

Univerzita Pardubice

Filozofická fakulta

Drogová závislost a její léčba pomocí psychedelické terapie

Bc. Daniel Klement

Diplomová práce

2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Daniel Klement**
Osobní číslo: **H14515**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Drogová závislost a její léčba pomocí psychedelické terapie**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Student si vybral dané téma z toho důvodu, že se již delší dobu zajímá jednak o drogovou problematiku, tak také o možnosti její léčby a to zejména pomocí psychedelické terapie. V teoretické části diplomové práce by chtěl zmapovat již prováděné léčebné procedury, které jsou založeny na administraci psychedelické látky a následné psychoterapii. Praktická část bude sestávat z kvalitativního výzkumu, jež bude tvořen vizuálním filmovým zpracováním. Cílem vizuálního materiálu bude zachytit princip a koncept tohoto alternativního typu léčby závislosti, zaznamenání jejího samotného průběhu a následného zhodnocení toho, zdali došlo k resocializaci vyléčeného uživatele drog.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FRANK, Peter. Ibogain - klíč k uzdravení. Kratochvilka: Čintámani, c2013, 68 s. ISBN 978-80-87802-03-8.

HARTNOLL, Richard. Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe: co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2005, 96 s. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-45-5.

HORÁK, Miroslav. The house of song: rehabilitation of drug addicts by the traditional indigenous medicine of the Peruvian Amazon. Issue 1st. Brno: Mendel University in Brno, 2013, 173, v s. ISBN 978-80-7375-868-4.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

LUNA, Luis Eduardo. Vegetalismo: šamanismus mezi městským obyvatelstvem peruánské Amazonie. Praha: DharmaGaia, 2002, 267 s. ISBN 80-866-8502-0.

MASTERS, Robert a Jean HOUSTON. Druhy psychedelické zkušenosti: klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku. Praha: DharmaGaia, 2004, 410 s. ISBN 80-866-8518-7.

STAFFORD, Peter. Encyklopedie psychedelických látek. Praha: Volvox Globator, 1997, 495 s. ISBN 80-720-7057-6.

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **30. března 2015**


Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2016**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. listopadu 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Chrudimi dne 23. 11. 2016

Daniel Klement

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval panu profesoru Karlu Rýdlovi za jeho cenné odborné rady a připomínky při vedení této práce. Slova díky patří rovněž vyučujícím katedry věd o výchově, kteří mně zapůjčili videokameru. Dále bych chtěl poděkovat své kolegyni a přítelkyni Michaele Mullerové za pomoc při pořizování audiovizuálních záznamů a podporu při tvorbě práce. V neposlední řadě slova díů samozřejmě patří všem respondentům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

V Chrudimi

dne 20. listopadu 2016

Daniel Klement

Anotace

Předložená diplomová práce se zabývá možným využitím psychedelické terapie za účelem léčby drogové závislosti. V teoretické části práce mapuji základní termíny týkající se problematiky drogové závislosti a psychedelické zkušenosti. Hlavním tématem této části práce je zaostření na využití vybraných způsobů navození psychedelické zkušenosti za účelem terapie s drogově závislými.

Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem. Jejím cílem je za pomoci hloubkových rozhovorů postihnout u vybraných respondentů subjektivní vnímání přínosů psychedelické terapie ve vztahu k jejich problému s drogami. Na zachycení subjektivního vnímání respondentů jsou zaměřeny i dílčí cíle týkající se drogové anamnézy, motivace k léčbě drogové závislosti a důvodů pro výběr psychedelické terapie. Výpovědi respondentů shrnuji do kazuistických studií. V příloze je pro ilustraci přiložen audiovizuální záznam s výpověďmi respondentů popisující své autentické zkušenosti s psychedelickou terapií.

Klíčová slova

psychedelická zkušenost, drogová závislost, psychedelická terapie, drogy, holotropní dýchání, léčba drogové závislosti

Annotation

This thesis deals with the possible use of psychedelic therapy for the treatment of drug addiction. The theoretical part describes fundamental terms relating to the issue of drug addiction and psychedelic experiences. The main theme of this part is to focus on the use of selected methods of inducing psychedelic experience to therapy with drug addicts.

The practical part includes qualitative research. Its goal with the help of depth interviews with selected respondents describe the subjective perception of the benefits of psychedelic therapy in relation to their drug problem. To capturing perceptions of respondents are focused even sectional aims regarding the drug anamnesis, motivation for treatment of drug addiction and the reasons for the selection of psychedelic therapy. Interviews with respondents are summarized to case studies. To illustrate i attached the audiovisual record with interviews of respondents describing their authentic experience with psychedelic therapy.

Keywords

psychedelic experience, drug addiction, psychedelic therapy, drugs, holotropic breathing, drug treatment

Obsah

Úvod	10
1 Psychedelická zkušenost	12
2 Drogová závislost.....	15
3 Psychedelická zkušenost a její komplexní přístup k léčbě drogových závislostí.....	17
3.1 Biochemická rovina	18
3.2 Psychická rovina	19
3.2.1 Kognitivní úroveň	19
3.2.2 Emoční úroveň	20
3.3 Sociální rovina	20
3.4 Spirituální rovina.....	21
4 Vybrané způsoby navození psychedelického stavu a jejich využití při léčbě drogové závislosti	23
4.1 Ibogain	23
4.1.1 Představení	23
4.1.2 Účinky ibogainu.....	24
4.1.3 Ibogain a jeho využití v léčbě drogových závislostí	25
4.2 Ayahuasca	28
4.2.1 Představení ayahuasky	28
4.2.2 Účinky ayahuasky	29
4.2.3 Ayahuasca a léčba drogové závislosti	30
4.3 Holotropní dýchání	33
4.3.1 Představení	33
4.3.2 Průběh holotropního dýchání	34
4.3.3 Holotropní dýchání a léčba závislosti	35
5. Výzkumné šetření.....	37
5.1 Cíl výzkumu	37
5.2 Výzkumné otázky	38
5.3 Metodika výzkumného šetření	38
5.4 Popis výzkumné metody	40
5.5 Výběr účastníků výzkumu.....	41
5.6 Etické rozměry výzkumu	42
5.7 Zajištění kvality výzkumu.....	44
5.8 Rozhovor jako kvalitativní výzkumná metoda.....	45

5.9 Případové studie	47
5.9.1 Ludmila	47
5.9.2 Marek	49
5.9.3 Jakub	53
5.9.4 Libor	56
5.10 Interpretace výsledků zkoumání	60
5.11 Závěr výzkumu a vyhodnocení hlavní výzkumné otázky	72
Závěr	74
Použité prameny	76
Seznam příloh	83

Úvod

Terapeutické využití psychedelické zkušenosti, potažmo změněných stavů vědomí, si pro svůj překvapivě velký pozitivní potenciál získává stále větší pozornost laického i vědeckého světa. Stačila by amatérská obsahová analýza médií a získali bychom doklady o stále se zvyšující četnosti kvalifikačních prací zabývajících se tímto tématem. Populárně naučné články psychedelickou zkušenost již nedémonizují, ale často odkazují na úspěchy v oblasti léčebného a terapeutického využití. Odborníci pořádají konference, které již získávají celosvětový respekt a uznání odborníků na péči o duševní zdraví člověka. Ačkoli se v porovnání s uplynulými dekádami dá v současnosti mluvit o tom, že převažuje erudice nad diletantstvím a pozitivní střízlivý pohled nad tím slepě negativisticky odsuzujícím, tak i přesto je nadále tolik potřebný výzkum této oblasti limitován ilegálním statusem psychedelík a stále trvajícím skeptickým přístupem racionální západní vědy k psychedelické zkušenosti. Naprosto neefektivní, kontraproduktivní a desítkami let potvrzená nefunkčnost politiky tzv. „války proti drogám“ však stále žije a svými jednostranně restriktivními postupy ztěžuje bohužel i posun v oblasti nových přístupů k drogové problematice. Stejně tak negativně je zasažen i výzkum přínosů psychedelické zkušenosti.

Ve světle výše popsaného diskursu u mě vyvstala touha připojit se svojí troškou k výzkumníkům snažícím se netabuizovat a destigmatizovat téma psychedelie a zaměřit se na ohromný terapeutický potenciál psychedelické zkušenosti. Vzhledem k tomu, že mým dlouhodobým zájmem je drogová závislost a alternativní přístupy k její léčbě, výběr tématu pro diplomovou práci nebyl složitý.

Cílem diplomové práce je tedy zmapovat vybrané možnosti a způsoby využití psychedelické terapie za účelem řešení drogového problému. Teoretická část sestává z výčtu základních termínů, které se snažím stručně vysvětlit. Dále předkládám přehled nejužívanějších a nejefektivnějších způsobů k navození psychedelické zkušenosti, která je nezbytnou podmínkou psychedelické terapie.

Empirická část práce je tvořena kvalitativní výzkumnou strategií. Jejím cílem je pomocí hloubkových rozhovorů zmapovat u vybraných respondentů subjektivní vnímání

přínosů psychedelické terapie ve vztahu k jejich problému s drogami. Na zachycení subjektivního vnímání respondentů jsou zaměřeny i dílčí cíle týkající se drogové anamnézy, motivace k léčbě drogové závislosti a důvodů pro výběr psychedelické terapie. Výpovědi respondentů shrnuji za účelem přehlednosti do případových studií. Pro názornou ilustraci je do příloh diplomové práce vložen audiovizuální záznam s výpověďmi respondentů popisující své autentické zkušenosti s psychedelickou terapií.

1 Psychedelická zkušenost

„*Je to zkušenost, která vás změní*“ (Páleníček v Třešňák, 2015).

