk je pozorovatelem všeho, co se děje a současně se může ztotožnit jak s agresorem, tak i s obětí (Grof, 2007 (a)).
- **Čtvrtá bazální perinatální matrice** je spojená se vstupem dítěte do tohoto světa. Nastává prožitek znovuzrození s následnou úlevou. Prožíváme silný nával pozitivních citů k sobě samým, ostatním lidem, přírodě a veškerému bytí. Tento druh uzdravujícího zážitku nastává, pokud konečné stadium biologického narození mělo více či méně přirozený průběh. Pokud porod byl vyčerpávající nebo byl ovlivněn silnými anestetiky, jedná se spíše o pocit pomalého zotavování z nějaké nemoci (Grof, 2007 (a)).

Podle S. Grofa (in Nezbeda, 2003), znovuprožívání těchto matic při holotropním dýchání vede k vyrovnání, k novému sebepoznání a pochopení podstaty života a kosmu.

2.2.3.7 Podpurný tělesný kontakt

Mnoho lidí se ve svém životě setkala se situacemi citového strádání, opuštění a zanedbání, které vyplývají ze závažně neuspokojených anaklitických potřeb (potřeba novorozence i staršího dítěte být hlazen, objímán, utěšován a stát se středem lidské pozornosti). Způsobem, jak toto trauma léčit, je nabídnout korektivní zážitek v podobě podpurného tělesného kontaktu, poskytnutého v holotropním stavu vědomí. Aby tento přístup mohl být účinný, je zapotřebí, aby se jedinec ve svém procesu navrátil až do ranného stadia vývoje. Jinak by nápravné opatření neprobíhalo v rámci vývojového stupně, v němž se trauma odehrálo. Podle okolností a předchozí domluvy může mít tato tělesná podpora podobu pouhého dotyku čela, držení ruky nebo i úplného tělesného kontaktu (Grof, 2007 (a)).

Jedinci jsou schopni se emočně oddělit od svých matek a najít si zralé vztahy, pokud se jim v kojeneckém období a dětství dostane adekvátní mateřské péče. Ti, kteří zažili emoční deprivaci, zůstávají emočně připoutáni a procházejí životem s touhou po nalezení uspokojení primitivních dětských potřeb (Grof, 2007 (a)).

Podpurný tělesný kontakt představuje velmi účinný způsob léčby raných emočních traumat, žádá si však dodržování určitých etických pravidel. Tuto techniku je třeba dýchajícím vysvětlit i náležitě zdůvodnit, ještě před zahájením sezení a získat si tak jejich svolení. Nelze ji uplatňovat bez předešlého souhlasu dýchajícího, který se rovněž nesmí nijak vynucovat. Pokud máme souhlas, není zpravidla nikterak obtížné rozeznat, kdy tuto techniku použít a to v případech, kdy se klient navrátil do raného věku nebo vypadá ztracen a opuštěn (Grof, 2007 (b)).

Tělesný kontakt znamená také velmi citlivou a emočně nabitou záležitost i pro mnohé lidi, kteří ve svém životě prožili trauma způsobené činem (fyzické či sexuální zneužívání, děsivé situace, ničivou kritiku nebo zesměšnění). Tak se často stává, že ti, kteří ho nejvíce potřebují, na něj reagují s nejsilnějším odporem. Někdy trvá poměrně dlouhou dobu, než si facilitátor i skupina získá u takového jedince dostatečnou důvěru, aby tuto techniku přijal a měl z ní patřičný přínos (Grof, 2007 (b)).

Podpurný tělesný kontakt musí uspokojovat výhradně potřeby dýchajícího, nikoli pomocníka (sittera) či facilitátora (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.8 Závěrečná fáze terapie

Pokud je sezení u konce a dýchající se vrací do běžného stavu vědomí, tak se pak po krátkém rozhovoru s facilitátorem odebere do kreslírny, kde má možnost svůj zážitek ztvárnit v podobě mandaly. Mandala doslova znamená „kruh“ nebo „dokončení“. Ke kreslení mandal se nedávají žádné instrukce. Někteří lidé vytvářejí barevné kombinace, jiní geometrické tvary nebo figurativní kresby a malby. Ty mohou představovat jedinou

vizi, kterou měl účastník během sezení nebo několik odlišných úseků. Alternativou kresby mandal může být tvůrčí práce s hlínou, hlavně u lidí, kteří jsou slepí a nemohou mandaly nakreslit (Grof, 2007 (b)).

Obr. č. 3.: Mandala



Posléze v určenou dobu, se dýchající zúčastní sdílení zážitků ve skupině, kde se mandaly využívají jako zdroj informací o jejich zážitcích. Strategie terapeutů, kteří vedou skupinu, je povzbuzovat účastníky k maximální otevřenosti a upřímnosti (Grof, 2007). Ochota účastníků dýchání odhalit obsah svého sezení, včetně různých důvěrných detailů, vede k navázání a upevnění důvěry ke skupině, což pochopitelně prohlubuje, zesiluje a urychluje léčebný proces (Grof, 2007 (a)).

Facilitátor se zdržuje veškeré interpretace popisovaných zážitků. Předkládání zdánlivě definitivních výkladů či interpretací s sebou nese nebezpečí zafixování celého procesu, což může nepříznivě ovlivnit vývoj léčby (Grof, 2007 (a)). Slovo má velkou pozitivní účinnost, může však také svést z cesty a postavit na cestě těžko překročitelnou bariéru. Často člověk pochopí slovo dobře, ale nedokáže podle něho jednat (Kmuníčková, 2002).

Mnohem konstruktivnějším přístupem je klást klientovi relevantní otázky a získat tím další informace z pohledu člověka, který je v této věci nejlepším odborníkem, protože popisuje to, co bezprostředně prožil. Účastníci velice často najdou svá vlastní vysvětlení, která nejvíce odpovídají jejich prožitkům (Grof, 2007 (b)).

Během několika následujících dnů má klient možnost využít širokou škálu doplňkových technik, které mu usnadní zážitky zpracovat a začlenit do celku psychiky (Grof, 2007 (a)).

2.2.3.9 Léčivý potenciál holotropního dýchání

Dlouhodobé a zrychlené dýchání způsobuje tedy chemické změny v organismu, které umožňují, aby se blokové tělesné a emoční energie, spojené s různými traumatickými vzpomínkami, uvolnily a dostaly prostor pro vnější vybití a zpracování. Tím dříve vytěsněný obsah vzpomínek vystoupí na povrch vědomí a může být integrován. Jedná se tedy o velice léčivý proces (Grof, 2007 (a)).

Jak uvádí O. Nezbeda (2003) je holotropní dýchání určeno prakticky pro všechny věkové skupiny a jde o sebeozdravný proces, který pomáhá dlouhodoběji přetvářet některé životní postoje, které činí život spokojenější a vzbuzuje touhu na sobě pracovat. Pomáhá odstraňovat neurotické příznaky a postoje, které člověku škodí. Dále podporuje obranu imunitního systému.

Podle MUDr. Prokopa Remeše (in Krušinová, 1995) by holotropní dýchání mohlo v rukách odborníka fungovat jako případná psychoterapeutická metoda.

Holotropní terapie je přirozenou cestou, která bez použití látek organismu cizích poskytuje účinnou pomoc u značné části lidských obtíží, ať již spadají do oblasti příznaků nemocí nebo do oblastí jiných těžkostí života (Kmuníčková, 2002).

Holotropní dýchání je přirozená metoda, využívající skrytých možností našeho těla a psychiky, která zprostředkovává přístup k nejhlubším prožitkům lidské psychiky (Badoučková, 2002).

Holotropní dýchání se začíná používat v psychoterapii jako doplňková léčba různých závislostí, hráčství, kouření, závislosti na televizi, na práci, na drogách, čímž se holotropní dýchání stává nástrojem prevence (Badoučková, 1997).

Jak účastníci seminářů vypovídají, zlepšení, kterého docílili během několika dýchání, se jim nepodařilo dosáhnout i po několika letech trvající verbální terapii. K radikální změně může dojít i v průběhu několika hodin. Mnozí klienti se vymanili i z několik let trvajících depresí, překonali různé fobie, zbavili se sžíravých iracionálních pocitů a výrazně posílili důvěru i úctu k sobě samým. Rovněž bylo zaznamenáno bezpočet případů vymizení prudkých psychosomatických bolestí včetně migrén, také radikálního a trvalého zlepšení nebo dokonce úplného vyléčení psychogenního astmatu. V mnoha případech holotropní dýchání vedlo k dramatickým zlepšením somatických stavů, které jsou v lékařských učebnicích popisovány jako nemoci organického původu. V důsledku bioenergetického odblokování, rozšíření cév a následného zlepšení krevního oběhu v odpovídajících oblastech, došlo například k vyléčení chronických infekcí (zánětů dutin, hltanu, průdušek a močového měchýře). Nevysvětlenou záležitostí zůstává doposud zpevnění kostí u jedné ženy trpící osteoporózou, které bylo zaznamenáno v průběhu holotropního výcviku. U některých lidí, trpících Raynaudovou nemocí, poruchou projevující se chladnými dlaněmi a chodidly, kterou doprovázejí změny kůže, bylo

pozorováno plné obnovení periferního krevního oběhu. V několika případech holotropní dýchání vedlo k výraznému zlepšení artritidy. Dále bylo zaznamenáno zlepšení pokročilých příznaků Takayasuovy arteritidy, která je charakterizovaná posupujícím uzavíráním tepen v horní části těla (Grof, 2007). Metoda působí příznivě i u chronických žaludečních, žlučkových nebo kloubních potíží (Kmuníčková, 1992).

Smyslem holotropní terapie je změna osobnosti v kladném smyslu a nalezení pocitu vnitřního naplnění. Při opakovaném holotropním dýchání člověk dosahuje hluboce přetvořeného vnímání a výrazně se zvyšuje jeho schopnost komunikace, překonávání překážek sociálního cítění a mobilizují se kreativní aspekty jeho osobnosti. Holotropní dýchání představuje vysoce hodnotnou formu terapie a sebeobjevování. Lidé se stávají vnímavější a pozornější k sobě a ke všemu, co nás obklopuje (Grof, 2007 (b)).

Semináře holotropního dýchání mohou prospět lidem zajímavým se o sebepoznání a práci na sobě, hledajícím smysl života, snažícím se o zbavení závislosti, hledajícím prevenci před závislostí, vyrůstajícím v neharmonických rodinách a prostředí, pracujícím s druhými lidmi, prožívajících krizové stavy, toužících otevřít nebo posílit svoji uměleckou nebo jinou tvořivost (Badoučková, 2002). Lidé v holotropní terapii často docházejí k závažnému citovému poznání o sobě samých i o okolí, rychle a intenzívně, aniž by k tomu potřebovali slova svoje nebo terapeuta (Kmuníčková, 1992). Holotropní zážitky odstraňují pocity odcizení a naopak vytvářejí pocit sounáležitosti, naplňují člověka silou, radostí a krásou. Pomáhají znovu objevovat duchovní rozměry našeho bytí. Zvyšují toleranci ke druhým lidem a snižují agresivitu. Přinášejí větší porozumění životním situacím a můžou pomoci řešit určité životní problémy (Skřivánek, 1995). Holotropní dýchání, jak tvrdí Zdena Kmuníčková (in Gregorová, 2003) pomáhá dlouhodoběji přetvářet některé životní postoje, které činí život spokojenějším a vzbuzuje touhu na sobě dále pracovat (Gregorová, 2003). Díky holotropnímu dýchání Jitka Badoučková (1997) pochopila, že život je velký dar, kterého si máme vážit. Nemáme se neustále zabývat otázkou, proč žijeme, jaké je naše poslání, ale těžit z toho, že jsme byli obdarováni životem. A s tímto darem, který není dán hned tak někomu, máme nakládat, jak nejlépe umíme a dokážeme. MUDr. Jana Dudová (in Krušinová, 1995) se domnívá, že ji holotropní dýchání přiblížilo k normálnímu životu. Její život se prohloubil a zintenzívil se vztah mezi ní a jejím tělem. Začala si uvědomovat, že skrze naše tělo a duši, tady zažíváme jedinečnou příležitost něčemu se naučit, něco pochopit, něco poznat a hodně se radovat. Holotropní dýchání ji přiblížilo ještě k dalším rozměrům skrze zážitky sjednocení s druhým člověkem. Nyní již tolik nevnímá rozdíl mezi sebou a druhým člověkem, i když je samozřejmě každý ve svém těle. Má jiný úhel pohledu. Má pocit, že všichni pracujeme na jednom společném díle a z toho plyne pocit úcty k člověku, pocit díky vůči člověku. Žasne nad zázrakem života kolem nás. Otevřela se jí duchovní oblast

vyšších hodnot a nahlíží na svět, jako na dokonalý, plný moudrosti. Holotropní dýchání jí pomohlo nalézt vztah k sobě samé, ke světu, k ostatním lidem, k přírodě a k tomu, kdo je nad námi. Lidé jsou po terapii jiní, snad čistší, obohaceni o poznání. Přiblížili se k tomu pravému člověku v nás (Skřivánek, 1995).

Člověk získá podstatně vyšší schopnost radovat se ze života a ocenit všechno, co poskytuje, tedy získávat uspokojení z každé okamžité situace a mnoha každodenních činností, jako je uspokojení z jídla, prostého lidského kontaktu, z práce, sexu, umění nebo procházek přírodou. Nejvyšším měřítkem životní úrovně je tedy kvalita prožívání života a nikoliv množství dosažených cílů nebo hmotného vlastnictví (Grof, 2000).

Holotropní terapie nám může být i cestou vykročení z bludného kruhu, v něm člověk vidí druhé jako soupeře a v přírodě nepřátelskou sílu, kterou je třeba přemoci a ovládnout, což jak ukazuje i věda a technika, je spolehlivý návod k planetární sebevraždě. Ukazuje se i jako perspektivní technika převýchovy zločinců a tím nástrojem zmírnění agresivity a násilí, jež hýbou světem (Badoučková, 2002).

Sedící také často líčí, jakým hlubokým zážitkem pro ně bylo pomáhat druhým v roli pomocníka a jak moc se z toho naučili (Grof, 2007 (b)).