Primárním úkolem, který je třeba splnit před zahájením práce s termínem *psychedelická zkušenost*, je vymezení pojmu *psychedelický*. Jde o termín, kterého prvně užil Humphry Osmond roku 1957 během projevu k newyorské akademii věd (Shlain, Lee, 1996, s. 121). Z jazykovědného pohledu jde složení dvou řeckých slov. *Psyché* - duše a *delein* - učinit zjevným. Pospolu tedy *odhalující duši* či v doslovném překladu, *mysl odahuljící*. Právě tato manifestace mysli je tím, poněkud abstraktním, předmětem psychedelické zkušenosti (Furst, 1996, s. 10; Metzner, 2011, s. 88).

Komplexnost psychedelické zkušenosti, jak vidno, tkví už v jeho abstraktní sémantické poloze. Nejinak je to s touto složitostí v dalších rovinách. Psychedelická zkušenost, potažmo její léčivý potenciál nepřichází na racionální úrovni, spíše však jako vnitřní prožitek emoční změny, objevení určitých míst v sobě samém, která jsme do té doby vůbec nebyli schopni cítit, natož uchopit, pojmout a vstřebat (Metzner, 2011, s. 89; McKenna, 1999).

Psychedelické látky a techniky navození psychedelické zkušenosti disponují potenciálem možného přístupu k vytěsněným vzpomínkám. Toto můžeme připodobnit k regresi na časové smyčce a tím docílit ke znovuprožívání do nevědomí vytěsněných obsahů (Masters, Houston, 2004, s. 305). Psychedelické stavy nám tedy dávají možnost tyto obsahy s často traumatickým podtextem znovu prožít, „odžít je“ a prostřednictvím katarze se s nimi vyrovnat. Často se jedná o traumatizující zážitky z období dětských let. Obranným mechanismem dítěte na traumatizující událost je právě potlačení, vytěsnění. Dítě trauma a problémy s ním související dočasně vytěsní do nevědomí. Trauma se však i v podvědomé složce osobnosti „ozývá“ a negativně ovlivňuje jedincovu kvalitu života po celou dobu (Nakonečný, 1998; Kudrle v Kalina, 2003, s. 193). Právě drogová závislost má prokazatelně hluboké kořeny v minulosti závislého jedince. Psychedelické stavy odborníkům a jejich pacientům účinně pomáhají odloupnout mnohočetné vrstvy ega, času a potlačených vzpomínek a usnadňují hledání sofistikovaně skrytých příčin závislostního chování (Grof, 1998, s. 122).

Na tomto místě shledávám za důležité zdůraznit, že je třeba uvědomit si, že panují značné rozdíly mezi psychedeliky a drogami, jakožto látkami, na nichž vzniká závislost a hrubým způsobem škodí psychickému a fyzickému zdraví a následně i sociálnímu postavení (např.: alkohol, heroin, metamfetamin apod.) (Hoffman, 1997, s. 47). V žádném případě se terapeutické užití psychedelický látek nedá nazvat „vytloukáním klínu klímem“. To, že jsou psychedelika řazena do skupiny ilegálních drog, je pouze nedostatečná odborná erudice zákonodárců, kteří těmito zákazy pouze znemožňují či minimálně stěžují a znesnadňují tolik potřebný výzkum v této oblasti (Czeps, 2016).

S drogami v „klasickém“ slova smyslu asociujeme hlavně nutkavé, kompulzivní jednání, které postupem času vede k destrukci hodnot a vzorců myšlení a jednání, které je nahrazeno patologickými strukturami. Účinek psychedelických látek je však úplně jiný. Psychedelika mají potenciál vyvolat v nás silnou dávku reflexe vlastního chování a jednání. Nastavují našemu patologickému jednání pomyslné zrcadlo a s tímto odrazem nás nemilosrdně konfrontují. McKenna (1998, s. 319) říká, že psychedelika „*rozbíjejí návyky, modely a vzorce myšlení. Ve skutečnosti člověka nutí, aby tyto struktury prozkoumal a posoudil. Podobný vzhled pilulek je to jediné, co psychedelika mají s „drogami“ společné.*“ Psychedelika se nedají považovat za drogy v obecně zažitém významu rovněž proto, že se u nich nedá předpokládat určitá reakce těla a mysli. Obsah průběhu psychedelického stavu je odvislý především od setu a settingu¹ - míry přípravy a vlivů prostředí (Psychedlie, 2000, s. 62).

Lakonicky by se mechanismus účinku dal popsat jako proces odbourávání bariér striktně rozumového myšlení, které je základem normálního stavu vědomí. Pochopitelně je i během normálního vědomého stavu člověkem vnímána nepřeborná suma podnětů. Vlivem faktorů výchovy, civilizace a dospívání je vytvořeno jakési síto, které účelně a prakticky filtruje okolní podněty. Pro kontrast uveďme fantaskní a zdánlivě neskutečné vize malých dětí, jejichž myšlení ještě není „racionalizováno“ výchovou a procesem socializace (Výrost, Slaměnik, 2008). Během psychedelického stavu je toto síto zčásti odejmuto. Po určitou dobu je tedy znesnadněn výkon běžných činností praktického charakteru, je nám však umožněno nahlédnout vize a informace, které mozek během bdělého stavu filtruje.

¹ Setem je myšlen souhrn očekávání, připravenosti a celkového naladění. Settingem je míněno prostředí a jeho vhodnost pro absolvování psychedelické zkušenosti (Masters, Houston, 2004, s. 169).

Pokud je po dobu těchto počitků proband doprovázen profesionální kontrolou zkušeného odborníka v rámci psychoterapie, lékaře či například šamana, může být terapeutický potenciál psychedelické zkušenosti opravdu vysoký (Mabit, 2007). Na výše zmíněná slova o kontrole, odbornosti a profesionálně je třeba brát obzvláště důrazný zřetel. V žádném případě nechci a nehodlám na tomto místě tvrdit, že psychedelické látky a psychedelickou zkušenost navozující techniky jsou pro každého naprosto bezpečné a doporučitelné pro absolvování. Například neuvážené rekreační užití psychedelické látky může vést k tzv. badtripu² a takto náročná psychedelická zkušenost může mít pro daného jedince nepříjemné konsekvence (Czeps, 2016). Je nabíledni, že se jedná o instrumenty s nesmírnou silou a dechberoucím potenciálem, který jsou s to zapříčinit pozitivní posun v rámci lidského života. Se stejnou silou, s jakou může psychedelická zkušenost léčit a pozitivně ovlivňovat, může při užití nepatřičnými jedinci v nepatřičném prostředí škodit. Jak trefně poznamenal Stanislav Grof: (2007, s. 198) *„Otázka, zda je LSD fenomenálním lékem, nebo d'ábelskou drogou, je stejně nesmyslná jako otázka položená ohledně pozitivního nebo negativního potenciálu nože.“*

² doslova špatný výlet (z angl.), nečekané, náhodné, nepříjemné až krizové a chorobné negativní prožitky, zážitky a účinky intoxikace vyvolané požitím psychedelické látky.

2 Drogová závislost

Snad ani není třeba zmiňovat tak často opakovaný fakt, že závislost je rozsáhlým a mnohočetným problémem, který se dotýká široké škály oblastí lidského života, potažmo společnosti jako celku. S touto všeobecně možnou aplikovatelností výše uvedeného však rozhodně nekoresponduje existence univerzálnosti odpovědi na otázku po účinném léku na závislost. Shoda nepanuje ani v přístupu k závislým jedincům. Stále není a pochybuji, že někdy bude vynesena jasný konsensus nad tím, jestli je třeba závislé trestat, napravovat nebo jim pomáhat, litovat je či léčit. Tuto domněnku potvrzuje hned několik odborníků napříč literaturou (Kalina, 2003; Nešpor, 2011; Gronský a Zábranský, 1997 Raboch, Zvolský, 2001).

Drogová závislost (či zastarale toxikománie) je fenomén, jímž se na celém světě zabývá široké množství různorodých institucí již skutečně dlouhou dobu. Není tedy divu, že proběhla a probíhá celá řada výzkumů, z nichž vzešla spousta definic drogové závislosti. Syndrom závislosti je definován mimo jiné Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10). Jde o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina, 2003). Podle M. Vokurky (1995, s. 87) je drogová závislost „*chorobný stav spojený s nezvladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, mnohdy s tendencí ke zvyšování dávek. Při nedostatku drogy může vzniknout abstinenci syndrom daný existencí psychické či fyzické závislosti. Drogová závislost je spojena s negativními důsledky pro postiženého jedince či společnost.*“

Výsledky Výroční zprávy ve věcech drog v České republice v roce 2014 (Mravčík a kolektiv, 2015) ukazují, že výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2015 činily celkem 1 597 mil. Kč. Rizikovou konzumaci alkoholu vykazuje celkem 17-20% české populace, počet problémových uživatelů drog je odhadován na 44,9 tisíc osob, přičemž zahrnuje pouze uživatele opioidů a pervitinu v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními. To znamená že, tato čísla jsou pouze orientační a vysoce podhodnocená. Neoddiskutovatelným faktem je, že velká část uživatelů se svým problémem nikdy nepřichází do kontaktu s žádnou institucí a skutečný rozsah problému

závislosti v naší společnosti nám tak zůstává skrytý. Právě toto až nepochopitelně nezoráné pole skrytých uživatelů by podle mého soudu mělo být pro výzkumníky velkou motivací.

Nutno navíc poznamenat, že úspěšnost běžně užívané léčby nebývá valná (viz Mravčík a kolektiv, 2015). Osobně navíc princip např. substituční metadonové léčby pro závislé na opiátech vnímám jako pouhé vytloukání klínu klínem, kdy je jedna závislost nahrazena druhou – ačkoliv v případě metadonu papírově legální - závislostí. Proto vnímám jako důležité zkoumat jakékoliv alternativní možnosti léčby, které přinášejí pozitivní výsledky. Jednou z takových alternativ může být právě psychedelická terapie.