V holotropní terapii vidíme otevření dveří do šetrné, citlivé medicíny třetího tisíciletí, chápající člověka jako nedělitelné sepětí tělesna a duševna ve všech transpersonálních souvislostech (Kmuníčková, 2002).

2.2.3.10 Fyziologické mechanismy působící během holotropního dýchání

Zrychlené dýchání přivádí do plic vyšší objem vzduchu a tudíž i kyslíku, ale současně také vylučuje kysličník uhličitý a způsobuje tak smršťování cév (vasokonstrikci) v určitých částech těla. Tím, že poklesne obsah kysličníku uhličitýho v krvi, dochází ke zvýšení zásaditosti krve (pH) a v zásaditém prostředí se do tkání přenáší relativně menší objem kyslíku. Tím se aktivuje homeostatický mechanismus, který působí opačným směrem, to znamená, že ledviny, aby tuto změnu kompenzovaly, začnou vylučovat zásaditější moč. Mozek, je jednou z oblastí těla, která má tendenci na zrychlené dýchání reagovat vasokonstrikcí. Situace se stává poněkud složitější, protože výše objemu výměny plynů nezávisí pouze na rychlosti dechu, ale také na jeho hloubce. Mozková kůra je obecně citlivější na různé vlivy, než je tomu u starších částí mozku a tato situace zřejmě způsobuje útlum korových funkcí a zesiluje aktivitu archaických oblastí, čímž dává větší průchod nevědomým procesům. Podle S. Grofa (2007 (a)) je od popisu fyziologických funkcí probíhajících v mozku k objasnění nesmírně bohaté palety jevů vyvolaných holotropním dýcháním, hodně dlouhá cesta. Jelikož jedinec získává prostřednictvím mimosmyslového vnímání přístup k novým a přesným informacím o

vesmíru, odhaduje, že tyto obsahy nejsou uloženy v mozku (Grof, 2007(a)). I Aldoux Huxley (1894 – 1963) (1996) dospěl k závěru, že náš mozek nemůže být zdrojem těchto zážitků, ale že, funguje jako ventil, který nás chrání před nekonečnou záplavou kosmických obsahů. Jeho myšlenku plně podporují některé hypotézy předních vědeckých kapacit, např. teorie „*paměti bez hmotné podstaty*“ von Foerstera, „*morfogenetických polí*“ Sheldrakea a „*pole psi*“ Laszla, které tak zvyšují její věrohodnost (Grof, 2007 (a)). Rupert Sheldrake (1990) konkrétně poukazuje na skutečnost, že současná věda nemá žádné přesvědčivé důkazy o tom, že by naše paměť byla omezena hranicemi mozku.

2.2.3.11 Holotropní dýchání a jiné léčebné metody

Technika holotropního dýchání je nesmírně jednoduchá ve srovnání s tradičními formami verbální psychoterapie. Je zde kladen mnohem menší důraz na techniku, jako takovou, než v mnoha jiných požitkových metodách. Jde spíše o využití spontánních ozdravných sil, které se probouzí v mimořádných stavech vědomí a využití jejich vnitřní moudrosti (Grof, Grofová, 1999).

Za skutečný zdroj uzdravení je v holotropním modelu považován klient a je povzbuzován k jeho uskutečňování a k rozvíjení pocitu schopnosti a nezávislosti. Jedině on sám má přímý přístup ke svým prožitkům, jež poskytují všechna vodítka. Jen klient může odhalit hluboké kořeny symptomů, střetnout se s nevědomým materiálem, propracovat se tím a informovat terapeuta o tom, co vyzoroval a zjistil (Grof, Grofová, 1999).

Emoční a psychosomatické poruchy, jejichž určité stránky jsou spojeny se zablokovanou emoční a tělesnou energií, si žádají zážitkový přístup, tudíž jejich ovlivnění verbální terapií znamená jen ztrátu času. Také ke kořenům emočních problémů, které se nacházejí v perinatální nebo transpersonální oblasti, není možné se dostat prostřednictvím terapie, která se omezuje pouze na slovní prostředky (Grof, 2007 (b)).

Slovní metody terapie (verbální terapie) naopak mohou být podle S. Grofa (1997) významným doplňkem hlubinných zážitkových sezení, který klientovi pomáhá, aby si obsahy z holotropních stavů, ať už se jedná o biografické trauma, sledy perinatálních scén nebo hluboké transpersonální zážitky, mohl úspěšně zařadit do běžného života (Grof, 2007 (a)). Dále k vytříbení vhledu do holotropního zážitku a pochopení jeho obsahu může výrazně napomoci tvarová terapie Fritze Perle nebo jungiánská hra v písku podle Dory Kalffové (Grof, 2007 (b)).

Jestliže zážitek uvolnil nadměrné množství zablokované tělesné energie, může být řešením správně vedená práce s tělem v kombinaci s tělesným cvičením, během, plaváním, expresivním tancem a dalšími formami tělesné aktivity. Dále můžeme využít vyjádření malbou, psychodrama Jacoba Morena, desenzibilizaci pomocí očních pohybů.

Tato léčebná paleta může člověka časem dovést nejen k emočnímu a psychosomatickému uzdravení, ale také k pozitivní a přitom trvalé proměně osobnosti (Grof, 2007 (b)).

2.2.3.12 Role terapeuta při holotropním dýchání

Původní řecký význam termínu terapeut je „*osoba asistující procesu uzdravení*“ a toto je hlavní náplň terapeuta při průběhu holotropního dýchání, kdy terapeut spolupracuje s přirozenými ozdravnými silami (Grof, Grofová, 1999).

Role terapeuta má v procesu léčby skutečně zásadní význam. Vedle zvládnutí certifikovaného výcviku, který nelze ničím nahradit, by se měl vyznačovat i osobností, z níž lidé cítí bezpečí. Měl by vyzařovat lidskou hřejivost, láskyplnost a vlídnost. Psychická nevyváženost, agresivita a konfliktnost zde nemají místo. Terapeut se také nesmí nechat strhnout ke kontaktům se sexuálním podtextem, i kdyby účastník sám něco takového žádal. I když je skupina malá, nesmí vést seminář sám. Nesmí se dopustit hrubého neošetření případu, který v následujících hodinách či dnech potřebuje odbornou péči (Badoučková, 1997).

Terapeut nemusí mít znalosti spočívající v hlubokém rozumovém pochopení terapeutického procesu holotropního dýchání. Jeho síla spočívá v jeho schopnosti nepodmíněně podpořit a posílit u druhých lidí dramatický prožitkový proces, i když zahrnuje krajní emoce, nezvyklé tělesné symptomy a nesnadno pochopitelné prožitky. Nezdůrazňuje se brilantní vhled a interpretace terapeuta nebo standardní tělesné zásahy či manipulace. Důležitá je schopnost být druhému nápomocen, důvěřovat vnitřní moudrosti ozdravných sil organismu a podpořit, bez souzení a dokonce bez rozumového pochopení, ať se děje cokoli, to je klíčem k účinné holotropní práci. Tato schopnost terapeuta může vzejít pouze z osobní bohaté zkušenosti s mimořádnými stavy vědomí a z opakovaného zažití takových stavů u druhých lidí (Grof, Grofová, 1999).

2.2.3.13 Centra / terapeuti HD

Po celém světě působí více než 500 vyškolených instruktorů HD, z čehož nejvíce terapeutů praktikuje HD ve Skandinávii. Publikace zakladatele HD, Stanislava Grofa, jsou rovněž vydávány v zahraničí, např. v Dánsku (5 milionů obyvatel) bylo vydáno již devět titulů S. Grofa. V českém jazyce bylo vydáno minimálně třináct knih S. Grofa a jeho ženy (v originále či překladu).



Obr. 4.: Centra praktikující holotropní dýchání v ČR. Značky udávají počet psychologů v daném regionu.

2.2.3.14 ***Kritika holotropního dýchání***

Jak ve svém článku uvádí Adam Suchý (2000), odpůrců holotropního dýchání je mnoho, k tomu přispívají i média, která mají tendenci celou záležitost skandalizovat, takže techniky holotropního dýchání působí nebezpečně, dramaticky a vyšinutě. Rizikem může také být nedostatečná kvalifikace provozovatelů holotropní terapie a domácí samoukové. Holotropní dýchání by se nikdy nemělo provádět bez odborného dohledu. Pokud by se například objevilo trauma opuštěnosti či pocit nechtěného dítěte, bolestná vzpomínka bude místo nové korigující zkušenosti citové opory, poskytnuté kolegy, ještě více posílena další situací typu jsem opuštěný a sám (Badoučková, 1997).

Akademická obec vykládá prožitky během holotropního dýchání jako psychotické halucinace (Nezbeda, 2003). Podle MUDr. Michaela Vančury (in Benda, 1997) argument proti metodám vedoucím ke stavům změněného vědomí bývá v tom, že jsou spouštěčem psychospirituální krize, která by spontánně nenastala. On by naopak holotropní dýchání lidem, kteří mají tendenci k psychospirituální krizi, doporučil. A dále jim také nabízí bezpečnou hospitalizaci na oddělení RIAPS. Podle něho (in Benda, 1997) je celá transpersonální psychologie o práci s egem. Když člověk začne na sobě pracovat, tak ego ustupuje do pozadí. Člověk víc používá Self, je méně agresivní a méně se prosazuje.

Podle PhDr. V. Buriánka (in Krušinová, 1995) chybí v holotropním dýchání prvek reality, toho, v čem člověk žije, kde musí právě stát na vlastních nohou. A právě propracování niterných vizí s realitou v holotropním dýchání není. Aby měla psychoterapie smysl, tak se musí dotýkat existence člověka v tomto světě. Holotropní dýchání neřeší vztahy s konfliktní realitou, pokud v ní člověk žije a kterou musí řešit po návratu z terapie. Někteří pacienti hledali zážitek spolu se splněním svého přání, ale návrat do konkrétní a ohrožující reality pak vedl ke zhoršení psychického strádání ve směru bezmoci a deprese. Buriánek sám ale nezná případ závislosti na holotropním dýchání. Holotropní dýchání je tedy třeba chápat jako zážitek a novou zkušenost, nikoliv jako psychoterapeutickou metodu. Psychoterapie má podle něho (in Krušinová, 1995) přivést člověka k tomu, aby si lépe rozuměl, věřil si při řešení životních konfliktů a mohl prožívat uspokojení ze života nsvázaného úzkostí.

2.2.3.15 Potenciální zdravotní rizika holotropních praktik

Lékařská veřejnost vidí nebezpečí holotropní terapie ve škodlivém vlivu na mozkové buňky, během holotropního procesu hyperventilace. Podle MUDr. Prokopa Remeše (in Krušinová, 1995), může vzniknout i závislost na holotropním dýchání. MUDr. Jana Dudová (in Krušinová, 1995) uvádí, že jde o to být závislý na co nejvyšších životních hodnotách.

Michael Vančura uvádí (in Benda, 1997), že hraniční osobnosti a psychotici mohou být při holotropním dýchání poškozeni. On sám se snaží tyto osobnosti na dýchání nebrat.

Podle MUDr. S. Kudrle (osobní sdělení, 2010) nejsou semináře určeny lidem závažně nemocným, jelikož zážitky v dýchání mohou být často emočně i fyzicky náročné. Tedy lidem s nemocemi kardiovaskulárního systému, s hypertenzí, s epilepsií, s glaukomem, s astmatem, s cévním aneurysmatem a se závažným duševním onemocněním. Překážkou je také těhotenství nebo užívání alkoholu či jiných návykových látek.

Podle Zdeny Kmuníčkové (1992) techniku holotropního dýchání nemohou podstoupit zájemci, kteří mají organickou chorobu mozku nebo jsou vážně duševně nemocní. Účasti rovněž brání akutní tělesná porucha, infekce, stav po operaci, nebo silné menstruačním krvácení. Je třeba mít zdravé srdce, plíce a ostatní vnitřní orgány.

3. STUDIE (PRAKTICKÁ ČÁST)

3.1 Metodika

3.1.1 Rozhovory s terapeuty HD

Hlavním cílem pohovorů s terapeuty bylo zjistit, s jakým hlavním motivem přicházejí klienti na HD, v čem jim HD může pomoci a jestli jim může i ublížit. Dále komu osobně terapeuti absolvování této metody doporučují a komu nedoporučují. Další otázky směřovali na vlastní práci terapeutů během terapie a jejich vlastní zkušenost s prožitky navozenými psychedelickými látkami (LSD, houbičky aj.), v porovnání s prožitky při holotropním dýchání. Některé otázky byly pokládány pokud možno všeobecně, aby měli terapeuti prostor pro rozvíjení svých myšlenek a prezentaci zkušeností, v některých specifických případech byly otázky naopak formulovány pokud možno úzce a přímo. Základní otázky jsou uvedeny v příloze č. 1. s názvem Otázky k diplomové práci – terapeut.

3.1.2 Metodika sběru, zpracování a analýzy dat

V této studii byl použit kvalitativní/ semikvantitativní výzkum v kombinaci s kvantitativní metodou – osobnostním inventářem, použitým pro definování osobnostních charakteristik účastníků studie. Data byla zpracována v MS Office Excel 2003.

Původní záměr byl navázat blízkou spoluprací alespoň s jedním ze čtyř oslovených terapeutů a pomocí Dotazníku životní spokojenosti – český překlad a úprava: Kateřina Rodná a Tomáš Rodný – se pokusit zmapovat změnu v životní spokojenosti klientů před terapií a po ní, tato varianta však byla po konzultaci s psychoterapeuty uznána nevhodnou z etického hlediska, neboť po intenzivním prožitku není vhodné klienty rušit v jeho následném zpracování a dožívání pocitů. Takže od původního záměru bylo upuštěno a klienti byli osloveni po absolvování holotropního dýchání, v době, kdy již měli příležitost zpracovat daný prožitek.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké byly nejčastější motivace klientů k absolvování techniky HD?
- 2) Jak se změnil vztah respondentů k sobě a jiným lidem po absolvování této metody?
- 3) Jak se změnilы hodnoty, postoje, myšlenky respondentů po absolvování terapie?