3 Psychedelická zkušenost a její komplexní přístup k léčbě drogových závislostí

Již výše jsem uvedl svoji pochybnost o dobré kvalitě současných terapeutických programů zaměřených na drogově závislé. Samozřejmě chci podotknout, že ze své pozice si nedovoluji zpochybňovat význam tzv. harm reduction³ přístupu k drogově závislým. Myslím si ovšem, že k tak složitému problému s množstvím moderujících proměnných, jakým je závislost, je potřeba přistupovat komplexně a zaměřit se vedle zmírňování dopadu užívání také na hluboko skryté kořeny příčin drogové závislosti. Psychoterapeutické postupy za podpory administrace psychedelické látky či navození psychedelického stavu kupříkladu pomocí holotropního dýchání tak mohou představovat vítanou alternativu ke klasické v současnosti dostupné léčbě závislostí. Vzhledem k rozšíření a závažnosti závislostí ve spojení s ne zcela fungujícími léčebnými programy považuji za důležité zkoumat jakékoliv alternativy, které jsou z pohledu pacientů účinné a v kontrolovaném prostředí relativně bezpečné. I přesto, že jsou dosud kvůli jejich legislativnímu postavení dostupné jen stěží.

Ve své práci vycházím z toho, že na tak složitý fenomén, jakým je drogová závislost, je nutné nahlížet komplexním bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti (Kudrle v Kalina, 2003, s. 92). Tento přístup na rozdíl od zastaralého a značně redukcionistického biomedicínského pohledu, podle nějž je závislost převážně organickou poruchou mozku, vychází z toho, že drogová závislost je reverzibilní onemocnění dotýkající se všech oblastí lidského života. Závislost tak vzniká a projevuje se na všech výše zmíněných úrovních, to znamená, že je také třeba zaměřit léčbu na všechny úrovně. Psychedelické stavy jsou v této záležitosti velmi dobře využitelný a funkční nástroj (Kudrle, 1993, s. 80).

Současný stav poznatků a hypotéz týkající terapeutického působení psychedelických stavů na drogově závislé je zastoupen jednotlivě na všech úrovních bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Proto shledávám jako příhodné zaměřit se na popis jednotlivých přístupů k problematice závislosti.

³péče mající za cíl snižování rizik a minimalizaci zdravotních a ekonomicko-sociálních poškození drogami u osob, které tč.užívají různé návykové látky a nemají motivaci v dohledné době toho zanechat (jde o tzv. nízkoprahovou péči),též terciární prevence (Kalina, 2003).

3.1 Biochemická rovina

Vědci Prickett a Liester (2013) se zabývali dosavadními poznatky o vlivu psychedelických látek na závislosti na bio-úrovni a na základě toho navrhli hypotézu toho, že pro vznik a udržování závislosti je směrodatný hormon dopamin. Právě dopaminové dráhy úzce souvisí s motivací, potěšením a odměnou (Barrett, Barman a kol, 2009, s. 328). Tvrdé drogy (zejména pervitin) spouští uvolňování dopaminu mnohonásobně více než normální „nedrogové odměny“, čímž vedou k intenzivním (byť instantním) příjemným pocitům. Je však samozřejmé, že abúzus drogy vede k plýtvání dopaminem a tím jeho vyčerpání. Ona rychlost nástupu odměny u drogy má svá úskalí. Téměř žádná míra vynaložené úsilí, rychlost a nezasloužené navození odměny pomocí drogy má za následek silné, ale krátké trvání odměny a pocitu štěstí a tím ale brzké nastoupení anhedonie a carvingu (tzv. „dojezd“). Právě vyčerpání dopaminu je na biochemické úrovni ornou půdou pro silné bažení po drogách, což vede zákonitě k posilování užívání návykových látek (Nešpor, K., Provazníková, H. 1999, s. 65, Raboch, Zvolský, 2001, s. 241).

Dle modelu tzv. duálního deficitu (Rothman, Blough & Baumann, 2007) má abúzus drog za následek nejen redukcí dopaminu, ale i serotoninu. Nedostatečná hladina serotoninu zapříčiňuje abstinenci syndrom, který nastane při zastavení přísunu drog. Nízká úroveň dopaminu a serotoninu tak pravděpodobně přispívá velkou měrou k abstinenci příznakům, cravingu a následně tedy nechtěnému relapsu (Raboch, Zvolský, 2001, s. 193). V ideálním případě by se tedy léčba na bio-úrovni měla zaměřit na zvyšování míry serotoninu a na ustálení normální hladiny dopaminu. v mezolické oblasti (nepřiměřené zvýšení dopaminu v krvi by zase umožnilo rozvoj závislosti, naopak nízké množství má za důsledek abstinenci syndrom) (Blough & Baumann, 2007; Raboch, Zvolský, 2001, s. 191). Důležité alkaloidy, které jsou obsahem například ayahuasky ibogainu (o nichž pojednávám podrobněji níže) účinně působí na dopaminové a serotoninové dráhy, čímž dochází ke kýžené regulaci, která by mohla pomoci v léčbě závislosti (Brierley, Davidson, 2012, s. 267; Prickett & Liester, 2013).

3.2 Psychická rovina

Ať šlo o takřka jakýkoliv výzkum, zabývající přínosem psychedelických látek v oblasti léčby závislosti, většina autorů (např. Shanon, 2014; Bouso a Riba, 2014; McKenna, 2004; Grof, 2014,) podává zmínku o přínosech psychedelických stavů na úrovni psychické.

Z hlediska psychoterapeutického je často považován za významný často zmiňovaný účinek psychedelik, který umožňuje užívajícímu jedinci zpřístupnit či zjednodušit cestu do svého nevědomí (Grof, 2000; Mabit, 2007). Tento efekt otevření cesty k exploraci vlastních nevědomých obsahů je zastoupen v mnoha procesech vyvolaných psychedelickými látkami či technikami vedoucími k indukci psychedelických stavů. Z psychoterapeutického hlediska bychom mohli rozdělit tyto procesy do dvou úrovní účinkování. Rozdělme to na úroveň afektivní a kognitivní.

3.2.1 Kognitivní úroveň

Z hlediska kognitivního psychedelické stavy podporují expanzi do významných vědomých i nevědomých a potlačených obsahů vědomí. Usnadňují tak léčbu vytěsněných traumatických zážitků, které mnohdy mají více či méně přímý vliv na pacientovo jednání a chování i v budoucnu (Prickett & Liester, 2013, Grof 2014).

Takové kognitivní vhledy vedou poté k dekonstrukci patologických vzorů jednání vzorců (Prickett & Liester, 2014). S touto myšlenkou přínosu vhledů na psychickou podstatu obtíží a jejich souvislostí s potlačenými vzpomínkami se ztotožňují například psychoterapeutické přístupy Norcross a Prochasky (v Kalina, 2013). Jednoduše řečeno – můžeme pomocí „rozpomenutí“ se na potlačené zážitky lépe pochopit současné nutkání brát drogy. Co se týče podobných přínosných vhledů a rozpomenutí, Shanon (2014) v této souvislosti vyzdvihuje význam množství těchto obsahů. Psychedelická terapie umožní díky svému charakteru mnohonásobně více vhledů než, kolik by umožnily roky klasického psychoterapeutického působení. Tuto velmi výhodnou psychoterapeutickou vlastnost psychedelických stavů na kvantitativní úrovni zejména pro současnou uspěchanou a netrpělivou společnost shledávám jako velmi výhodnou.

3.2.2 Emoční úroveň

Všechny kognitivně zaměřené aspekty jsou většinou doprovázeny rozličnými, často velmi silnými emocemi. Emoce všeobecně zapříčiní, že dané vhledy nabývají na osobním a tím i terapeutickém významu. Velmi častým jevem je, že psychedelické stavy jsou na emotivní úrovni katalyzátorem vytěsněných emocí, jež se objevují paralelně s „rozpomenutím se“ na potlačené vzpomínky. Díky tomuto může pacient dojít k psychoterapeuticky kýžené (Norcross a Prochaska v Kalina, 2013) katarzi neodžitéch emocí. Může tedy dosáhnout emotivní zkušenosti, která pro něj bude očišťující. Tato katarze se často vyznačuje přímou pacientovou konfrontací s negativními a bolestivými emocemi, před nimiž ho bdělé vědomí za účelem sebezáchovy alibisticky chránilo a tomuto úniku a zavírání problémů před problémy bylo pacientem napomáháno užíváním drog.

3.3 Sociální rovina

Respondenti v rámci výzkumů psychedelické zkušenosti uváděli jako její přínos zvýšenou míru empatie a větší motivaci k překonávání mezilidských problémů (Kjellgren a kol., 2013). Již proces samotného sharingu mimořádných stavů vědomí po psychedelické terapii vedlo k posílení terapeutického vztahu – na tomto se shodli jak pacienti, tak terapeuti (Bouso a kol., 2012). Je známo, že právě kvalita terapeutického vztahu je jedním z nejdůležitějších činitelů vedoucích k úspěšné psychoterapeutické práci (Kalina, 2008, s. 101; Kopřiva, 2016). Nejinak je tomu i psychoterapeutické léčby závislosti. Jedinci závislí na drogách mnohdy kvůli své závislosti v důsledku více či méně dobrovolné sociální izolace ztratili důvěru ve své sociální okolí i v lidi, kteří jim nabízejí pomoc v jejich problematické situaci. Sekundárně socializačně stabilizační efekt může mít i samotné psychedelické sezení, které se většinou koná kolektivně v terapeutické skupině. Administrace psychedelického stavu tedy může být zprostředkovatelem efektivních terapeutických vlivů a procesu nabývání ztracené důvěry ve význam skupinové koheze a mezilidské důvěry (Kalina, 2008). Pocity příslušnosti k komunitě méně podobných lidí, jejíž hodnoty jsou orientovány na uzdravení se a vyléčení, mohou být velmi motivující a významně přispívat k lepšímu pochopení a

integrování získaných psychedelických zkušeností vedoucím k odklonění se od závislostního chování.