Metody získávání dat

1. Polostrukturovaný rozhovor
2. Standardizovaný osobnostní inventář

ad 1/ Cílem polostrukurovaného rozhovoru bylo získat od respondentů co nejvíce informací, týkající se dané výzkumné oblasti. Respondenti měli k dispozici předem připravený seznam otázek, ale též prostor pro vlastní vyjádření se k tématu. Kompletní seznam otázek je uveden v příloze č.2. Otázky byly voleny otevřené v případě, že byla očekávána odpověď, již bylo možné kvantifikovat a uzavřené tam, kde se odpovědi klientů přímo týkaly výzkumného cíle a poskytovaly prostor pro širší rozvinutí tématu.

Ad 2/ **NEO-PI-R – NEO osobnostní inventář**

(podle NEO-PI-R P.T. Costy a R.R. McCraee), Česká standardizace: Martina Hřebíčková, vydalo: Testcentrum, Praha, 2004

Forma: S 2 – sebesouzení

NEO inventář zjišťuje pět obecných vlastností každé osobnosti. Odpovědi na jednotlivá tvrzení v inventáři vyjadřují jejich názory, pocity a cíle, které jsou porovnávány s odpověďmi jiných mužů a žen srovnatelného věku, když charakterizují svoji osobnost, tedy s určitou danou normou. NEO inventář nezjišťuje inteligenci nebo schopnosti a není ani určen ke zjišťování psychických poruch. Poskytuje informace o tom, jak klienti obvykle přemýšlí, zjišťuje jejich prožívání. Inventář pracuje s pěti škálami:

1/ Škála N: Neuroticismus.

Zjišťuje míru přizpůsobení nebo emocionální nestabilitu, neuroticismus. Rozlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání a k nereálným ideálům od jedinců vyrovnaných a vůči psychickému vyčerpání odolných.

2/ Škála E: Extroverze.

Zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivace, potřebu stimulace.

3/ Škála O: Otevřenost vůči zkušenosti.

Zjišťuje aktivní vyhledávání nových zážitků, toleranci k neznámému a jeho objevování.

4/ Škála P: Přívětivost.

Zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech.

5/ Škála S: Svědomitost.

Zjišťuje individuální úroveň při organizaci, motivaci a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování. Odlišuje spolehlivé, na sebe náročné lidi od těch, kteří jsou lhostejní a nedbalí.

Cílová skupina: muži: 22–83 let, ženy: 22–83 let

Norma: Hodnota T-skóru: 35 – 65

Inventář obsahuje 240 výpovědí.

Alternativy odpovědí:

1/ Vůbec nevystihuje

2/ Spíše nevystihuje

3/ Neutrální

4/ Spíše vystihuje

5/ Úplně vystihuje

3.1.3 Etické otázky a způsob jejich řešení

Účast respondentů ve studii byla zcela dobrovolná, klienti odpovídali v dotaznících anonymně ani v průběhu studie nebyla shromažďována data vedoucí k jejich identifikaci. Respondenti měli kdykoli možnost od studie ustoupit bez udání důvodu, případně požádat o vyřazení již poskytnutých dat ze souboru. Průběh studie byl navržen s maximální ohleduplností k soukromí respondentů a snahou interferovat co nejméně s průběhem jejich terapie, jež je považována za vysoce intimní záležitost. V průběhu studie nebyly zaznamenány žádné negativní připomínky ze strany respondentů.

3.2 Vyhodnocení dat

3.2.1.1 Charakteristika terapeutů

Celkem byli osloveni 4 terapeuti, kteří pracují s metodou holotropního dýchání. Z toho 3 terapeuti absolvovali výcvik v této metodě vedený přímo Stanislavem Grofem a mají od něho udělený certifikát na práci s touto metodou. Všichni terapeuti jsou vysokoškolsky vzdělání. Dva z nich jsou psychiatři a dva z nich psychologové. Délka jejich praxe se pohybuje mezi 25 let až 45 lety. Ve své práci kromě HD využívají i další terapeutické techniky a metody, jako například individuální a skupinovou psychoterapii, párovou terapii, verbální terapii, rodinné konstelace, terapii pevným objetím, hypnózu, imaginativní a další prožitkové a zážitkové techniky. Pracují také s dětmi a někteří se orientují i na rodinné poradenství. Za dobu trvání jejich praxe pracovali již s tisíci klientů.

3.2.1.2 Centra / terapeuti HD, kteří vedli terapii HD

V této studii se podařilo navázat spolupráci se třemi psychoterapeuty. Klienti absolvovali sezení u čtyř různých terapeutů, dva klienti, kteří prošli holotropním dýcháním opakovaně, měli zkušenosti ze dvou i více center. Respondenti absolvovali terapii v centru A (3 klienti), B (1 klient), C (4 klienti, z toho jeden měl předcházející zkušenosti i z centra A a jeden klient z centra D a z dalších center blíže nespecifikovaných).

3.2.1.3 Charakterizace skupiny klientů

Klienti byli kontaktováni na doporučení terapeutů a jiných klientů. Klienti byli osloveni osobně nebo zprostředkovaně terapeuty a byl jim předložen standardizovaný osobnostní test a dotazník mapující jejich zkušenost s holotropním dýcháním. Validní data byla získána od deseti klientů ve věku 24 – 51 let (medián věku 40 let), z nichž bylo 5 (50 %) žen a 5 (50 %) muži. Vzdělání klientů bylo středoškolské v šesti případech (60 %) a vysokoškolské ve čtyřech případech (40 %). Ve skupině byli rozvedení (40 %), ženatí/vdané (20 %), i svobodní (40%) klienti. Mezi klienty nebyl nikdo nezaměstnaný, 90 % klientů mělo zaměstnání (50 % osob bylo samostatně výdělečně činných), jeden klient studuje VŠ. Nikdo z klientů nenavštěvoval, ani v minulosti, pravidelně psychologa. Primární motivací k absolvování HD terapie byla zvědavost a touha po poznání/sebepoznání a osobním rozvoji. Stručná charakteristika klientů je uvedena v tabulce 1.

Tab. č. 1: Obecná charakteristika respondentů.

Klient	Věk	Vzdělání	Rod. stav	Domácnost	Zaměstnání	Studium	Náplň práce
Z1	24	SŠ	svobodná	partner	0	VŠ	0
Z2	51	SŠ	rozvedená	sama	OSVČ	0	0
Z3	39	SŠ	vdaná	rodina	OSVČ	0	0
Z4	42	SŠ	svobodná	sama	OSVČ	VŠ	0
M1	25	VŠ	svobodný	sám/partnerka	ano	0	lektor
M2	51	VŠ	ženatý	rodina	OSVČ	0	0
M3	42	SŠ	rozvedený	partnerka	OSVČ	0	ředitel
M4	42	VŠ	rozvedený	sám	ano	0	manažer projektů
Z5	40	VŠ	rozvedená	s dětmi	ano	0	obchod. koordinátor
M5	39	SŠ	svobodný	sám	OSVČ	0	lektor

3.2.2 Poznatky z rozhovorů s terapeuty – přínos (nové úhly pohledu) pro práci s daty získanými od klientů

Přínosem rozhovorů s terapeuty bylo v rámci výzkumu zjištění celkového náhledu na tuto terapii z hlediska praxe odborníků, kteří s touto metodou již desítky let pracují. Důležitým zjištěním bylo jejich zhodnocení terapie v kontextu pomoci klientům, jejich doporučení a nedoporučení terapie klientovi a zjištění jejich názoru na možné psychické poškození nebo zklamání z průběhu terapie. Zajímavým zjištěním bylo přirovnání zážitků

při holotropním dýchání k zážitkům vyvolaným LSD, lysohlávkami a jinými halucinogenními drogami.

Důležitým přínosem poznatků pro práci s daty získanými od klientů, bylo zjištění, že podle terapeutů je hlavní motivací účastníků, kteří přicházejí na HD, chuť něco změnit ve své osobnosti, v důsledku určitých psychických potíží, dále pracovat na svém vnitřním rozvoji, a třetím nejčastějším motivem je zvědavost.

Smyslem holotropního dýchání je dle terapeutů působit na různé emoční a psychosomatické poruchy a naučit klienty způsobu, jak žít zdravě, šťastně a tvořivě. Dle vyjádření terapeutů může HD pomoci při nejrůznějších duševních obtížích a při zvládání všeho, co člověka během života potkává. Terapie by měla být prospěšná zejména lidem, kteří vyrůstali v dysfunkčních rodinách nebo kteří prožívají krizové změny v životě (rozvod, úmrtí bližního, ztráta zaměstnání apod.), těm, kteří pracují s druhými lidmi jako poradci, terapeuti, zdravotníci apod., či lidem hledajícím duchovní orientaci. Předpokladem úspěšného absolvování této terapie je u některých terapeutů jejich seznámení s úplnou životní historií každého účastníka a pochopitelně jeho zájem o tuto metodu.

Oslovení psychoterapeuti kladli poměrně velký důraz na práci s tělem, jež je velmi významným doplňkem této metody. Pomáhá přivést do vědomí nejrůznější emoční komplexy a projevit je navenek. Napomáhá tomu, aby byl proces holotropního dýchání pro účastníka co nejužitečnější.

Za celou dobu praxe oslovených terapeutů se nestalo, že by HD někomu uškodilo, ale bylo několik případů, kdy účastník metodu nepochopil. U některých klientů HD spíše navodilo otázky, zneklidnilo a zproblematizovalo dosavadní přesvědčení klientů. Pocit zklamání z průběhu holotropního dýchání se dostavuje u klientů jen výjimečně. Někdy se tento pocit dostaví při první zkušenosti s holotropním dýcháním a skoro vždycky postupně vymizí. Každopádně, zážitek z HD je věcí velmi individuální, viz případ z praxe jednoho terapeuta, kdy klient celé dýchání prosmál.

3.2.3 Subjektivní kritická semikvantitativní analýza zkušeností klientů s HD

Analýza odpovědí klientů v oblasti jejich zkušenosti s holotropním dýcháním byla provedena dle možností daných kvalitou souboru klientů a charakterem dotazníku použitého pro zjištění zkušeností respondentů s holotropním dýcháním. Kvantifikovatelné odpovědi byly dle možnosti kvantifikovány, odpovědi na otevřené otázky byly shromážděny a popsány.

Hlavní motivace souboru účastníků výzkumu zvědavost a touha po poznání

Početně prvním z motivů účastníků výzkumu k absolvování HD byla zvědavost, kterou udávali čtyři účastníci, z toho tři ženy a jeden muž. Druhým hlavním motivem bylo

poznání, jež uvedli tři muži, současně s dalšími motivy. Třetím hlavním motivem byla touha po transpersonálním zážitku, kterou udávali tři muži, z toho jeden muž jako jediný motiv a dva muži jako vedlejší motiv, současně s dalšími motivy. Až čtvrtým motivem byla práce na sobě, již udávali dva účastníci, jedna žena a jeden muž, který ho udával jako jediný motiv a žena ho udávala současně s dalšími motivy. Dalším motivem bylo doporučení psycholožky a to v jednom případě u ženy, jako jediný motiv. Vedlejšími motivy (pouze u mužů) bylo setkání s knihou S. Grofa, psychická nevyrovnanost, změna hodnot, úhlu pohledu a rada přítele.

Motivace	ZVĚD	POZ	TRANSZ	OSR	PSYCH	KNIHA	PSN	ZMH
Ženy	3	0	0	1	1	0	0	0
Muži	1	3	3	1	0	1	1	1

Legenda:

ZVĚDzvědavost
 TRANSZ.....transpersonální zážitek
 PSYCH.....doporučení psychologa
 PSN..... psychická nevyrovnanost
 POZ.....touha po poznání
 OSR.....práce na sobě, osobní růst
 KNIHA.....knihy S. Grofa
 ZMH.....změna hodnot

Respondenti od HD očekávali především zážitek, očištění, uvolnění, zkušenost

Pět účastníků výzkumu, z toho jedna žena a čtyři muž, nejvíce očekávali zážitek, mezi dalšími očekáváními a to po jednom u žen, bylo očištění, uvolnění pout, zkušenost a vypořádání s rozvodem. Muži uvedli po jednom vhled, poznatek a sebepoznání. Někteří účastníci uvedli větší počet očekávání než jedno.

Očekávání	Zážitek	Očištění	Uvolnění	ZKUŠ	VYR	ZMÚP	Vhled	POZ	SP
Ženy	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Muži	4	0	0	0	0	1	1	1	1

Legenda:

ZKUŠ ...zkušenost
 ZMÚP... změna úhlu pohledu
 SP.....sebeoznání
 VYR.....vyrovnaní se s rozvodem
 POZ.....nové poznatky

Blízké okolí respondentů vědělo o jejich úmyslu absolvovat HD

Bylo zjištěno, že u osmi účastníků výzkumu jejich okolí vědělo o absolvování HD, z toho u tří žen a pěti mužů, přímo rodiče byli informováni u tří účastníků, z nichž dva byli mladší než 30 let. Blízké okolí reagovalo pozitivně v pěti případech.

Informovanost okolí	Ano	Ne	Informovanost rodičů	Věk 20-30	Věk 30-40	Věk 40-50	Věk 50-60
Ženy	3	2	Ženy	1			
Muži	5		Muži	1			1

Před, během a po HD se u klientů projevila široká škála emocí

Před vlastní terapií se vyskytovala celá škála emocí, přes negativní emoce strachu, napětí až k pozitivním emocím, těšení a očekávání. Během terapie se objevovaly u někoho ze začátku negativní emoce, jako strach, pláč, smutek a u někoho pozitivní emoce, radost a smích, které se posléze prolínaly s emocemi stesku, smutku, bojovných nálad a strachu, aby opět vygradovaly v celkově pozitivní pocit klidu, vnitřní prázdnoty, radosti, úlevy, uvolnění a vítězství u většiny účastníků. Pouze u jednoho účastníka a to muže, se po HD objevily pocity zklamání a druhý, také muž, nic zvláštního nepozoroval.

Hudba má zásadní vliv na průběh HD

Všichni účastníci výzkumu, pět žen a pět mužů, se shodli, že hudba měla zásadní, výrazný, podpůrný a pozitivní vliv na průběh HD. Pomáhala umocňovat prožitek při HD, udržovat rytmus dechu a u někoho i rytmus tělesných pohybů.