3.4 Spirituální rovina

Dosavadní poznatky na poli výzkumu psychedelické zkušenosti ve vztahu k drogové závislosti (např. Miller, 2009; Morgan, 1999; Grof, 2007) potvrzují to, že kromě biologických, psychických a sociálních aspektů závislosti má své nenahraditelné místo i rovina duchovní. Navzdory tomu, že této oblasti lidského života pořád není věnováno dostatek pozornosti, vztah spirituality a závislosti je zkoumán a uznáván již delší dobu (Galanter, 2010). Spiritualita v souvislosti s léčbou závislosti se dostala do povědomí hlavně zásluhou mezinárodnímu rozšíření Anonymních Alkoholiků (AA). Jejich program 12 kroků, který je postaven na základech spirituální roviny, se v praxi i ve výzkumech opakovaně potvrzuje jako přínosný v léčbě závislostí a přispívající k udržení abstinence (Alcoholic Anonymous, 2016).

Podle zakladatele centra Takiwasi (více viz níže) Jacquese Mabita (2007) se hledání smyslu života, odpovědi na existenciální otázky má uskutečňovat i mimo racionální rovinu. Potřeba spirituality je relevantní a má nezpochybnitelně své místo v hierarchii potřeb lidského jedince. Dnešní sekularizovaná a materialisticky založená společnost se vyznačuje naprostou absencí dříve standardních a nezbytných rituálů a poskytuje velmi malý prostor pro duchovno. Existují oprávněné názory (např. McKenna, 1998 či Grof, 2007 a další), s nimiž se ztotožňují, že tento nedostatek spirituality se lidé snaží zdánlivě saturovat nešťastným způsobem skrze abusus drog a alkoholu.

Na tomto místě opět musím zmínit, na jak složitém a kontroverzním poli se pohybujeme. Znovu se zde potvrzuje tolikrát zmiňované obtíže s exaktním zkoumáním. Výzkum spirituální zkušenosti totiž samozřejmě není výjimkou. Potíže se zkoumáním spirituální zkušenosti souvisí i s tím – stejně jako tomu bylo u definice psychedelické zkušenosti - že je těžko definovatelná, nabývá rozličných intersubjektivních podob a její pojetí je často velmi nejednoznačné. V tomto ohledu je spirituálno všeobecně v rozporu s exaktním přístupem západní vědy (Grof, 2012).

Spirituální zážitky s psychedeliky mohou mít např. podobu zážitku jednoty, emanace, transcendence, pocitu něčeho posvátného (Shanon, 2014; McKenna, 2002; Grof, 2000), intenzivních pocitů požehnání, míru, soucitu, štěstí, zážitku spirituálního léčení nebo vnímání podpory od různých duchovních bytostí, kontaktu s bohem nebo jinou duchovní silou, setkání s jinými dimenzemi či realitami, většího sebeuvědomění nebo lásky k sobě i druhým, nalezení vnitřního klidu a smyslu života (Loizaga-Velder, 2013). Tyto zkušenosti, ačkoliv s sebou nosí velmi abstraktní a nadpřirozené konotace a jsou s racionální myslí nekorespondující, mají podle pacientů pozitivní dopad na jejich závislost a život celkově. Produkují změny v myšlenkovém a hodnotovém systému, osobních hodnotách a světonázoru či nové směřování v životě (Kjellgren a kol. 2009; Prickett & Liester, 2014). Takové zkušenosti mohou dále pomáhat jedincům se vyrovnat s existenciálními újmami a vést tedy k redukci či úplnému zastavení užívání drog.

Při psychedelické zkušenosti může také dojít k prožití symbolické smrti a znovuzrození nebo k zážitku spatření sebe samého jako mrtvého. Tyto zážitky mají až nápadně podobnou povahu jako u zážitků blízkých smrti (Moody, 2014). Existenciální zkušenost až děsivě přímého střetnutí se smrtí často u pacientů vede k uvědomění si hodnoty vlastního života a jeho smyslu, což mnohdy vede k potřebě změnit svůj životní styl, který aby byl dlouhodobě udržitelný, je pochopitelně podmíněn abstinencí.

4 Vybrané způsoby navození psychedelického stavu a jejich využití při léčbě drogové závislosti

4.1 Ibogain

4.1.1 Představení

Ibogain je společný název, jak pro keř *Tabernanthe iboga*, tak pro alkaloid izolovaný z jeho kořene a některých dalších druhů, které rostou v deštných pralesech rovníkové stredo západní Afriky. Žvýkání tohoto kořene bylo původními obyvateli této oblasti běžně užíváno v tradiční medicíně k odstranění únavy, hladu a žízně (Frank, 2013, s. 12). Vyšší dávky sloužily k navození stavu změněného vědomí a sloužily jako rituální nástroj při náboženských obřadech - nejznámější je jeho použití v náboženství „bwiti” (Lotsof, 1995). Důvodem, proč domorodci užívali této psychoaktivní látky, byla víra v to, že umožní kontakt s jejich předky a bohy. V 19. století, kdy probíhal výzkum ibogainu i na evropské půdě, bylo poprvé zachyceno, že kořen ibogainu má afrodiziakální a stimulační účinky. Hlavní účinná látka – alkaloid ibogain – byl poprvé z kořene ibogy izolován roku 1901. Ibogain byl počátkem 20. století s úspěchy využíván v rámci psychoterapie při léčbě neurotických pacientů (Lotsof, 1995).

Jeho vlastnost, která je pro tuto práci relevantní především, tedy lék k zastavení žádostivosti po opiátech, byla až do konce 60. let 20. století neznámá. Prvotní studie dokládající anticravingové účinky ibogainu při léčbě závislých na heroinu byly provedeny během experimentů Lotsofem v roce 1962 a 1963 (Alper, Lotsof, Kaplan, 2008).

Ačkoli bylo množstvím výzkumů dokázáno, že ibogain je velmi slibnou nadějí pro léčbu závislostí, výskyt této látky na seznamu zakázaných látek velmi brzdí seriózní výzkum a tím rozvoj této substance ve spojitosti s léčbou drogové závislosti. S ilegalitou jde ruku v ruce také finanční stránka věci. Bohužel je nutno konstatovat, že ibogainová léčba je vzhledem k ilegálním statusem léku, pro velké procento závislých na světě stěží dostupná.

Když navíc uvážíme to, že lidé potýkající se závislostí na heroinu mají velmi nízký socioekonomický status (např. Mravčík 2015), je tato situace politováníhodná. Není totiž nepravdivým předsudkem, že obživou jedinců závislých na heroinu je často pouze kriminální činnost, která je páchána ve stále se opakujícím se kruhu - abstinenční syndrom – shánění peněz na drogu – drogové opojení. Sehnat, neřkuli našetřit, takový finanční obnos (až desítky tisíc korun) je pro standardního heroinového toxikomana takřka nereálným úkolem.

4.1.2 Účinky ibogainu

Co se týče účinku ibogainu, je zmiňována široká škála jeho psychotropních účinků. Ty jsou závislé na množství aplikované látky. Ibogain indukuje účinky trvající zhruba 7 hodin. Jsou zmiňovány účinky jako pocity zmatenosti, poruchy koordinace pohybu, zvracení. Příslušný je pro účinky ibogainu stav ospalosti, kdy se pacient odmítá hýbat, chce mít zavřené oči a nemá chuť komunikovat s okolím (ale je schopen komunikace). Výsledky výzkumů popisují stav podobný spánku, který doprovází široká škála velmi sugestivních pocitů a vjemů, které se týkají života daného subjektu (Alper, Lotsof, Kaplan, 2008). Z těchto důvodů terapeutické programy pracující s ibogainem slibují účastníkům daných sezení zajištění pocitu bezpečí jak po psychické, tak po fyzické stránce (např. Iboga-experience.nl, 2016).

Subjekty hovoří u úžasných vizích, obrazech a jejich rychlou frekvencí „promítání“ přirovnávají k efektu filmu. Obsahem těchto obrazů často jsou často vytěsněné obrazy z nevědomí. Ve vyšších dávkách působí ibogain vizuální a jiné halucinace spojené často s velmi negativními emocemi a děsivými pocity. Ty jsou však posléze subjektem vnímány jako očištné a mají katarzní funkci (Frank, 2013).

4.1.3 Ibogain a jeho využití v léčbě drogových závislostí

V první řadě je třeba podotknout, že ibogain rozhodně není náhradou za narkotika nebo stimulanty. Ačkoli může být řazen do nešťastné škatulky „drog“, je jeho mechanismus účinku odlišný a hlavně – nevzniká na něm žádný druh závislosti (Popik, Skolnick, 1998; Frank, 2013).

Prvním, kdo provedl několik otevřených klinických sezení se závislími na heroinu a byl v letech 1962-1963 H. S. Lotsof. Svými výzkumy dokázal, že byt' jedna jediná aplikace ibogainu má potenciál u závislých způsobit dlouhotrvající odstranění bažení po droze (craving⁴) a především dokáže radikálně snížit míru nepříjemnosti tolik silných abstinčních příznaků, kterými závislý po odejmutí heroinu trpí a kvůli, kterým po droze vždy znovu sáhnou (Frank, 2013, s. 22). Bouřlivá 60. léta mu však jeho úspěšný výzkum značně zbrzdila - stejně jako jiným, kteří se zabývali výzkumem psychedelik (Furst, 1996). Vlna hysterie kolem psychedelických látek rozpoutaná především Timothy Learym (Furst, 1996; Shlain, Lee, 1996) vedla záhy k postupnému zákazu užívání psychedelik. U samotného ibogainu došlo k odsunutí do ilegality roku 1970. Přibližně za dvacet let se Lotsof k ibogainu vrátil (v práci pokračoval v Holandsku) a uvedl ho úspěšně na farmaceutický trh pod s titulkem Endabus. Lotsofovy léčebné postupy s ibogainem byly postupně patentovány (1985-1992) pro léčbu závislostí na opiáty, kokain, alkohol, nikotin a poly-látkovou závislost (Frank, 2013, s. 25).

Ibogainová detoxifikace probíhá tak, že dojde k resetování a očištění opiátových receptorů. Analogickým způsobem působí klasická substituční léčba fungující jako agonista opiátových receptorů (Popov v Kalina, 2003, s. 222). Na rozdíl však od metadonu či subutexu, které vedou k podobně těžké opiátové závislosti (problém je tedy pouze přesunut jinam), ibogain není návykový a není třeba brát ho průběžně, dlouhodobě a zvyšovat dávky. Dalo by se říci, řečeno společně s Frankem (2013) jakoby se po zážitku s ibogainovou terapií vzpomínka na závislost odstranila z těla a mysli.

⁴Do češtiny je tento pojem přeložen jako "bažení". Jedná se o nezvladatelně silnou touhu nebo puzení brát drogy. Jedná se o jeden ze symptomů závislosti. Bažení má negativní vliv na sebereflexi, sebeovládání, kognitivní funkce. Svými průvodními jevy tedy maximalizuje riziko relapsu čímž zvyšuje riziko relapsu (porušení abstinence) (Nešpor v Kalina, 2003, s. 120).

V současné době probíhají léčebné programy, jež úspěšně využívají právě tohoto anticravingového potenciálu ibogainu. Zdařilým příkladem je třeba kanadský Iboga Therapy House. Toto místo na mnoha příkladech svých pacientů potvrzuje vysokou účinnost ibogainu při tlumení abstinčních příznaků po opiátech i útlum autoaplikace drog tlumivých i stimulačních, včetně alkoholu a nikotinu (Mojeiko, 2015). Již několik let probíhá léčebný program na Novém Zélandu a dokonce i na Slovinsku.

Dále shledávám jako nutné zmínit, že v současnosti probíhá klinické testování ibogainu, např. ve spolupráci s univerzitou v Miami USA (prof. D.C. Mash) nebo na univerzitě v Panamě (MAPS, 2016).

Na základě úctyhodné sumy poznatků (navzdory celosvětově rozšířenému postavení této drogy do ilegality) lze bez obav shrnout, že ibogain a jeho aktivní metabolit nor-ibogain je možné užívat u závislých pacientů bezpečně, že ibogain u pacientů tlumí abstinční příznaky po opiátech již po jediné dávce a snižuje žádostivost po heroinu i kokainu u některých pacientů dlouhodobě již po jedné dávce, jinde mohou opakovaná terapeutická sezení tyto účinky prodloužit (Popik Skolnick, 1998).

Bohužel, stejně jako u většiny dalších psychedelických látek, je výzkum legislativou brzděn. Ibogain je na seznamu zakázaných látek a není oficiálně doporučován pro terapeutickou léčbu. Je však jistě pochopitelné a chvályhodné, že ibogainová terapie probíhá i na území české republiky (viz např. <http://www.ibeginagain.cz>). Stačí pár chvil u internetového prohlížeče a autentické výpovědi a recenze participantů ibogainové terapie (např. <http://ibogaterapie.com/sdilene-zkusenosti.html>, <http://www.ibeginagain.cz/terapie>) shodně potvrzují, že se jednalo o velmi přínosnou zkušenost, která měla pozitivní efekt i v rámci drogové terapie.

Jedním z hlavních rozdílů, které sociální pracovníci, terapeuti a výzkumníci na poli léčby závislostí pomocí ibogainu vyzdvihují, je rychlost této léčby oproti jiným terapeutickým programům. Ibogainová terapie se oproti standardním terapeutickým programům vyznačuje rychlým účinkem a tím i efektivnější spoluprací ze strany závislého, který je velmi brzo a přímo konfrontován s pozitivními výsledky jeho léčby a tím pádem má mnohem větší chuť a motivaci pracovat na zbavování se závislosti. Není v pozici ne-mocného, který je vržen do rukou institucionální léčby a který by neměl touhu a potřebu velkou měrou na procesu sebeuzdravování participovat. Jeden pacient se k tomuto tématu vyjádřil takto: "*Ibogain je jako raketové palivo na cestě ke kontaktu se svojí duší*" (Scott, 2004). I tento citát je v souladu

s předpokladem, že pokud u pacienta není přítomna touha a vlastní motivace po uzdravení se, jsou šance na vyléčení se nulové.

Stejně jako je tomu u jiných psychedelických terapií i u ibogain terapie je nutné si uvědomit, že se nejedná o žádné zázračné a rychlé řešení tak složitého problému, jakým je závislost, zejména ta opiátová. Ibogain je především začátek cesty k hlubšímu vnímání sama sebe, příležitost zavést nový způsob bytí. To, jak tohoto vsutku silného počátečního impulsu bude využito, záleží na psychoterapeutické práci, ale především na závislém jedinci samotném. Je nutné, aby sám pacient využil nesmírně silného potenciálu ibogainu v plné míře.

4.2 Ayahuasca

4.2.1 Představení ayahuasky

Ayahuaska je v podstatě halucinogenní směs, jež vzniká mixem dvou rostlin: *Banisteriopsis caapi* a *Psychotria viridis* (Kavenská, 2008). Její název pochází z kečuánštiny a znamená „víno duše“. Jejími dalšími názvy jsou také Yajé nebo Yagé. Jde o psychedelický nápoj, který má původ a silnou tradici v severozápadní Amazonii. Jejími účinnými látkami jsou harmalové alkaloidy harmin a harmalin (Furst, 1996, s. 98; Horák, 2013). Tento nápoj hraje zásadní rituální roli v kontextu tradiční amazonské medicíny. Standardně v této oblasti byla ayahuasca užívána a stále užívána je k mnoha různým účelům, například k léčbě nemocí, k čarodějnictví, k hledání ztracených osob či objektů (McKenna, 2004). Ke konci první poloviny 19. století byla díky etnobotaniku Schultesovi seznámena se západním světem. Od těchto dob můžeme na Západě zaznamenat stoupající tendenci zájmu o tuto substanci jak ze strany odborné, tak ze strany laické veřejnosti. V současnosti je ayahuasky užíváno v řadě různých oblastí. Oblast, která má v kontextu mé práce nejvyšší relevanci, je její užití současně s přístupy západní psychoterapie. Podoby tohoto užití jsou rozmanité. Jmenujme pravidelně opakované užívání v rámci dlouhodobé léčby (Mabit, 2007) či nepravidelnou podporu během individuálních psychoterapií (Loizaga-Velder, 2013). Na území České Republiky probíhají rituály, které synkreticky využívají postupy a přístupy jak z tradičního užití ayahuasky, tak z její západní psychoterapií ovlivněné verze. To, k jakému pólu je charakter toho kterého rituálu nakloněn, je do značné míry ovlivněnou osobou šamana, tedy facilitátora terapie. Uvedené způsoby praxe ayahuaskových rituálů se více či méně vzdalují od původního přístupu praktikovaného v amazonské džungli. Co však mají společné, je její léčebné užití. Právě její potenciál léčby je důvodem, proč ayahuaska vzbuzuje zájem v různých oblastech a kontextech (Strassman a kol., 2010).

V ČR se jedná o ilegální substanci, neboť obsahuje látku DMT, která je podle mě poněkud nešťastně a neuváženě uvedena v příloze zákona o návykových látkách. Ustanovení § 187, odst. 1 tr. zákona říká: „*Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo*

jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let“. Uvedení DMT na seznam zakázaných látek je dvousečné. Sice má za cíl omezit užívání pro rekreační účely (čehož by, domnívám se, vzhledem k charakteru stavu navozené touto látkou nebylo příliš užíváno), ale také téměř znemožňuje jakékoli výzkumy, kterých je stále trestuhodný nedostatek (Kočárová, 2014).

Právě s látkou DMT se pojí tajemná zajímavost. DMT - zodpovědné za navození změněných stavů vědomí – je tzv. endogenní – tedy, že je vytvářena přirozeně vlastním lidským tělem. Je to psychedelická látka, která byla nalezena v lidské moči a mozkomíšním moku. Jejím významem pro člověka a jeho mysl se ve své knize DMT: Molekula duše zabývá podrobně americký psychiatr Rick Strassman (Strassman, 2005). Funkce DMT v lidském těle zatím nebyla zcela objasněna. Předpokladem však je to, že se kromě jiného podílí na snění, zážitcích blízkých smrti, mystických prožitcích atd. (McKenna, 1998). Ayahuasca je látka, v níž je DMT obsaženo v takové míře, že je možnost jejím požitím navodit podobné stavy ihned a pomocí takovéhoho prožitku efektivně facilitovat psychoterapeutický proces.

4.2.2 Účinky ayahuasky

Tento hořko-slaný a podle zkušeností uživatelů velmi odporný nápoj (Erowid, 2014) začne účinkovat již pár minut po perorální aplikaci příjemným stavem opojení. Ten je provázen barevnými halucinacemi a vizemi trvajících 3-4 hodiny a následným hlubokým „spánkem“ plným snů (Horák, 2010).

Mezi účinky, které nastanou bezprostředně po užití, řadíme změny smyslového vnímání, zejména vizuálního, synestezie, změny vnímání času, změny myšlení a kognitivních funkcí obecně a zesílení emočního prožívání. Lidský mozek je vlivem účinků ayahuasky schopen hluboké introspekce, díky čemuž může být svědkem objevení různých potlačených vzpomínek a odkrytých dávno „zapomenutých“ traumat. Na úrovni fyzické je možno zaznamenat zrychlený tep a dech a lehké zvýšení tělesné teploty. Koordinace pohybů po požití ayahuasky je na špatné úrovni. Často je ve spojení s užitím ayahuasky zmiňováno zvracení. To je však podle šamanů projev očisty těla a duše na fyzické i symbolické úrovni.

Tento postulát je potvrzován i samotnými pacienty, kteří terapii absolvovali (Mabit, 2006; Erowid, 2014).