Podpůrný kontakt terapeuta a práce s tělem při HD byly hodnoceny vysoce pozitivně nebo neutrálně

Podpůrný kontakt během terapie HD hodnotilo pět účastníků, dvě ženy a tři muži, jako vysoce pozitivní. Pro další dvě účastnice výzkumu, dvě ženy, nebyl významný a další tři účastníci výzkumu, jedna žena a dva muži, ho nezaznamenali. Tři účastníci výzkumu, jedna žena a dva muži, hodnotili práci s tělem velmi pozitivně, pomohla jim uvolnit tělesné bloky a emoce. Šest účastníků výzkumu, z toho čtyři ženy a dva muži, ji nezaznamenali a pro jednoho muže nebyla podstatná.

Podpůrný kontakt	Pozitivní	Neutrální	Žádný
Ženy	2	2	1
Muži	3		2

Respondenti těžili ze své zkušenosti v roli pomocníka (sittera) a oceňovali přítomnost sittera při vlastním holotropním dýchání

Pět účastníků výzkumu, dvě ženy a tři muži, hodnotilo vysoce pozitivně právě vlastní roli pomocníka (sittera), která jim přinesla pocit souznění s druhými lidmi, přiblížení k druhému člověku a jeho prožitku, porozumění jeho bolesti. Jak poznamenal jeden mužský účastník výzkumu o vlastním účinkování v roli sittera: „bylo to velmi přínosné, dozvěděl jsem se o naší přirozenosti za pár hodin více, než za léta teoretického studia a zjistil jsem, že emoce, pokud jsou projevené, neohrožují a nejsou ničím více než emocemi (ale také ničím méně)“.

Dva muži hodnotili tuto roli jako zodpovědnou a zajímavou. Tři ženy roli pomocníka (sittera) neprožily.

Zajímavou souvislostí bylo zjištění, že respondenti, kteří hodnotili velmi kladně přínos vlastní zkušenosti v roli sittera, skórovali v osobnostním inventáři na osobnostní škále P (Přívětivost) středně nebo vysoko. Škála P zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech. Vysoký skór charakterizuje osobnost jako soucitnou, laskavou, vlídnou, která pomáhá druhým, spolupracuje s nimi a předchází konfliktům. Střední skór charakterizuje osobnost v podstatě jako srdečnou, důvěřivou, přívětivou, která může být někdy tvrdohlavá a spíše soutěžící než spolupracující.

Celkem sedm účastníků výzkumu hodnotilo pozitivně, mít vedle sebe při HD pomocníka (sittera). Tři účastníci výzkumu význam sittera nehodnotili.

Osobnosti sitterů	1	2	3	4	5
Pohlaví	žena	žena	muž	muž	muž
Škála P-přívětivost	Vysoký skór	Střední skór	Vysoký skór	Vysoký skór	Střední skór

Respondenti byli nejvíce překvapeni intenzivními reakcemi ostatních účastníků terapie

Celkem osm účastníků výzkumu bylo něčím překvapeno. Tři účastníci výzkumu, z toho jedna žena a dva muži, byli nejvíce překvapeni bouřlivou reakcí ostatních lidí ve skupině, většinou tím, jak lidé dávali najevo své emoce a kolik bolesti bylo v ostatních lidech. Jedna žena byla nejvíce překvapená z toho, že viděla vnitřní obrazy, jiná tím, že se dlouho nic nedělo a další nečekaně pozitivním zážitkem. Jeden účastník výzkumu, muž, čekal od HD více a také byl překvapen neadekvátní reakcí jednoho člena týmu, který při terapii pomáhal. Jeden muž byl překvapený pamětí a moudrostí vlastního těla a také tím, jaké cítil propojení s ostatními lidmi a světem. Dva respondenti nezažili v souvislosti s HD nic neočekávaného.

Bezprostřední změny zaznamenané respondenty po absolvování HD byly pozitivní: zklidnění, osvobození, otevření se

...jak poznamenala jedna žena: „změnu vidím v tom, že mám teď pocit, že to zvládnou a je mi dobře, i když mi je špatně“.

Bezprostřední změnu zaznamenalo sedm účastníků výzkumu, z toho pět žen a dva muži a nezaznamenali tři muži. Jedné ženě HD pomohlo uzavřít jednu kapitolu jejího života, jedna žena získala pocit, že všechno co přijde, zvládne, jedna žena se cítila svobodnější, jedné ženě HD přineslo zklidnění a jedna žena se otevřela a víc se přiblížila sama k sobě.

Jeden muž měl pocit, že byl po HD mnohem vědomější a u druhého muže se otevřel pocit sounáležitosti s druhými lidmi.

Myšlení respondentů, ale i jejich hodnoty a postoje k sobě, okolí i životu se po absolvování HD změnil

Změnu osobních *hodnot* zaznamenali čtyři účastníci výzkumu, z toho dvě ženy a dva muži. Uvědomili si hodnotu života, svoji hodnotu, hodnotu lásky, přátelství i hodnotu radosti z maličkostí. Šest účastníků, tři muži a tři ženy, změnu hodnot nezaznamenali. Změnu *postojů* převážně k sobě, k přírodě a celkově k životu zaznamenalo šest účastníků výzkumu, čtyři ženy a dva muži. Čtyři účastníci výzkumu změnu nezaznamenali. Sedm účastníků výzkumu, čtyři ženy a tři muži, zaznamenali změnu v *myšlenkách*. Negativní myšlenky zmizely u tří žen, jedna žena si uvědomila, že má svého manžela pořád ráda. U jednoho muže přibýly pozitivní myšlenky, další klient začal uvažovat rozměrněji o lidech, přírodě, věcech a zvířatech, ale myslí si, že to nemusí být vždy jen pozitivní. Jeden respondent dle svého vyjádření přemýšlí celkově jinak a o něčem jiném. U třech účastníků výzkumu, dvou mužů a jedné ženy, se myšlenky nezměnily vůbec.

Změna:	Hodnot	Postojů	Myšlenek
Ženy	2	4	4
Muži	2	2	3
Celkem:	4	6	7

Většina klientů profitovala z absolvování HD terapie

HD celkově pomohlo osmi lidem. Bylo zjištěno, že všem pěti ženám HD v něčem pomohlo, např. odžít si trauma, otevřít se a přiblížit se sama k sobě. Jeden muž si uvědomil možnost volby v životě, jinému muži pomohl zážitek usměrnit v životě očekávání a jednomu muži pomohla terapie uvědomit si sounáležitost s druhými lidmi, přírodou, vesmírem. Pro dva muže dle jejich vnímání neměla HD terapie žádný výrazný přínos.

Pomoc HD v	Odžít si trauma	Otevřít se	Přiblížení se k sobě	Možnost volby	Změna očekávání	Uvědomění sounáležitosti	V ničem
Ženy	2	2	1	0	0	0	0
Muži	0	0	0	1	1	1	2

Vztah k sobě samému se po HD změnil více než vztah respondentů k okolí

Sedm z deseti účastníků výzkumu, z toho pět žen a dva muži, hodnotilo pozitivně změnu vztahu *k sobě*. U žen proběhla změna především ve smyslu: „vážím si sama sebe“, bližšího vztahu k sobě, odpuštění sama sobě a otevřenosti sama k sobě. U mužů

se postoj k sobě samému měnil ve smyslu nemít na sebe přílišné nároky a uplatňovat méně hodnotících úsudků o sobě. U tří mužů HD neovlivnilo jejich vztah k sobě. Pouze u dvou žen a jednoho muže HD ovlivnilo pozitivně jejich vztah *k okolí*. Ostatních sedm účastníků výzkumu, tři ženy a čtyři muži, nepocítilo žádnou změnu.

Osobnost terapeuta má klíčový vliv na průběh HD

Osm účastníků výzkumu, čtyři ženy a čtyři muži, vypovědělo, že osobnost terapeuta má velký vliv na průběh HD. Podrobnější objasnění role osobnosti terapeuta nebylo získáno. Jeden muž a jedna žena vliv terapeuta na průběh HD neposuzovali.

Většina respondentů by se nebránila možnosti znovu absolvovat HD

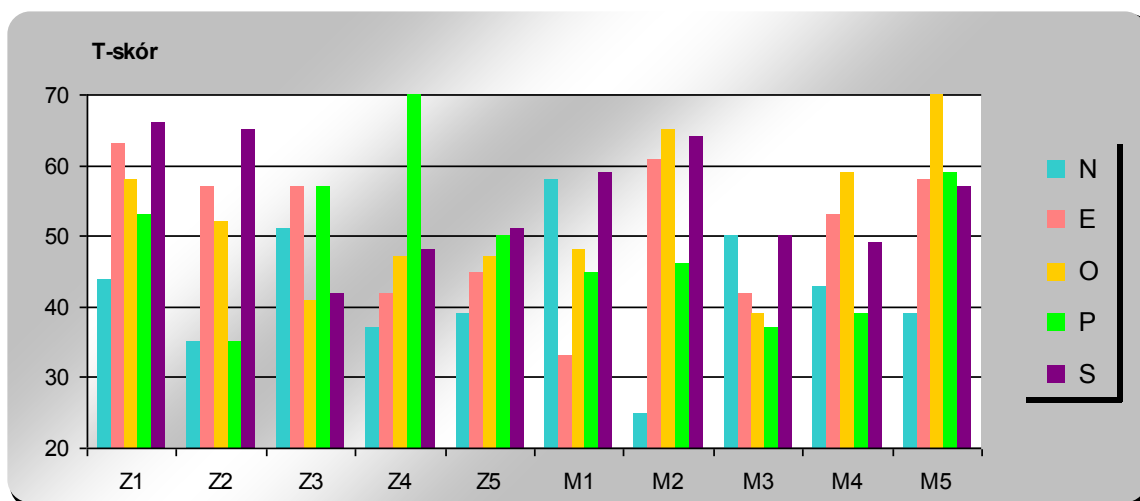
Bylo zjištěno, že šest, ze souboru účastníků výzkumu, z toho tři ženy a tři muži, by se nebránilo možnosti znovu jít na HD. Jeden muž by se účastnil možná časem. Další tři účastníci výzkumu, dvě ženy a jeden muž, neměli potřebu znovu absolvovat HD sezení.

Osobnostní analýza respondentů testem NEO-PI-R

Pro potřeby posouzení charakterových vlastností respondentů studie byl použit standardní osobnostní test NEO-PI-R. Respondenti byli na základě výsledných skóre v jednotlivých profilech zařazeni do klasifikace dle kategorií uvedených v dotazníku. Konkrétní i kategorizovaná data byla analyzována s cílem prezentovat typické vlastnosti účastníků holotropního dýchání.

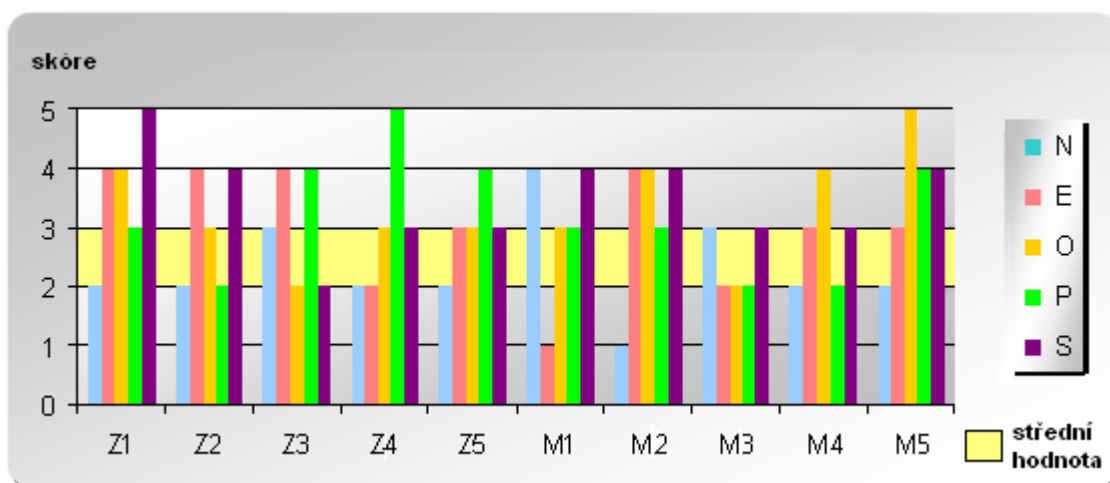
Nejprve byly shromážděny individuální charakteristiky respondentů dle jejich výsledků v osobnostním testu. Jednotlivé složky osobnosti (dle výše uvedených škál: N – neuroticismus, E – emoce, O – otevřenost, P – přívětivost a S – svědomitost) každého respondenta byly zaneseny do grafu.

Graf č. 1.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle T-skóru v dotazníku NEO-PI-R ve všech pěti škálách, absolutní hodnoty. Z - žena, M - muž.



Následující graf znázorňuje klasifikaci dat dle T-skóru v jednotlivých škálách do pěti kategorií – velmi nízký, nízký, střední, vysoký a velmi vysoký skór. Žlutá oblast grafu znázorňuje pásmo středních hodnot.

Graf č. 2.: Charakteristika respondentů dle dotazníku NEO-PI-R – jednotlivé složky jejich osobnosti zařazené do kategorií dle T-skóru (1, velmi nízký skór; 2, nízký skór; 3, střední skór; 4, vysoký skór; 5, velmi vysoký skór, Z, žena, M, muž)



Pomocí zařazení respondentů do uvedených kategorií byla možná stratifikace skupiny z hlediska jednotlivých osobnostních prvků.