4.2.3 Ayahuasca a léčba drogové závislosti

V první řadě chci konstatovat, že při práci s ayahuaskou nebo při jejím výzkumu je vždy nezbytně nutné pamatovat na to, že nejde o žádný zázračný lék na závislosti. Úspěšnost ayahuaskové terapie ovlivňují, jak individuální tak situační faktory. To, zdali bude mít ayahuasková zkušenost terapeutický účinek a zda tento efekt bude dlouhotrvající, je podmíněno množstvím dalších proměnných. Jako příklad lze jmenovat faktory jako kdo ayahuasku používá, za jakým účelem, v jakém kontextu a jak je tento zážitek dále integrován. Následné zpracování zážitku je důležitou a nezbytnou součástí psychoterapeutické péče (Mabit, 2007).

Stejně tak jako další psychedelické látky používané za účelem léčby, je i ayahuasca nazývána facilitátorem terapie (Mabit, 2007; Loizaga-Velder, 2013). Ayahuasca má dle tohoto předpokladu schopnosti urychlit a zefektivnit proces psychoterapeutické práce. Podle Jacquese Mabita (2007), který léčbu drogově závislých s pomocí ayahuasky praktikuje přes 20 let, funguje ayahuaskový rituál, tak, že pacienti jsou díky ayahuasce mnohem otevřenější psychoterapii. Dá se s nimi lépe pracovat, protože u nich vlivem působení ayahuasky došlo k odstranění některých zkonstatovaných struktur, předsudků a zábran, které působení psychoterapie zamezovaly. I v případě ayahuasky je velmi ceněna její schopnost „vytáhnout“ z nevědomí vytěsněné obsahy a následně s nimi během psychoterapie efektivně pracovat (Mabit, 2007). I případ ayahuasky potvrzuje tezi, že do nevědomí vytěsněná traumata a zážitky se často pojí s příčinami drogové závislosti.

Jedním z nejlepších reprezentantů institucionalizované a oficiálně praktikované léčby drogové závislosti pomocí ayahuasky je peruánská komunita Takiwasi. Etablovanost, propracovanost a především pozitivní výsledky léčby mě v kontextu mé práce přiměli zmínit se alespoň okrajově o tomto projektu, který by měl být vzorem pro další země. Takiwasi je založeno na efektivním zkombinování původního amazonské léčitelství a klasických západních postupů. V centru tak konají svoji praxi jak klasičtí lékaři, tak jihoamerický

curandero, léčitel. K indukci psychedelických stavů se zde užívá jihoamerický halucinogenní nápoj ayahuaska, známá také jako yagé (Horák, 2013; Kávěnská, 2012).

V Takiwasi tedy probíhá léčebně – terapeutický program, jehož součástí jsou ayahuaskové seance. Zakladatelem a duchovním otcem této terapeutické komunity, jež k léčbě drogové závislosti užívá nápoj ayahuasca, je Dr. Jacques Mabit, francouzský lékař a specialista v oblasti přírodní medicíny. Terapeutická komunita a celý projekt vznikl roku 1992. Takiwasi je založeno na účinné kombinaci tradičního amazonského léčitelství a současných medicínských a psychoterapeutických přístupech. Jako hlavní část léčby je zde využívána terapie psychedeliky, konkrétně amazonskou ayahuaskou (Horák, 2013).

Samotné pití ayahuasky je v této komunitě založeno na spirituálních kořenech. Jejím účelem je saturace duchovních potřeb člověka bez nutnosti náležet k určité církvi. Právě absence uspokojení přirozených duchovních potřeb u sekularizovaného postmoderního člověka je často zmiňována jako velmi možná příčina zneužívání drog vedoucí k závislosti (Grof, 2007, Metzner, 2011). Záměrem užívání ayahuasky v centru Takiwasi je tedy spirituální prožitek a je to právě duchovno, jež hraje v léčebném procesu centra klíčovou roli. Tezí tohoto léčebného přístupu je totiž předpoklad, že abúzus drogy je spojen s hledáním „posvátného“.

Kávěnská (2012) zmiňuje, že pacienti se během sezení setkávají s uvedenými zážitky: 1) katarze 2) jednota a usmíření 3) iniciační smrt 4) vize o závislosti 5) poučení 6) spojení se spiritualitou. Zážitky během sezení s ayahuascou jsou zcela zásadní a jejich účelem je dovést pacienta k zásadní motivaci ke změně jejich chování. I tento případ potvrzuje, že pokud touto motivací přestat závislý neoplyvá, je šance na vyléčení odsunuta do nulových hodnot.

Materiál, který pacienti získají z ayahuaskových sezení, je pak tím obsahem, se kterým se pracuje při psychoterapeutické činnosti v Takiwasi (Horák, 2013). Samotný léčebný proces je tedy dělen do několika úseků. V prvním úseku jde o to, ujasnit si svůj vztah k drogám. Ve druhé fázi jde o to, aby pacient našel svou vlastní identitu, tedy odpověď na otázku „kdo jsem?“. Třetí fáze léčby si klade za cíl obnovit spojení s duchovním. Pacientův úkol je rovněž nalezení svého životního cíle, pokusit se urovnat se rodinné vazby a vůbec se zamyslet nad svými kroky a svým směřováním v budoucnu. Fáze reinzerce (4. úsek) je chvíle, kdy se pacient připravuje na opuštění centra. Jeho pobyt již neprobíhá spolu s ostatními klienty, aktivit centra se ale nadále účastní. Během této fáze je nezbytné, aby klient hledal své místo ve společnosti a učil se čelit stresovým situacím, které ho budou čekat při opětovné integraci do

společnosti. V následující fázi se pacienti účastní jednou měsíčně pohovoru s psychologem a mají možnost krátkodobých pobytů v centru (Horák, 2013; Mabit, 2007). Úspěšnost léčby v Takiwasi se odhaduje na 70% (Mabit, 2007), což je u závislostí v porovnání s ostatními léčebnými programy opravdu úctyhodné číslo.

Středisko v Takiwasi považují za velmi zdařilý koncept, jelikož v rámci bio-psycho-socio-spirituálním přístupu k nemoci je zde kladen důraz na každou složku. Je zde brán zřetel na anamnézu klienta, na psychologické a sociální kontexty, na příčiny a kořeny vzniku závislosti, na duchovní determinanty, ale i na následnou resocializaci. Účinnost této terapie připisují právě tomuto komplexnímu přístupu a hlavně důrazu na práci s transpersonálními tématy, jichž je dosahováno pomocí ayahuasky.

Ayahuasca, jako žádná jiná psychedelická látka pochopitelně není univerzálním lékem, i když to tak z výčtu terapeuticky účinných faktorů na první pohled může vypadat. Jeden z nejvýznamnějších badatelů na poli využití psychedelík v psychoterapii v 60. letech Stanislav Grof (2007) tyto látky příhodně nazývá jako nespecifické amplifikátory, čímž odkazuje na jejich terapeutický a zároveň destruktivní potenciál. Mohou být katalyzátory veškerých možných aspektů lidské přirozenosti a výstupy jejich užití závisí na kontextu a způsobu požití.

4.3 Holotropní dýchání

4.3.1 Představení

Metodu holotropního dýchání vyvinul Stanislav Grof se svou ženou Christinou v Esalen Institutu v Big Sur v Kalifornii jako jednu z technik k dosažení mimořádného stavu vědomí bez aplikace psychedelických látek. Tyto tendence byly na pozadí bouřlivých událostí kolem psychedelických látek v 60. letech pochopitelné. Stanislav Grof nejprve započal výzkum psychedelických stavů vědomí v 60. letech v Československu a úspěšně v tomto pokračoval v USA, kde se stal vskutku uznávaným odborníkem na poli transpersonální psychologie a psychiatrie (Rowan, 2005).

Holotropní dýchání by se dalo definovat jako zážitková technika sebeobjevování a psychoterapie vyvolávající silné psychedelické stavy pomocí kombinace cílené práce s dechem, evokativní hudby a techniky bodywork. Je založeno na léčivém a transformačním potenciálu holotropních stavů vědomí. Tato vysoce účinná metoda sebepoznání v sobě efektivním způsobem kombinuje znalosti z moderního výzkumu vědomí, hlubinné psychologie a spirituálních praktik prováděných napříč zeměkouli a historií lidstva. S gestaltterapií a neo-reichianskými přístupy má společný důraz na práci s tělem a vyjádření emocí (Kudrle, 2005, s. 183). Jde tak o velmi zdařilou fúzi západní vědy, východních náboženství a spirituality přírodních národů.

Samotný proces holotropní terapie má samovolný charakter, nebo přesněji řečeno, je *„řízen vnitřní inteligencí dýchajícího spíše než zásahy terapeuta uplatňujícího principy některé specifické psychoterapeutické školy“* (Grof & Grofová, 2011, s. 45). Zážitky s HD jsou v diskursu transpersonální psychologie pojímány jako kontakt s podvědomím (či nevědomím). Jsou zmiňovány zážitky, které transcendují klasické pojetí prostoru, času a hranic ega (Grof, 2007). Transpersonální psychologie a tedy i technika holotropního dýchání je založena na práci s rozšířeným pojetím duše, které kromě biografické oblasti zahrnuje také perinatální a transpersonální dimenze. Vedle poporodní anamnézy tak předpokládá v osobním nevědomí i vzpomínky a emoce vázané na období perinatální, prenatalní a těmto přisuzuje

velkou váhu v tom, jaký vliv tyto emoce a vzpomínky mají na současný život jedince. Do nevědomí zahrnuje také kolektivní nevědomí.⁵

Na první pohled velmi nepříjemným, avšak důležitým a žádoucím momentem během holotropního dýchání je znovuprožívání traumatu. Právě vytěsněné trauma a zdánlivě odžitá či „zapomenutá“ trauma má podle transpersonální psychologie nesmírně silný vliv na psychiku člověka (Grof, Grofová, 1999, s. 13, Maslow, 2014, s. 45). Člověk je bytost s dobře vyvinutým pudem sebezáchovy, tak celý život tenduje k tomu toto trauma, byť nevědomě, léčit. Bohužel tato samoléčba mnohdy probíhá pouhým útekem – například právě pomocí drogového abúzu.