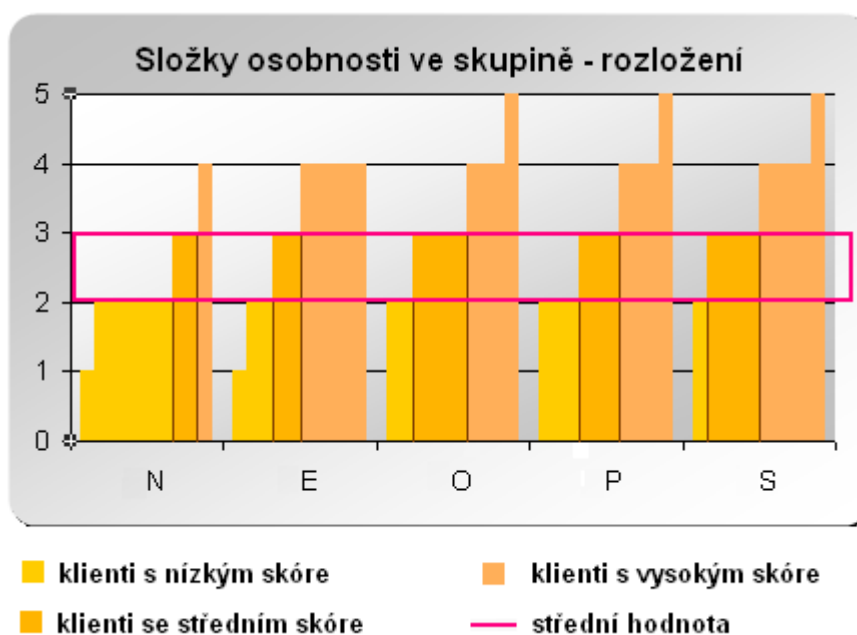
Tab. 2: Rozložení klientů na základě výsledků v osobnostním inventáři NEO-PI-R, kategorizace

Ženy	Nízký skór	Střední skór	Vysoký skór	Velmi vysoký skór
Škála N	4	1	0	
Škála E	1	1	3	
Škála O	1	2	2	
Škála P	2	1	1	1
Škála S	1	2	1	1

Muži	Velmi nízký skór	Nízký skór	Střední skór	Vysoký skór	Velmi vysoký skór
Škála N	1	2	1	1	
Škála E	1	1	1	2	
Škála O		1	2	1	1
Škála P		1	2	2	
Škála S		0	2	3	

Na následujícím grafu jsou demonstrovány jednotlivé složky osobnosti (škály) u celého souboru respondentů. Hodnoty respondentů (kategorizované) byly u jednotlivých škál seřazeny vzestupně, barevné odlišení ukazuje na klienty pod a nad střední hodnotou. Vzor jednotlivých škál demonstruje určitý posun směrem k vyšším hodnotám ve škálách E (emoce), O (otevřenost), P (přívětivost) a S (svědomitost), zatímco ve škále N (neuroticismus) je patrný posun směrem k nižším hodnotám, typickým pro osoby vyrovnané a klidné. Jednotlivé charakteristiky budou dále rozpracovány v textu.

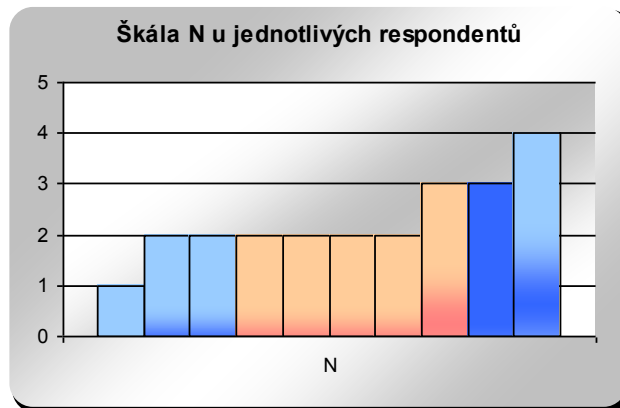
Graf č. 3.: Jednotlivé složky osobnosti (škály) u souboru respondentů. Škály: N – neuroticismus, E – emoce, O – otevřenost, P – přívětivost, S – svědomitost. Kategorie: 1 – velmi nízký skór; 2 – nízký skór; 3 – střední skór; 4 – vysoký skór; 5 – velmi vysoký skór.



ŠKÁLA N: Neuroticismus

Účastníci této studie byli dle výsledků N škály převážně psychicky vyrovnané, odolné osobnosti. Sedm klientů, z toho čtyři ženy a tři muži, nízký skóre na této škále, typický pro jedince klidné a psychicky vyrovnané i ve stresových situacích, jež jsou odolní vůči psychickému vyčerpání. Dva respondenti, jedna žena a jeden muž, získali střední skóre, který charakterizuje jejich osobnost jako v podstatě psychicky vyrovnanou a schopnou zvládat stresové situace, která občas prožívá pocity viny, strachu nebo smutku. Jeden muž získal vysoký skóre, který charakterizuje osobnost jako náchylnou k psychickému vyčerpání, která intenzivně prožívá strach, úzkost a obavy a obtížně zvládá stresové situace.

Graf č. 4.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle skóre v dotazníku NEO-PI-R ve škále neuroticismu (ženy červená, muži modrá barva).

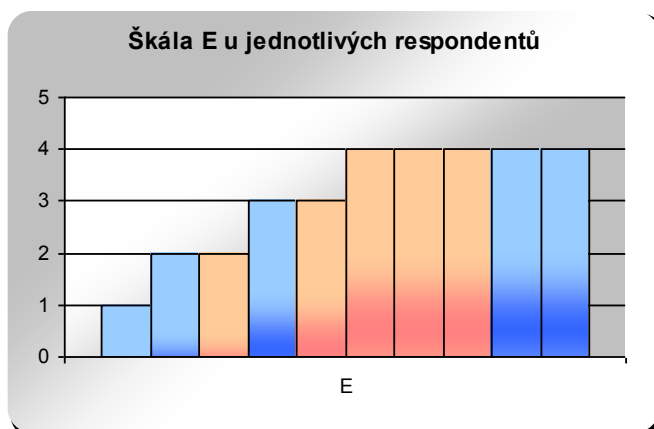


ŠKÁLA E: Extroverze

Na stupnici extroverze se klienti pohybovali v nadprůměrných hodnotách. Pět klientů získalo vysoký skóre, který charakterizuje jejich osobnost jako extrovertní, společenskou, sebejistou, aktivní, hovornou, energickou a optimistickou. Dva, jedna žena a jeden muž, získali střední skóre na škále extroverze, což odpovídá osobnosti průměrně aktivní, která je sice ráda ve společnosti, ale na druhé straně si cení soukromí.

Tři respondenti, jedna žena a dva muži, získali nízký skóre na této škále, typický pro osobnosti introvertní, zdrženlivé, vážné, samostatné, které jsou nejraději samy nebo s lidmi, kteří jsou jim blízcí.

Graf č. 5.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle skóre v dotazníku NEO-PI-R ve škále extroverze (ženy červená, muži modrá barva).

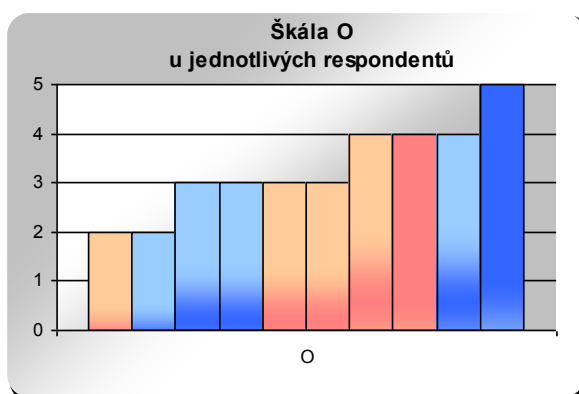


ŠKÁLA O: Otevřenost vůči zkušenosti

V této škále byly u klientů očekávány vyšší hodnoty, typický klient byl však pouze lehce nad průměrnou (střední) hodnotou. Tři klienti, dvě ženy a jeden muž, získali vysoký skór, který charakterizuje jejich osobnost jako otevřenou novým zážitkům a zkušenostem, zvědavou, s bohatou fantazií a širokými zájmy, která se často chová nekonvenčně. Čtyři osoby, dvě ženy a dva muži, získali střední skór na této škále, který charakterizuje jejich osobnost jako praktickou, která se snaží přemýšlet o tom, jak dělat věci nově. Usiluje o rovnováhu mezi užíváním starých a nových postupů.

Ve skupině se však překvapivě objevili i dva klienti (muž a žena), které jejich nízký skór charakterizuje jako osoby, které se chová konvenčně, zastávají konzervativní postoje a dávají přednost známému a osvědčenému.

Graf č. 6.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle skóre v dotazníku NEO-PI-R ve škále otevřenosti (ženy červená, muži modrá barva).



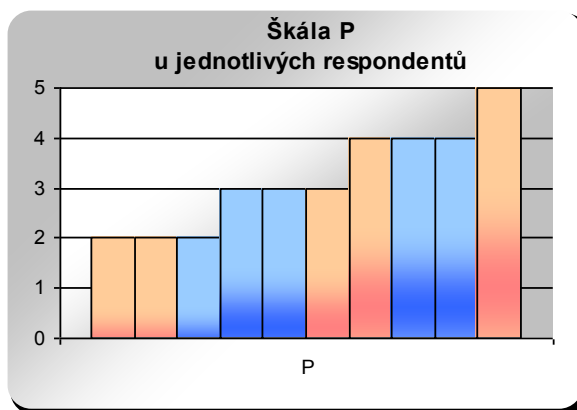
ŠKÁLA P: Přívětivost

V této škále bylo rozložení účastníků rovnoměrné. Tři klienti, dvě ženy a jeden muž, získali nízký skór na této škále, která charakterizuje jejich osobnost jako realistickou, věcnou, mající tendenci znevažovat záměry druhých a soutěžit s nimi. Hněv a zlost dává jasně najevo.

Další tři klienti, jedna žena a dva muži, získali střední skór na této škále, který charakterizuje jejich osobnost jako v podstatě srdečnou, důvěřivou a přívětivou, která však může být tvrdohlavá a s druhými spíše soutěží než spolupracuje.

Čtyři osoby, dvě ženy a dva muži, získaly vysoký skór ve škále přívětivosti, což je typické pro lidi soucitné, laskavé, vlídné, kteří druhým pomáhají, spolupracují a vyhýbají se konfliktům a konfrontacím.

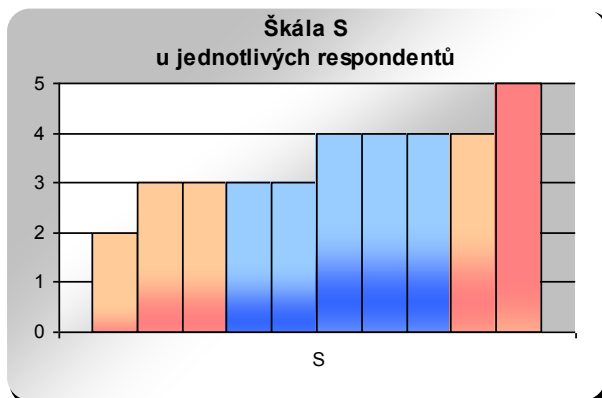
Graf č. 7.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle skóre v dotazníku NEO-PI-R ve škále přívětivosti (ženy červená, muži modrá barva).



ŠKÁLA S: Svědomitost

Na škále svědomitosti se většina klientů pohybovala ve středních a vyšších hodnotách, jen jedna osoba získala nízký skór, charakterizující její osobnost jako ne příliš výkonnou, občas nedbalou a lehkomyšlnou, věci si předem spíše neplánující. Čtyři účastníci studie, dvě ženy a dva muži, získali střední skór na této škále, který charakterizuje osobnost jako spolehlivou a průměrně výkonnou, s stanovenými jasnými cíli, která je ale někdy schopna práci odložit. Pět respondentů, dvě ženy a tři muži, získali vysoký skór na škále svědomitosti, což charakterizuje jejich osobnost jako svědomitou, výkonnou, ctížádostivou, pilnou, s pevnou vůlí, která si stanovuje vysoké cíle a usiluje o jejich dosažení.

Graf č. 8.: Charakteristika jednotlivých respondentů dle skóre v dotazníku NEO-PI-R ve škále svédomitosti (ženy červená, muži modrá barva).



DISKUSE

Výsledky studie zodpověděly plnohodnotně definované výzkumné otázky. Holotropní dýchání, jakožto metoda vypracovaná českým psychiatrem v relativně nedávné době (70. léta 20. století), je v současnosti v České republice praktikována poměrně omezeně, nicméně skupinu psychoterapeutů působících v Čechách lze označit za kvalitní, neboť většina terapeutů je žáky přímo zakladatele metody holotropního dýchání a je držiteli jeho certifikátu. Certifikovaní lektori HD působí především v Praze, ale též v západních a jižních Čechách a na severní a jižní Moravě, tudíž je kvalifikovaný terapeut dostupný pro zájemce z celé republiky. Sezení s holotropním dýcháním probíhají nepravidelně, přibližně jednou měsíčně podle zájmu klientů a časových možností psychoterapeutů, a to formou buď jednotlivých seancí, nebo intenzivních víkendových kurzů. Tyto kurzy umožňují klientům lepší proniknutí do této techniky, rozvoj schopností prožitků, cílené práce s tělem (body work) a dávají prostor pro následné zpracování prožitku této transpersonální techniky.

Předkládaná diplomová práce si kladla za cíl přiblížit se poznání metody holotropního dýchání v kontextu jiných metod transpersonální psychologie, respektive změněných stavů vědomí, ať již fyziologických či navozených. Fyziologie, případně patofyziologie těchto procesů je stále velmi málo prozkoumanou oblastí lidského vědění. Funkce centrálního nervového systému člověka je extrémně komplexní proces, zahrnující složky fyzického rázu v těsné souvztažnosti s procesy intelektuálními, emočními a kognitivními. Vzájemná souhra takto diametrálně odlišných procesů je i přes vědecký pokrok v oblasti neurofyziologie velmi obtížně uvěřitelný, natož pochopitelný, fenomén.

Přesto, nebo právě proto, lidstvo se již od pravěku snaží a učí kvalitu vědomí ovlivňovat, využívat, zneužívat. Rozsáhlé praktické znalosti prostředků k navození tzv. změněných stavů vědomí provází historii lidstva již od raných dob vývoje společnosti. V minulých dobách a určitých společenstvích byly indukované transpersonální zážitky výsadou určitých vrstev či společenských funkcí (šamani, léčitelé). Recentně se používání prostředků k navození změněných stavů vědomí rozšiřuje a jejich praktikování je v moderním světě spíše otázkou zájmu lidí bez ohledu na jejich status. Vedle asi nejběžnějšího způsobu – užívání halucinogenů, psychedelik a jiných psychoaktivních látek, je transpersonální zkušenost možno prožít právě díky holotropnímu dýchání. Není bez zajímavosti, že tato metoda vznikla v souvislosti se zákazem užívání psychotropních látek v Čechách. Holotropní dýchání si kromě navození transpersonálního prožitku klade ambice ve smyslu terapeutickém, je doporučováno pro odstranění některých psychologických problémů, k vnitřnímu rozvoji osobnosti, vyrovnání se s nepříznivými zážitky nebo obtížnou životní situací apod.