4.3.2 Průběh holotropního dýchání

Semináře holotropního dýchání probíhají ve skupinách, jež jsou rozděleny na „dýchající páry“. Úvodem se účastníci navzájem seznámí, terapeut je instruuje o průběhu celého sezení a technice holotropního dýchání. Nezbytnou složkou je i diagnostika tělesných a psychických funkcí a případné zhodnocení nevhodnosti tohoto druhu terapie pro klienta, který trpí vážnou duševní poruchou či fyzickou nemocí. Předpokladem je navození pocitu důvěry a klidu, což následně lépe umožní otevření se účinkům dýchání a odložení intelektové složky, která do jisté míry brzdí proces vynořování nevědomých obsahů a průchodu emocí (Grof, Grofová, 1999, s. 77). Při holotropním dýchání se ocitá účastník jak v roli dýchajícího, tak v roli dohlížejícího, neboli sittera. Má tedy možnost prožít zkušenost pečování o toho druhého i být tím, o koho je pečováno. Toto odevzdání se a na druhé straně převzetí zodpovědnosti může mít pro klienty velmi přínosný terapeutický účinek (Grof, Grofová, 1999; Kudrle, 2005). Během procesu holotropního dýchání je dýchající podporován sitterem a terapeutem, ale samotnému holotropnímu procesu je necháván volný průběh a je čistě v režii více či méně vědomých duševních pochodů dýchajícího.

Neodmyslitelnou komponentou samotného procesu holotropního dýchání je její hudební složka. Správně volená hudba zefektivňuje kontakt s nevědomou oblastí duše. Tím, že hudba působí na emoční složku osobnosti, je efektivnější než verbální forma komunikace.

⁵Kolektivní nevědomí je strukturální vrstva lidské psyché, která obsahuje kolektivní duševní obsahy - nepatří individuu, ale celému lidskému společenství či lidské rase obecně – archetypy (Jung, 1997).

(Kantor, Lipský, Weber, 2009). Při HD se užívá hudba intenzivní, evokativní a nápomocná k pozitivnímu prožitku.

Další nezbytnou složkou holotropního dýchání je tzv. bodywork, neboli práce s tělem. Bodywork je úkolem facilitátora – či chceme-li – psychoterapeuta. Účelem bodyworku je pomoc s realizací sebeúdravného potenciálu. Základem bodywork práce je pomoci uvolnit průchod emocím a energiím, které byly doposud blokovány (Smith, 2007). Jde o to, aby se prostřednictvím cílené práce s tělem, podpořilo uvolňování potlačených emocí a umožnilo tak vynořování vytěsněných obsahů mysli. Tato teze vychází z premisy, že symptomy jsou projevem sebeléčení. Každý člověk má dle této teze schopnost sebeléčby a inklinuje k ní. Je jen potřeba ho v tomto procesu podpořit. Facilitátor tedy pomocí cílené práce s tělem povzbuzuje dýchajícího k plnému umožnění průchodu emocí a znovuprožití vytěsněného prostřednictvím spontánních reakcí. Úlohou facilitátora je *„pomoci dýchajícím zesílit jejich právě prožívané pocity a usnadnit jim průchod k plnému vyjádření v hloubi skrytých blokových emocí a tělesných energií“* (Grof & Grofová, 2011, s 97).

4.3.3 Holotropní dýchání a léčba závislosti

Holotropní dýchání v podstatě nabízí závislým změnu pohledu na závislost jako takovou a získání náhledu na ni. Dovoluje jim otevřít traumata zasunutá hluboko do nevědomí jedince a tím lépe pochopit, jejich patologické chování v podobě drogového abúzu. Tato traumata je dále možno integrovat, zpracovat a vypořádat se s nimi. Hluboko potlačená traumata často mohou být původcem toho, proč jedinec uniká do náručí drogového opojení (Kudrle, v Kalina, 2003, 132).

V rámci současného bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu vzniku, vývoje a léčby závislosti (Kudrle v Kalina, 2003, s. 146), představuje potenciál holotropního dýchání hned na několika úrovních. Holotropní dýchání působí jako katalyzátor psychologických a psychosomatických procesů. Závislým jedincům tak přináší užitečnou změnu úhlu pohledu, snížení nutkavých stavů a tak preventivně působí proti nežádoucím relapsům. Na biologické úrovni pomáhá holotropní dýchání uvolnit energetické bloky v těle, které jsou spojeny s potlačenými emocemi a vytěsněnými vzpomínkami.

Mezi psychologické faktory, jež participují na zrodu závislosti, řadíme mnohdy velmi problematické okolnosti během těhotenství a porodu. Kudrle (v Kalina, 2003, s. 132) a Grof

(2000, s. 88) na základě zkušeností s holotropními stavy postulují, že podstatu emočních a psychosomatických obtíží není možné redukcionisticky vysvětlit jen jako důsledek postnatálních traumatických událostí. Traumatický obsah z dětství a novorozeneckého období, který se u klientů objevuje v počátečním stádiu terapie touto metodou, odpovídá povaze emočních poruch. U období kojeneckého vidíme souvislosti s klasickou psychoanalýzou Sigmunda Freuda. Slovy klasické psychoanalýzy můžeme zárodky závislosti na alkoholu najít v tzv. orálním stádiu vývoje libida (Fenichel, 1945, v Grof & Grofová, 2011).

Na sociální úrovni je v rámci holotropního dýchání přínosný prožitek obou rolí v pečujícím vztahu dýchající – sitter. Tento prožitek dává dýchajícími jedinci zakusit na jedné straně naprostou odevzdanost do náruče téměř neznámého člověka (který pro něj může symbolizovat společnost, které nedůvěřuje a do níž není plně integrován) a na druhé straně pocit zodpovědnosti, když je na straně sittera. Takový pocit odevzdání se a pocit zodpovědnosti může být v rámci úspěšné terapie velmi účinnou složkou. Drogově závislý jedinec, který je tolik poznamenaný útekou ze společnosti i od sebe samého již do velké míry ztratil víru v sama sebe, natož víru v druhé či dokonce neznámé druhé. Takový to zážitek silné důvěry a zodpovědnosti v něj může znovu zaset semínko důvěry v jeho sociální okolí a pozvednout jeho sociální sebevědomí. Jak známo, předpokladem přijímání druhých, je schopnost přijmout sebe sama.

Terapie, využívající změněných stavů vědomí, pracuje také se spirituální složkou závislosti a umožňuje přímé spirituální prožitky, pocity jednoty se světem, bohem a další viz Grof (2000). Jak jsem již výše uvedl, je až zarážející, nakolik jsou spiritualita, resp. její nedostatek propojeny s drogovým abúsem. Holotropní terapie se zaměřuje na nastartování sebeúdravného mechanismu každého člověka, působícího komplexně a nikoliv pouze na léčbu symptomů, tedy v případě mého tématu, závislosti. Holotropní terapie je terapií celistvou a komplexní, jejím cílem je dopátrat se prapůvodního problému lidského jedince, jehož je závislost pouhým symptomem.

5. Výzkumné šetření

5.1 Cíl výzkumu

Cílem mnou prováděného výzkumu je zmapovat, jaký přínos může mít psychedelická terapie pro jedince, kteří čelili problému s drogami. Potíže se zneužíváním drog, či závislost je komplexní problém. Vycházím ze současného bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu zdraví a nemoci, neomezují se proto pouze na zkoumání přínosů psychedelické terapie, které dávají participanti do přímé souvislosti se svým drogovým problémem, resp. abstinencí. Hodlám postihnout, jakou změnu mým respondentům přinesla zkušenost s psychedelickou terapií do života celkově. Cílem nebylo získat „tvrdá a objektivní“ data, která jasně ukazují, co konkrétně problém s drogami řešilo či neřešilo. Mám za to, že u tak složité problematiky drogové závislosti je nutno zmapovat všechny možné moderující proměnné, které respondenti vnímají jako subjektivně důležité.

Mojí hlavní motivací tedy bylo zachytit subjektivní výpovědi respondentů, kteří mně díky hloubkovým rozhovorům poskytnou autentický materiál, na jehož základě je možné interpretovat a předložit informace týkající se problému drogové závislosti, motivace k léčbě, důvodů pro výběr té které léčby a zejména subjektivního zhodnocení efektivity psychedelické terapie pro život jedinců, kteří se potýkali či stále potýkají s problémem s drogami. Na základě výše uvedeného jsem pro daný výzkum vytyčil hlavní otázku a čtyři dílčí podotázky.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Vnímají drogově závislí psychedelickou terapii jako přínosnou ve vztahu ke svému problému?

Dílčí výzkumné podotázky:

- 1) Jaká témata vnímají mí respondenti jako významná ve vztahu ke svému problému s drogami?
- 2) Jaké jsou u mých respondentů důvody pro rozhodnutí léčit se?
- 3) Jaké se u mých respondentů vyskytují důvody pro volbu léčby pomocí psychedelické terapie?
- 4) Jaké konkrétní přínosy a změny do jejich života přinesla psychedelická terapie?

5.3 Metodika výzkumného šetření

Domnívám se, že pro zkoumání reflexe prožitku a přínosu psychedelické terapie je nejvhodnější kvalitativní metodologický přístup, jehož cílem je holistické a hloubkové vnímání zkoumaného fenoménu s cílem porozumět mu v širších souvislostech. Upřednostňuje hloubku a detailnost poznání dynamiky vztahů včetně jeho drobných nuancí mezi mnohočetnými proměnnými, které se obtížně operacionalizují a kvantifikují. Kvalitativní přístup vychází z elementárního postulátu - podrobit určitý jev zkoumání v jeho přirozenosti a snažit se o vytvoření jeho obrazu v jeho komplexnosti (Reichel, 2009, s. 62).