Tato práce se zabývala metodou holotropního dýchání a jejím primárním cílem bylo porozumět motivaci klientů k absolvování právě této techniky, jejich očekávání od holotropního zážitku a jeho naplnění. Předpokládalo se, že osobnostní profily a motivace zájemců o metodu HD budou odlišné od běžné populace ale i např. uživatelů psychoaktivních látek (přírodních i syntetických), a že i jejich zkušenost a práce s transpersonálními prožitky bude jiná.

Za tímto účelem byla shromážděna data popisující zkušenosti jednak lektorů HD, jednak klientů (respondentů), kteří absolvovali HD sezení a byl aplikován komplexní standardní osobnostní test NEO-PI-R charakterizující pět složek osobnosti každého respondenta.

I přes poměrně komplikovanou spolupráci z hlediska obtížného vyhledávání kandidátů na účast ve studii, velké časové vytížení psychoterapeutů i jejich klientů byl shromážděn poměrně reprezentativní, genderově vyvážený, vzorek respondentů, zahrnující různé věkové i sociální skupiny. Účastníci byli klienty několika center nabízejících holotropní terapii a absolvovali holotropní dýchání jednou i opakovaně.

V rozporu s názorem oslovených psychoterapeutů, kteří udávali ve své praxi jako hlavní motivaci klientů chuť něco změnit ve své osobnosti, touhu po vyřešení nějakého osobního problému či psychických obtíží, dále cíl pracovat na svém osobním růstu a rozvoji a teprve jako další motivaci uváděli oslovení terapeuti zvědavost. V našem souboru absolventů holotropního dýchání se nejčastější motivací stala zvědavost, touha po poznání a transpersonálním zážitku.

I přes přítomnost dalších důvodů iniciujících účast klientů na terapii, první nejčastější motivace udávaná terapeuty, v našem souboru nebyla zaznamenána.

S největší pravděpodobností to bylo tím, že nikdo z účastníků výzkumu pravidelně nechodil k terapeutovi s určitými psychickými potížemi a tak je ani nikdo neuvedl jako hlavní motivaci.

Dalším záměrem bylo porovnat zvědavost, jako největší motivaci účastníků s výsledky osobnostního inventáře NEO-PI-R a to se škálou O-otevřenost ke zkušenosti. Korelace s touto škálou se neprokázala, pouze jedna žena, která udávala tuto motivaci jako jedinou, skórovala vysoko na této škále, což značí velkou otevřenost k novým zkušenostem. Bylo zjištěno, že zvědavost, jako motivace, nemusí být vyvážena na straně osobnosti otevřeností klienta k novým zkušenostem.

V souboru účastníků výzkumu byl nejvíce očekáván intenzivní zážitek, mezi dalšími očekáváními u žen bylo očištění, uvolnění imaginárních pout, zkušenost či vypořádání se s nepříznivou životní situací. Muži uváděli jako své očekávání od HD spíše vhled, poznatek a sebepoznání. Někteří účastníci uvedli větší počet očekávání než jenom jedno. V této části nebylo srovnání s názorem terapeutů. V osobnostním testu NEO-PI-R se většina účastníků výzkumu, kteří nejvíce očekávali od holotropního dýchání zážitky, umístila ve středních a vysokých hodnotách osobnostního inventáře na škále otevřenosti k novým zážitkům a zkušenostem. Pouze jeden muž, který rovněž uvedl jako primární očekávání zážitek, skóroval na této škále v nízkých hodnotách, dává tedy spíše přednost známému a osvědčenému. Jelikož tento muž uvedl jako další očekávání poznatek, sice až na druhém místě, ale přesto se dá předpokládat, že toto druhé očekávání lépe koresponduje s jeho osobností a možná vlivem mírné počáteční situační úzkosti při výzkumném rozhovoru byl uveden až jako druhém místě.

U osmi účastníků výzkumu jejich okolí vědělo o absolvování HD, a co bylo vysledováno jako možná překvapivé nebo naopak přirozené, věděli o úmyslu absolvovat HD rodiče pouze u tří účastníků, většinou ve věku do 30 let. Blízké okolí respondentů reagovalo pozitivně pouze v pěti případech. Lze se domnívat, že samotná metoda není příliš známá mezi lidmi, a tudíž se zde mohl projevit strach z neznámého a tajemného. Také sledování filmu, který byl o holotropním dýchání natočený a vlastní neprožití této metody může zkreslit osobní názor každého účastníka i jeho okolí.

Významným prvkem holotropního dýchání je navození intenzivních emočních stavů od velmi negativních k velmi příjemným a pozitivním. Škála emocí respondentů před vlastní terapií byla skutečně pestrá. Během terapie se objevovaly u někoho zpočátku negativní emoce jako strach, pláč, smutek a u někoho pozitivní emoce, radost a smích, které se ovšem mohly navzájem prolínat s negativními emocemi stesku, smutku, bojovných emocí, strachu, aby opět vygradovaly v celkově pozitivní pocit klidu, vnitřní prázdnoty, radosti, úlevy, uvolnění a vítězství u většiny účastníků. Pouze u jednoho účastníka (muže), se po HD objevily pocity zklamání a druhý, také muž, nic zvláštního

nepozoroval. Tyto výsledky přesně korespondují s literárními prameny této metody. Sám autor Stanislav Grof uvádí ve svých knihách podobný popis emocí, které se mohou objevit před i v průběhu této terapie. S pocity zklamání po holotropním dýchání se terapeuti také setkávají, ale jen výjimečně. Jak tvrdí, někdy se tento pocit dostaví při první zkušenosti s holotropním dýcháním a skoro vždy postupně vymizí s následnou další terapeutickou prací s klientem. Pokud poslední jmenovaný účastník výzkumu nic nepozoroval, je možné, jak tvrdí terapeuti, že metodu nepochopil. Je otázka, jestli účastník má dobrou introspekci a umí dobře popsat svoje pocity. V případě dalšího výzkumu je potřeba nechat klientovi dostatečný čas na přípravu k rozhovoru a volit ještě přesnější typ otázek nebo je dále ještě víc rozvádět. Možná také tento typ zážitku nebyl pro klienta v dané době potřebným a jeho ozdravná vnitřní síla ho před ním ochránila. Protože, jak bylo zjištěno u terapeutů, není známo, že by tato metoda někdy někomu psychicky uškodila.

Absolutní shoda všech respondentů panovala v otázce vlivu hudby na průběh HD. Všichni účastníci výzkumu, pět žen a pět mužů, se shodli, že hudba měla zásadní, výrazný, podpůrný a pozitivní vliv. Pomáhala umocňovat prožitek při HD, udržovat rytmus dechu a u někoho i rytmus tělesných pohybů. Toto zjištění přesně koreluje s literárním zázemím této metody, kdy hudba má opravdu výrazný a pozitivní vliv na průběh holotropního dýchání a bez ní by se snad ani „dýchat“ nedalo.

Podpůrný kontakt během terapie HD hodnotilo pět účastníků, dvě ženy a tři muži, jako vysoce pozitivní, tři klienti hodnotili pozitivně práci s tělem s cílem uvolnit tělesné bloky a emoce. Přestože do průběhu holotropního dýchání terapeuti zasahují pouze v duchu metodiky Stanislava Grofa, tedy k podpoře procesu nebo v případě blokad spontánního průběhu procesu, je osobnost terapeuta vnímána většinou klientů jako velmi podstatný faktor v terapii HD. Účastníci HD profitovali z přítomností pomocníků (sitterů) i vlastního působení v této roli při dýchání jiného klienta. Bylo zajímavé zjistit, že ve srovnání s osobnostním inventářem a konkrétně škálou P-privětivost, všichni účastníci výzkumu, kteří hodnotili podpůrný kontakt jako vysoce pozitivní, skórovali na této škále buď středně vysoko, což charakterizuje jejich osobnost jako v podstatě srdečnou, důvěřivou a přívětivou a další měli vysoký skór na této škále, který charakterizuje jejich osobnost jako soucitnou, laskavou, vlídnou, která pomáhá druhým, spolupracuje s nimi a předchází konfliktům. Předpokladem bylo, že přívětivý člověk je i kontaktní, což se také vyplnilo.

Bylo zjištěno, že pět účastníků výzkumu, dvě ženy a tři muži, kteří hodnotili vysoce pozitivně právě vlastní roli pomocníka (sittera), která jim přinesla pocit souznění s druhými lidmi, přiblížení k druhému člověku a jeho prožitku, porozumění jeho bolesti, hodnotili také pozitivně to, když sami měli vedle sebe pomocníka při svém dýchání. Bylo zjištěno, že všichni skórovali v osobnostním inventáři na škále P – přívětivost, středně nebo vysoko.

Škála P zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech. Vysoký skór charakterizuje osobnost jako soucitnou, laskavou, vlídnou, která pomáhá druhým, spolupracuje s nimi a předchází konfliktům. Střední skór charakterizuje osobnost v podstatě jako srdečnou, důvěřivou, přívětivou, která může být někdy tvrdohlavá a spíše soutěžící než spolupracující.

U respondentů se často objevoval moment překvapení (až u 80 % klientů). Nejčastěji byli účastníci výzkumu překvapeni bouřlivou reakcí ostatních lidí ve skupině, hlavně tím, jak dávali najevo své emoce a také tím, kolik bylo v lidech bolesti, přestože intenzivní emoce k holotropnímu dýchání neodmyslitelně patří.

Bylo vyzkoumáno, že bezprostřední změnu zaznamenalo sedm účastníků výzkumu a to v pozitivním smyslu. Změnu nezaznamenali tři muži. Podle statistických průzkumů prožitkových a zážitkových metod je to velice dobrá úspěšnost této terapie. Je zajímavé, že jsou to právě muži, kteří změnu nezaznamenali. Bylo zjištěno, že tito muži od HD očekávali zážitek. Při dalším zamyšlení nad tímto výsledkem se nabízí úvaha, zda to nejsou právě ženy, které jsou citlivější a vnímavější na změnu více než muži. Dále také je pravděpodobnost lepší introspekce u žen než u mužů. U těchto mužů bylo zároveň zaznamenáno, že jim holotropní dýchání celkově nepomohlo. V rámci srovnání s konečnými pocity u účastníků výzkumu, po jejich absolvování HD jeden z nich zaznamenal pozitivní pocity a ostatní dva žádné. I tady se dá konstatovat, že změna jako taková, nemusí proběhnout na rovině uvědomění, lze se domnívat, že jelikož se pomocí holotropního dýchání účastníci dostávají do změněného stavu vědomí, je možné, že změna proběhla na nevědomé úrovni, aniž by byla muži vědomě zaznamenána.

Bylo zjištěno, v souvislosti s jedním z cílů výzkumu, že z celkové změny, změnu hodnot zaznamenali čtyři účastníci výzkumu, z toho dvě ženy a dva muži. Jako významná se ukázala změna celková hodnota života, sebehodnota, hodnota lásky, přátelství. Tyto hodnoty nabyly na významu v určité době po absolvování terapie. Z výzkumného hlediska je zajímavé, že tito účastníci výzkumu, kteří zaznamenali změnu hodnot, zaznamenali současně změnu postojů a myšlenek.

Celkově bylo vyhodnoceno, v souvislosti s cíli výzkumu, že holotropní dýchání pomohlo osmi lidem, pozitivní změnu ve vztahu k sobě zaznamenalo sedm osob. Dá se předpokládat, že v této uspěchané době, lidé nemají čas se zastavit a navázat vztah sami se sebou. Je možné se zamyslet nad tím, jak potom může být navázán vztah s druhými lidmi a jaká kvalita toho vztahu to může být. Je překvapivé, že i u mužů byla zaznamenána pozitivní změna k sobě. U posledních tří mužů HD neovlivnilo jejich vztah k sobě a jsou to ti samí muži, kteří nezaznamenali ani celkovou změnu, ani změnu v hodnotách, postojích, či činech a celkově jim tato terapie nepomohla. Dá se

předpokládat, že nejprve musí přijít změna vztahu k sobě a pak může následovat změna vztahu k okolí.

Ze sociologického pohledu je důležité dodat, že většina účastníků výzkumu (80%) byla buď svobodných, nebo rozvedených. Z větší části žijí v současné době sami, bez partnera a dá se předpokládat, že jednak hledají příčinu svých potíží ve vztazích a mají také více času pracovat na vnitřní změně. Dá se říci, že holotropní dýchání byla jedna z několika prožitkových metod, které účastníci výzkumu vyzkoušeli a v jednom případě podnítila pokračování a hledání dalších možností vnitřní práce na sobě. Je dobré se do budoucna zamyslet nad tím, jak co nejlépe vybrat výzkumný soubor, z hlediska počtu terapeutů, u kterých účastníci byli na HD a v tomto směru soubor důsledně vyvážit. I když je otázkou, jestli práce terapeuta má až takový významný vliv na vnitřní práci účastníka HD, což by bylo možná slibné výzkumné téma do budoucnosti, i k možnému zvažování nové hypotézy. Právě oblast podpůrného kontaktu od terapeuta by mohla být také podrobena větší analýze z hlediska vystihnutí pravé potřebné chvíle pro účastníka HD. Každopádně by bylo třeba shromáždit větší soubor respondentů, z důvodu možnosti statistického zpracování získaných dat, ačkoli v takto úzce specifické oblasti, jakou je holotropní dýchání, je počet dostupných respondentů v České republice poměrně značně limitován.

Výsledky respondentů v osobnostním inventáři NEO-PI-R

Celkové výsledky respondentů v testu NEO-PI-R je ukázaly jako osobnosti spíše klidné, psychicky vyrovnané i ve stresových situacích a odolné vůči psychickému vyčerpání. Osobnosti převážně extrovertní, společenské, sebejisté, aktivní, hovorné, energické a optimistické, otevřené novým zážitkům a zkušenostem. Zvědavé s bohatou fantazií a širokými zájmy. Často se chovající nekonvenčně.

Výsledky respondentů ve škále přívětivosti dosahovaly rovnoměrně všech úrovní T-skóru, zatímco ve škále svědomitosti se klienti pohybovali spíše v nadprůměrných hodnotách.

Jelikož soubor byl vyvážený co do počtu žen a mužů, lze usoudit, že ženy zastoupené v tomto souboru je možné charakterizovat jako osobnosti převážně klidné, psychicky vyrovnané a odolné vůči psychickému vyčerpání. Osobnosti převážně extrovertní, společenské, sebejisté, aktivní, hovorné, energické a optimistické. Současně otevřené k novým zkušenostem. Zvědavé s bohatou fantazií, které se často chovají nekonvenčně a současně praktické, které usilují o rovnováhu mezi užíváním starých a nových postupů. V souboru byly zastoupeny jak ženy realistické, tak ženy srdečné i soucitné, které předcházejí konfliktům. Z hlediska svědomitosti se v souboru vyskytovaly ženy svědomité a výkonné, stanovující si vysoké cíle i ženy bez výrazných ambicí v pracovní oblasti.

Muži zastoupení v souboru respondentů byli klidní a psychicky vyrovnaní, odolní vůči psychickému vyčerpání, převážně extrovertní, sebejistí a aktivní, praktičtí, usilující o rovnováhu mezi užíváním starých a nových postupů ale i otevření k novým zážitkům i zkušenostem, oproti ženám překvapivě více soucitní a laskaví, předcházející konfliktům a v poslední řadě svědomití a výkonní, stanovující si vysoké cíle.

Z výsledků lze vyvodit souvislosti mezi osobnostními charakteristikami respondentů a jejich účastí ve výzkumu pravděpodobněji než predispozice k účasti na holotropním dýchání. Lidé spíše otevření, rádi hovořící o sobě, se spíše zapojí do různých aktivit, než lidé uzavření do sebe. Jelikož jsou to navíc osobnosti klidné, vyrovnané a odolné, není pro ně problém vyplnit poměrně osobní dotazník a lehce zvládají stresovou situaci a psychickou zátěž spojenou s rozhovorem o nich samotných. I další vlastnosti respondentů, jako svědomitost či spolehlivost, lze dát do souvislosti s dodržováním daných termínů na rozhovor a pečlivým vyplněním dotazníků. Dále jsou to lidé otevření novým zkušenostem, zde je vidět souvislost s jejich absolvováním metody holotropního dýchání. Závěrem lze tedy shrnout, že pozorované tendence v osobnostních profilech respondentů jsou pravděpodobně charakteristické nejen pro potenciální klienty alternativních metod, ale i dobrou predispozicí kvalitního účastníka tohoto typu výzkumu. Uvedené poznatky mohou v budoucnu přispět k propracovanějšímu designu případných navazujících studií a zkvalitnit analýzu získaných dat.

ZÁVĚR

V této studii byla demonstrována spojitost mezi osobnostní charakteristikou účastníků výzkumu a výstupy jejich terapie holotropního dýchání. Obecná charakteristika respondentů byla:

- mladší věk (medián věku 40 let)
- vyšší vzdělání (50 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů)
- jednočlenná domácnost (v 50 %, 50 % respondentů bylo rozvedených)
- většina osob (60 %) pracovala jako osoby samostatně výdělečně činné
- nepřítomnost psychických problémů vyžadujících léčbu

Standardizovaný osobnostní dotazník NEO-PI-R charakterizoval respondenty jako osoby klidné a vyrovnané

- extrovertní osobnosti, společenské, aktivní
- otevřené novým zážitkům a zkušenostem
- svědomité, výkonné a ctižádostivé
- s pevnou vůlí, stanovující si vysoké cíle

Typickou motivací respondentů k účasti na holotropním dýchání byla zvědavost, dále touha po poznání a transpersonálním zážitku.

Respondenti od holotropní seance očekávali a priori intenzivní zážitek, dále očištění, osvobození, novou zkušenost, vypořádání se s náročnou životní situací.

Holotropní dýchání provázela u respondentů celá škála emocí od výrazně negativních po výrazně pozitivní a příjemné pocity. Většina klientů byla překvapena intenzitou prožívání těchto emocí ostatními účastníky terapie.

Všichni respondenti se shodli na velmi významném vlivu hudby během terapie HD a vlivu osobnosti terapeuta na průběh HD.

Zážitek z holotropního dýchání byl pro respondenty celkově pozitivní a přínosný a to nejen díky vlastnímu transpersonálnímu zážitku, ale též možnosti asistovat druhému člověku při průběhu jeho terapie.

Většina účastníků by souhlasila s opakovanou účastí na holotropním dýchání.

SOUHRN

Předkládaná diplomová práce si kladla za cíl přiblížit se poznání metody holotropního dýchání v kontextu jiných metod transpersonální psychologie, respektive změněných stavů vědomí, ať již fyziologických či navozených. Ačkoli nejsou změněné stavy vědomí v naší dnešní kultuře považovány za hodnotný jev, jako tomu bylo v historii, mají lidé stále přirozenou potřebu je prožívat. Rozšířené stavy vědomí mohou významně ovlivnit hodnotový systém člověka a postoj k sobě samému i ostatním lidem, zvířatům i rostlinám. Indukce některých typů rozšířených stavů vědomí, např. hypnózy či meditace, může vykonat dobrou službu při psychoterapii. Naopak u jiných forem alternovaných stavů vědomí, navozovaných pomocí exogenních látek, např. psychedelik, je nezbytné brát v úvahu i zdravotní rizika s těmito aktivitami spojená. Vědecký výzkum v oblasti neurologie vyšších mozkových funkcí a psychologie/psychiatrie je i přes vysoké tempo progresu a objevování nových mechanismů mozkových aktivit stále jen na počátku poznání komplexnosti interakcí neurofyziologických, biochemických a psychologických procesů v lidském mozku.

Holotropní dýchání je jedna z metod transpersonální psychologie, zavedená ve 70. letech 20. století psychologem/psychiatrem MUDr. Stanislavem Grofem. Jedná se o speciální dechovou metodu, jež navozuje změněného stavu vědomí změnami ve fyziologických funkcích mozku. Tato diplomová práce se zabývá charakterizací holotropního dýchání a jeho vymezením vůči jiným metodám transpersonální psychologie a pokouší se monitorovat současnou praxi holotropních terapií v České republice, charakterizovat klienty a pokusit se nalézt společné rysy jejich výsledků a zážitků z holotropního dýchání v souvislosti s osobností klientů.

Cílem vlastního výzkumu v oblasti práce s technikou holotropního dýchání bylo zmapovat psychoterapeuty/ psychoterapeutická centra v České Republice, kde se tato technika provádí, zjistit kdo z terapeutů, kteří s danou technikou pracují, má na tuto metodu certifikace přímo od autora metody S. Grofa, získat pomocí přímého kontaktování terapeutů představu o jejich pohled na danou problematiku a rozšířit a zkvalitnit následující část studie zaměřenou na charakterizaci účastníků HD a sumarizaci jejich osobních zkušeností a prožitků z HD. Hlavními otázkami výzkumu v této oblasti byly otázka motivace klientů k absolvování právě tohoto typu terapie, komparativní analýza jejich očekávání, zážitků a přínosu pro vlastní osobu ve smyslu odstranění subjektivních potíží v nejrůznějších oblastech života, změn ve vztazích k sobě, druhým lidem, přírodě, věcem, ale též změn v osobních hodnotách, postojích a myšlenkách klientů.

Dalším cílem bylo posouzení vlivu určitých vnějších faktorů na průběh či výsledek terapie, např. osobnost psychoterapeuta, přítomnost / zásahy pomocníka (sittera), vliv prostředí, kde terapie probíhala, hudby, práce s tělem atd. Výsledky studie měly být hodnoceny ve světle osobnostních charakteristik respondentů na základě standardizovaného psychologického osobnostního testu (inventáře) NEO-PI-R (viz dále).

Výsledky: Obecná charakteristika respondentů byla: mladší věk (medián věku 40 let), vyšší vzdělání (50 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů), jednočlenná domácnost (v 50 %, 50 % respondentů bylo rozvedených) a nepřítomnost psychických problémů vyžadujících léčbu. Standardizovaný osobnostní dotazník NEO-PI-R charakterizoval respondenty převážně jako osoby klidné a vyrovnané, extrovertní osobnosti, společenské, aktivní, otevřené novým zážitkům a zkušenostem, svědomité, výkonné a ctizádostivé, s pevnou vůlí, stanovující si vysoké cíle.

Typickou motivací respondentů k účasti na holotropním dýchání byla zvědavost, dále touha po poznání a transpersonálním zážitku. Respondenti od holotropní seance očekávali a priori intenzivní zážitek, dále očištění, osvobození, novou zkušenost, vypořádání se s náročnou životní situací. Holotropní dýchání provázela u respondentů celá škála emocí od výrazně negativních po výrazně pozitivní a příjemné pocity. Většina klientů byla překvapena intenzitou prožívání těchto emocí ostatními účastníky terapie. Všichni respondenti se shodli na velmi významném vlivu hudby během terapie HD a vlivu osobnosti terapeuta na průběh HD. Zážitek z holotropního dýchání byl pro respondenty celkově pozitivní a přínosný a to nejen díky vlastnímu transpersonálnímu zážitku, ale též možnosti asistovat druhému člověku při průběhu jeho terapie. Většina účastníků by souhlasila s opakovanou účastí na holotropním dýchání.

Závěr: V této studii byla demonstrována spojitost mezi osobnostní charakteristikou účastníků výzkumu a výstupy jejich terapie holotropního dýchání.

LITERATURA

- Aepli, E. (1996). Psychologie snu. Praha: Sagittarius.
- Atkinsonová, R.L., Atkinson, F.C., Bem D.J., Nolen-Hoeksema, S., Smith, E.E. (1995). Psychologie. Praha: Victoria Publishing.
- Badoučková, J. (1994, Září). O holotropním dýchání na suchu i ve vodě. Regenerace, 9, 6–7.
- Badoučková, J. (1997, Květen). Nebezpečné dýchání. Regenerace, 5, 18–20.
- Benda, J., Šlechta, P. (1997, Červen). Jde o změnu zevnitř. Propsy, 5, 1.
- Daily and Circadian Rhythmicity. Circadian Rhythm Laboratory Zdroj: <http://www.circadian.org/biorhyt.html> (30. 3. 2010, 18:33).
- Copelanová, R. (1998). Hypnóza: jak hypnózou pomoci sobě a jiným. Bratislava: Motýl.
- Damon, C. (2004). Tajemství hypnózy a sugesce: úplný systém okultních nauk. Bratislava: Eko-konzult.
- Dvořák, M. (1995, Leden). 8 otázek pro Stanislava Grofa. Gemma, 1, 10-12.
- Gillernová, I. (2000). Slovník základních pojmů z psychologie. Praha: Fortuna.
- Gregorová, B. (2003, 39. týden). Dýchej a vzpomínej. Mladý svět, 39, 47–49.
- Grof, S. (1993). Holotropní vědomí: tři úrovně lidského vědomí, formující naše životy. Praha: GEMMA 89.
- Grof, S. (1998). Kosmická hra: zkoumání hranic lidského vědomí. Praha: Perla.
- Grof, S. (1999). Za hranice mozku: narození, smrt, transcendence. Praha: Perla.
- Grof, S. (2000). Dobrodružství sebeobjevování. Praha: Perla.
- Grof, S. (2007(a)). Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí. Praha: Argo.
- Grof, S. (2007(b)). Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: pozorování z moderního výzkumu vědomí. Břeclav: Moraviapress.
- Grof, S., Grofová, Ch. (1999). Krize duchovního vývoje: když se osobní transformace promění v krizi. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Hall, J. A. (2005). Jungiánský výklad snů. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Henezelová de, M. (1997). Smrt zblízka – umírající nás učí žít. Praha: ETC Publishing.
- Horowitz, M., Palmerová, C. (2002). Mókša, klasické spisy Aldouse Huxleyho: o psychedelii a vizionářském zážitku. Praha: Volvox Globator.
- Hoskovec, J., Hoskovcová, S. (1998). Psychologie hypnózy a sugesce. Praha: Portál.
- Höschl, C., Libeger, J., Švestka, J. (2002). Psychiatrie. Praha: TIGIS.
- Huxley, A. (1996). Brány vnímání. Praha: DharmaGaia a Maťa.
- Internetové noviny Cact.cz. <http://www.cact.cz/noviny/2004/10/Peyotl.htm>.
- Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S. (1995). Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů.

- Kmuničková, Z. (1992, mimořádné vydání). Holotropní terapie a mimořádné stavy vědomí. Gemma, 7–8.
- Kratochvíl, S. (1999). Experimentální hypnóza. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2009). Klinická hypnóza. Praha: Grada Publishing.
- Krušinová, J. (1995, Leden). Klíč k třinácté komnatě, aneb 4x o holotropním dýchání. Gemma, 6–9.
- Krušinová, J. (1995, Únor). Klíč k třinácté komnatě, aneb 4x o holotropním dýchání. Gemma, 2-5.
- Kübler-Rossová, E. (1992). Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis.
- Mann, J. H. (1996). Jedy, drogy, léky. Praha: Academia.
- Masters, R. E. L, Houstonová, J. (2004). Druhy psychedelické zkušenosti: klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku. Praha: Maťa a DharmaGaia.
- Moody, R. A. (1991). Život po životě. Vizovice: Nakladatelství „LÍPA“.
- Nezbeda, O. (2003, 39). Za hranice mozku. Mladý svět, 47–48.
- Osho (1999). Od medikací k meditaci. Praha: Pragma.
- Osho (2007). Léčení duše: úplný soubor meditací, relaxací, cvičení na uvědomování si sebe sama a dalších metod pro fyzickou a citovou pohodu. Bratislava: Eugenika.
- Paleček, F. (2001). Patofyziologie dýchání. Praha: Karolinum.
- Plháková, A. (2004). Charchot, Janet, Freud a Haškovec. Konfrontace, 4/58, 211–213.
- Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- Ring, K. (1991). Čelem k věčnosti: zážitky na prahu smrti. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis.
- Rinpoče, N. N. (2001). Jóga snu a praxe přirozeného světla. Praha: Avatar.
- Rinpoče, T. W. (2003). Tibetská jóga snu a spánku. Praha: DharmaGaia.
- Rudgley, R. (1996). Kulturní alchymie: omamné látky v dějinách a kultuře. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny.
- Schirner, M. (2003). Dechové techniky. Olomouc: Fontána.
- Singh, R. S. (1997). Vnější a vnitřní mír cestou meditace. Praha: Pragma.
- Smithová, L. (1994). Smrt – konečná stanice? Praha: Portál.
- Skřivánek, P. (1995, Leden). Všichni dobří šamani. Gemma, 3–5.
- Suchý, A. (2003, Leden). Kde končí psychologie? Psychologie dnes, 26–27.
- Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál.
- Walach, H., Kohls, N., Belschner, W. (2005). Transpersonal psychology- psychology of consciousness: chances and problems. Psychother Psychosom Med Psychol. 55(9–10), 405–15.
- Wikipedia (2010). Holotropní dýchání.
- Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Holotropn%C3%AD_d%C3%BDch%C3%A1n%C3%AD (31. 3. 2010, 18:38).

Příloha č. 1.: Dotazník k diplomové práci – terapeut

Co je, podle Vás, předpokladem úspěšného absolvování holotropního dýchání?

Co je, podle Vás, smyslem holotropního dýchání?

Jaké jsou nejčastější motivy u lidí, kteří jdou na holotropní dýchání?

Jak holotropní dýchání může pomoci a v čem?

Komu Vy osobně byste holotropní dýchání doporučil(a)? Komu Vy osobně byste holotropní dýchání nedoporučil(a)?

Zasahujete do průběhu holotropního dýchání, pokud ano, jak?

Pomáháte následně interpretovat klientovi jeho průběh holotropního dýchání?

Stalo se Vám někdy, že holotropní dýchání klientovi psychicky uškodilo?

Setkáváte se u klientů s pocitem zklamání z průběhu holotropní terapie?

V čem si myslíte, že je největší přínos této metod

Jakou jinou psychoterapeutickou metodou byste nahradil(a), popř. doplnil(a) holotropní dýchání?

Co Vám osobně, jako terapeutovi, přináší práce s touto metodou?

Do jaké míry máte vlastní zkušenost s psychedelickými látkami (LSD, lysohlávkami a jinými psychedelickými drogami)?

Spatřujete nějakou podobnost v zážitcích vyvolaných LSD, lysohlávkami a holotropním dýcháním?

V čem spatřujete výhody navození holotropních stavů vědomí pomocí holotropního oproti LSD?

Co si myslíte o případném obnovení používání látky LSD pro výzkumné účely

Napadá Vás něco zajímavého, co byste ještě chtěl(a) dodat k této metodě nebo k práci s ní?

Příloha č. 2.: Dotazník k diplomové práci – klienti

1. Vaše pohlaví:
2. Váš věk:
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: nedokončené základní, základní, vyučen bez maturity, vyučen s maturitou, ukončené středoškolské vzdělání, ukončené vysokoškolské vzdělání:
4. Rodinný stav: ženatý/vdaná, svobodný(á),vdovec/vdova, rozvedený(á):
5. Domácnost: žiji sám/sama, žiji s partnerem/ partnerkou:
6. Jste zaměstnaný(á)? ano – zaměstnanec; ano - OSVČ; nezaměstnaný (á); na mateřské/rodičovské dovolené, důchodce/důchodkyně
7. Nebo jste: žák/ žákyně, student/ studentka, učeň/učnice, ,
8. Pokud jste zaměstnaný(á), jaká je Vaše funkce ve firmě, podniku, továrně aj.?
9. Chodíte pravidelně k psychologovi, psychiatrovi, k terapeutovi?
10. Pokud ano, s jakým problémem?
11. Co Vás motivovalo k tomu, že jste se přihlásil(a) na holotropní dýchání?
12. Co jste očekával(a) od holotropního dýchání?
13. Vědělo Vaše nejbližší okolí, že půjdete na holotropní terapii?
14. Pokud ano, jak reagovalo?
15. Jak jste prožíval(a) holotropní dýchání?
16. Jaké Vaše vnitřní obrazové představy provázely holotropní dýchání?
17. Jaké tělesné pocity jste prožíval(a) během holotropního dýchání?
18. Jaké emoce jste prožíval(a) před a během holotropního dýchání?
19. Jak jste dýchal(a) po celou dobu holotropního dýchání (pomalu, intenzivně, potichu, nahlas, střídavě jsem zpomaloval(a) a zrychloval(a), do rytmu hudby atd.?)
20. Jaký vliv měla podle Vás hudba na průběh holotropního dýchání?
21. Jak Vám pomohl podpůrný kontakt od terapeuta nebo pomocníka, pokud k němu došlo?
22. Jak Vám pomohla práce s Vaším tělem, pokud k ní u Vás došlo během HD?
23. Jaké pro Vás bylo mít vedle sebe pomocníka (sittera) při holotropním dýchání?
24. Jaké pro Vás bylo být v roli pomocníka (sittera) při holotropním dýchání?
25. Překvapilo Vás něco během průběhu holotropního dýchání nebo po něm?
26. Jaké byly Vaše bezprostřední pocity po absolvování holotropního dýchání a jak se měnily v čase:
po týdnu:
po měsíci:
po půl roce:
po roce/ letech (kolika):
27. Jakou změnu jste pocítil(a) po absolvování holotropního dýchání?

28. Změnily se nějak Vaše hodnoty a v čem konkrétně vidíte změnu?
29. Změnily se nějak Vaše postoje a v čem konkrétní změnu vidíte?
30. Změnily se nějak Vaše myšlenky a v čem konkrétní změnu vidíte?
31. Jaký to byl celkově pro Vás zážitek?
32. V čem Vám, podle Vás, holotropní dýchání pomohlo?
33. Jak ovlivnilo holotropní dýchání Váš vztah k sobě samé(mu) a ke svému okolí?
34. Všimlo si Vaše okolí po absolvování holotropního dýchání u Vás nějaké změny?
35. Kolikrát už jste absolvoval(a) holotropní dýchání?
36. Pokud vícekrát, mělo holotropní dýchání u Vás pokaždé stejný průběh?
37. Pokud ne, v čem byl podstatný rozdíl?
38. U kolika terapeutů jste absolvoval(a) holotropní dýchání?
39. Jaký vliv má podle Vás osobnost terapeuta na průběh holotropního dýchání?
40. Jak jste si vybíral(a) terapeuta, který vedl Vaše holotropní dýchání?
41. Jaký vliv má podle Vás prostředí, kde holotropní dýchání probíhá, na jeho průběh?
42. Chtěl(a) byste holotropní dýchání absolvovat znovu, pokud ano, tak proč?
43. Chtěl(a) byste ještě něco dodat k našemu rozhovoru?

Příloha č. 3.: Seznam certifikovaných terapeutů holotropního dýchání v ČR

Badoučková Jitka, Mgr., Revoluční 23, 110 00 Praha 1, telefon:
+420 222 317 176,

Mobilní telefon: +420 603 785 795, e-mail: sirael9@volny.cz

Böhmová Jaromíra, PhDr.

David Boris, statek u Dušků, Skřídla č. 8, Velečín (Jihočeský kraj), 382 32

Mobil: 775 633 827, Telefon: 386 460 536, www.skridla.info, vizitka: boris-david.vcf

Dočkalová Petra, MUDr., AKTIP – Konzultační a terapeutický institut, Perucká 23,
120 00 Praha 2 – Vinohrady, Mobilní telefon: 608 513 691, E-mail: info@aktip.cz,
www.aktip.cz

Dvořáček Vladimír, PhDr., ul. Botanická 50, 602 22 Brno, Telefon: 541 218 409

Hálová Zlata, PhDr., CSc., PSYCHOCENTRUM, Starobrněnská 13, 602 00, Brno

Telefon: 542 210 295 v pracovních dnech 9 – 18 hodin,

e-mail: psychocentrum@centrum.cz

Hrabánek Milan, MUDr., Čapkova 13, 746 01 Opava,

Telefon+fax: +420 553 615 324, Mobilní telefon: +420 603 718 185, e-

mail: hrabaneck@holos.cz

Chrástánská Ludmila, PhDr., K. Chocholy 4, 370 05 České Budějovice,

Mobilní telefon: +420 603 207 273 (Lucie-organizace),

Mobilní telefon: +420 775 717 887 Centrum Nesměň, info@centrum-nesmen.cz

Kašpar Miroslav, Skřídla 8, 382 32, Velečín, Mobilní telefon: 602 864 331

Kmuničková Zdena, MUDr., ul. Blanická 26, 120 00 Praha 26,

Telefon: +420 222 513 689, www.holotropic.cz

Kudrle Stanislav, MUDr., Do Zámostí 67, 317 00 Plzeň, Telefon: 608 882 234

e-mail: doorway@seznam.cz

Kursa Jaroslav, MUDr.

OS HOLOS, Čapkova 13, 746 01 Opava, Telefon+fax: +420 553 615 324,

Mobilní telefon: +420 603 7181 185, e-mail: holos@holos.cz

Peč Ondřej, MUDr.

Petráňová Táňa

Petrášová Niki, Ing.

Šilar Jan, Ing., Sídliště BSS 1346, 250 01 Brandýs n. L.,

Mobilní telefon: 608 149 908

e-mail: silarj@rferl.org

Tervinová Patricie

Vančura Michal, Mgr.

Příloha č. 5.: NEO-PI-R osobnostní inventář - Ženy

Ženy 22-83 let

Forma **S 2**

SEBEPOSOUZENÍ

Imena: _____ Datum: _____

Věk: _____

	velmi vysoký					vysoký					střední					nízký					velmi nízký				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
98	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
99	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
100	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	Společný vzorec					Agresivita					sociální					úspěch					Společný vzorec				

Copyright © 2004 by Psychological Resources, Inc.

Příloha č. 6.: NEO-PI-R osobnostní inventář – záznamový list

ZÁZNAMOVÝ LIST Forma 5/J

NEO-PI-R

Iméno a příjmení:

Věk: Pohlaví: muž žena

Datum: Sebeprorčení: Prorčení jiného:

Iméno posuzovaného člověka:

	VN vůbec nevystihuje		SN spíše nevystihuje		N neutrální		TV spíše vystihuje		UV úplně vystihuje	
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A) Snaží(a) jsem se odpovídat upřímně ano ne

B) Odpověď(a) jsem na všechny výroky? ano ne

C) Znamena(a) jsem své odpovědi na správné místo? ano ne

Objednací číslo: 123-4
© Pearson Education, Praha 2004

Příloha č. 7.: Zadání diplomové práce

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

PSYCHOLOGIE

Katedra:
Svobodová Ivana
Příjmení, jméno:
F04515
Osobní číslo studenta:
PSYCHOLOGIE, prezenční, jednooborová
Studijní obor:

Zadané téma:

Holotropní dýchání – cesta ke změněnému stavu vědomí

Název práce v angličtině:

Holotropic breathing – way to changed status of consciousness

Rozsah práce: dle platných stanov

Zásady pro vypracování:

Autorka má sama zkušenost s holotropním dýcháním. Cílem práce bude posoudit kvalitativní i kvantitativní cestou změny, ke kterým dochází po holotropní terapii. Teoretická část práce bude sestavena z kapitol, které budou mapovat fyziologické stavy změněného vědomí – spánek, sny, denní snění. Dále změněné stavy vědomí pomocí psychofyzických metod, chemicky účinných látek, popřípadě kombinace obojího. Stěžejní kapitola bude věnována holotropnímu dýchání a jeho terapeutickým možnostem. Předpokládáme rozsah souboru v počtu 20 osob a více.

Příloha č. 8.: Zadání diplomové práce – část II.

Seznam odborné literatury:

Grof S. (2000): Dobrodružství sebeobjevování. Perla, Praha.

Grof S. (1999): Holotropní vědomí. Perla, Praha.

Grof S. (1998): Kosmická hra: zkoumání hranic lidského vědomí. Perla, Praha.

Grof S. (1999): Za hranice mozku: narození, smrt, transcendence. Perla, Praha.

Termín zadání práce: listopad 2007

Termín odevzdání práce: březen 2009

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


.....
podpis vedoucího práce


.....
podpis vedoucího katedry


.....
datum




.....
podpis děkana

Příloha č. 9.: Abstrakt diplomové práce

Vysoká škola: Palackého univerzita Olomouc
Katedra: psychologie

Fakulta: filozofická
Školní rok: 2009/2010

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Ivana Svobodová

Obor: Psychologie – jednooborová

Rok imatrikulace:

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

Oponent:

Počet stran:

Název diplomové práce: Holotropní dýchání – cesta ke změněnému stavu vědomí

Thesis title: Holotropic breathing – a way to altered state of consciousness

Abstrakt diplomové práce

Diplomová práce se zabývá studiem metody holotropního dýchání. Autorka uvádí čtenáře do problematiky změněných stavů vědomí, vlastní metody holotropního dýchání, jeho potenciálu jako psychoterapeutické metody a monitoruje současnou praxi této metody v České republice. Výzkumná část se zabývá osobnostní charakteristikou klientů, kteří absolvovali holotropní terapii, a hodnotí přínos terapie pro klienty na základě osobních zkušeností respondentů výzkumu.

Klíčová slova: holotropní dýchání, změněné stavy vědomí, transpersonální psychologie, osobnostní inventář NEO-PI-R

Thesis abstract

Diploma thesis studies a topic of holotropic breathing method. The author introduces a field of altered states of consciousness, particularly the method of holotropic breathing, its potential as a psychotherapeutic method and monitors current practice of holotropic breathing in the Czech Republic. Research part of the thesis studies personal characteristics of holotropic breathing clients and evaluates the impact of the therapy for the clients based on their personal experiences.

Key words: holotropic breathing, altered states of consciousness, transpersonal psychology, personality inventory NEO-PI-R