Účelem aplikace kvalitativního přístupu je za pomoci jím nabízených metod a nástrojů analyzovat a interpretovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 21). Můj výzkum má za účel postihnout právě tyto jevy. Stejně jako je tomu u kvalitativního výzkumu v obecné rovině, tak je tomu tak v případě mnou prováděného výzkumu, kdy je třeba odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem a proniknout do

významů, které daní jedinci těmto zkušenostem připisují. Jde o snahu podívat se na daný fenomén „jeho očima“ (Miovský, 2009; Hendl, 2009; Disman, 2011, s. 290).

Jako časté úskalí kvalitativního výzkumu je zmiňována subjektivita a tím ztížená možnost zobecnění zjištěných výsledků. Já však souhlasím se Švaříčkem a Šed'ovou (2007, s. 21), kteří tvrdí, že subjektivita badatele je vnímána jako přínos pro pochopení skutečnosti a také s tím, že kvalitativní přístup je odrazem tendencí nahrazení konceptu „*vědy jako zrcadla odrážející realitu*“ konceptem vědy jako (sociální) konstrukce reality (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 28). Cílem mé práce není zobecnění zjištěných výsledků na celou populaci. Cílem je spíše detailní poznání zkoumané problematiky a postihnutí problému v jeho komplexní podobě, což hromadný kvantitativní výzkum neumožňuje. Ačkoliv je tedy subjektivita termín, jehož konotace jsou často spíše pejorativního rázu, tak dle mého názoru je právě subjektivní prožívání a jeho autenticita ideálním výzkumným materiálem. U tak niterného a kontroverzního tématu, jakým je drogová závislost a její léčba, to platí v plné míře.

Kvalitativní výzkum, jeho metody a nástroje mohou být skvělým způsobem k získání hodnotných informací. Na druhé straně jeho neuvážené použití může vést k indukci zmateného materiálu, který má s vědou málo společného. Kvůli tomuto riziku jsem se v rámci svého výzkumu pokusil vystříhat se dvou extrémních bodů z rozsáhlého spektra, které nabízí kvalitativní výzkum. **Deskriptivní** přístup k analýze kvalitativních dat poskytuje utřídění a popis získaných dat. Na jedné straně sice redukuje zkreslení výsledků analýzy výzkumníkem, bohužel však také minimalizuje šanci hlubšího porozumění předmětu výzkumu. **Radikálně kvalitativní** přístup, který se pohybuje na hranici spekulativnosti, je chápán „*více jako umění než jako věda*“ (Miovský, 2009, s. 219). Tuto extrémní polohu jsem pro svůj výzkum rovněž neshledal jako vhodnou především kvůli tomu, že nemám dostatek praxe a zkušeností vědeckého pracovníka a již vůbec ne terapeuta, abych se mohl vrhat do tvorby podobného „umění“. Pro zodpovězení daných výzkumných otázek jsem jako nejpříhodnější shledal užít jakési ekvilibrium mezi těmito extrémny – hloubkový rozhovor vedený polostrukturovanými otázkami, z nichž pomocí interpretace získaného materiálu vytvořím případové studie. Pro doplnění a názornou ilustraci je k práci přiložen audiovizuální záznam zachycující dva respondenty, kteří mají zkušenost s ayahuaskovými rituály.

5.4 Popis výzkumné metody

Jako výzkumný design jsem zvolil případovou studii, jež se vyznačuje zaměřením na detailní deskripci a analýzu několika málo případů. Případová studie, či chceme-li - kazuistika, byla zvolena za účelem porozumění danému jevu z hlediska toho, jak na určitý problém nahlíží mí respondenti. Případovou studii jako takovou charakterizuje větší množství dat od menšího počtu jedinců. Cílem je postihnout případ do hloubky v jeho komplexní rovině. Premisou je, že díky podrobné exploraci mála případů lépe porozumíme dalším podobným případům (Hendl, 2005, s. 104). Dle Hendla (2005, str. 104) je „*případová studie v sociálněvědním výzkumu podobná mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena*“. Účelem tedy bylo pokusit se o co nejuvěrnější zachování autentického vnímání respondentů, ale zároveň také shrnutí tohoto substrátu do přehledného a kompaktního celku, kterým by kazuistika měla být.

Struktura mnou tvořených případových studií věnuje pozornost minulosti (osobní a rodinné anamnéze, drogové anamnéze), subjektivnímu popisu samotné terapeutické metody a současnosti (subjektivní popis přínosu psychedelické zkušenosti a nynější vztah respondenta k drogám). Ve své práci předkládám čtyři případové studie. U každé z těchto kazuistik je patrné jejich členění do dílčích tematických okruhů s cílem zachování přehlednosti. Každá kazuistika rovněž implicitně odpovídá na předem vytyčenou hlavní otázku a dílčí subotážky.

Švaříček a Šed'ová (2007, s. 109) mají za to, že kazuistika není ani v rámci kvalitativního přístupu chápána jako zcela plnohodnotná strategie ve srovnání například se zakotvenou teorií. Každá taková případová studie je vlastně originál, což může být klasickým pozitivisticky laděným vědeckým diskursem chápáno jako poněkud devalvující. Na druhé straně je výhodou to, že výsledky takového výzkumného designu bývají srozumitelné i laické veřejnosti a mohou tak působit popularizačně s tendencí vyvolat diskuzi v rámci širokého spektra lidí. Což právě u mnou vybraného výzkumného problému je kýženým cílem.

Dalším úskalím, které je zmiňováno v souvislosti s případovou studií, je možné riziko zkreslení vinou výzkumníka (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 111-112). Tuto otázku jsem si kladl v podstatě během celého procesu výzkumu. Můj osobní zájem o danou problematiku, který hraničí až s entuziasmem by zdánlivě mohl tvořit jistou překážku (viz reaktivita v kapitole 5.7 – Zajištění kvality výzkumu), avšak ukázalo se, že právě obstojná erudice v rámci daného tématu se nakonec stala výhodou. Dokázal jsem vhodně reagovat, doplňovat otázky a věřím,

že moje orientace v dané problematice podpořila respondenty ve větším otevření se a tím k získání hloubkových informací.

5.5 Výběr účastníků výzkumu

Výzkumný soubor byl vytvořen výběrem záměrným. Ten spočívá v tom, že sháníme takové respondenty, které budou mít určité relevantní znaky, která budou plnit námi vytyčená kritéria (Gavora, 2000). V mém případě těmito znaky byla problematická zkušenost s ilegálními či legálními látkovými drogami⁶ a zároveň zkušenost s psychedelickou terapií, kterou absolvovali za účelem řešení jejich drogového problému.

Samotný proces výběru výzkumného souboru byl velmi zdlouhavý a provázelo ho množství potíží a zvrátů, na které jsem musel flexibilně reagovat změnami v původně zamýšlené výzkumné metodě. Tou původní metodou bylo zachycení rozhovorů s respondenty audiovizuálním způsobem. Problém však byl získat respondenty, kteří by byli ochotni vystoupit z anonymity a sdělit svůj osobní příběh mající často velmi osobní, až intimní charakter, což je vzhledem k tématu pochopitelné. Po měsících pátrání se mi nakonec podařilo sehnat 3 respondenty, kteří naplňovali mnou vytyčená kritéria. Na poslední chvíli dva z těchto potenciálních účastníků odmítli vypovídat na kameru a přislíbili mi rozhovor pouze na diktafon. Další respondent se natočit nechal, ale po tom, co jsem mu záznam poslal k posouzení a další případné konzultaci či doplnění materiálu, mi s omluvou oznámil, že své rozhodnutí změnil a vzhledem k jeho profesi, chce svoji anonymitu zachovat. Já tedy musel i tento záznam rozhovoru přepisovat do textové formy.

⁶Záměrně neuvádím termín „drogová závislost“, protože je značně zavádějící. U většiny mých respondentů závislost v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10), nebyla diagnostikována, jelikož se svým problémem odborná zdravotnická zařízení nenavštívili. Často se ani oni sami s nálepkou „drogově závislý“ neztotožňovali a tvrdili jen to, že „měli problém s drogami“.

5.6 Etické rozměry výzkumu

Zabývat se etickou otázkou je nezbytným předpokladem vědeckého výzkumu, který pracuje s lidskými jedinci a jejich často intimními životními příběhy. Častým tématem týkajícím se etiky, je **problematika zachování anonymity** účastníků výzkumu (Hendl, 2005, s. 155). Kdybych se striktně držel původně zamýšleného charakteru svého výzkumného šetření, tedy audiovizuálního záznamu, tak bych otázku anonymity snad ani neřešil, ale vzhledem k problémům, které během výzkumu vyvstaly, se stala často skloňovaným pojmem a nakonec se anonymita stala pomyslným katem mých původních dokumentaristických ambicí. Bohužel se mi nepodařilo sehnat téměř žádného participanta, který by byl ochoten poodhalit roušku svého osobního života do objektivu kamery. Respektive se mi nepodařilo sehnat žádného participanta, který by naplňoval všechna kritéria výzkumného souboru. Proto jsem, jak již bylo řečeno výše, pozměnil metodologii a sbíral většinu dat pomocí anonymních rozhovorů a jejich obsah zachycoval na diktafon.

Před zahájením samotných rozhovorů s těmito „anonymními“ respondenty jsem je seznámil s účelem výzkumu a ujistil o jejich anonymitě, jejichž zachování respektuji. Vysvětlil jsem tedy, co je cílem mého výzkumu a k čemu výsledky budou sloužit. Nezbytnou součástí samozřejmě bylo také ujištění toho, že výsledky budou sloužit pouze pro studijní účely a nebudou nijak zneužity.

Formálním dokladem stvrzujícím souhlas účastníka k následnému zpracování dat je **informovaný souhlas**. Každý respondent před začátkem rozhovoru podepsal informovaný souhlas (Příloha č. 2), který obsahoval hlavní komponenty zajištění etiky ve výzkumu, tedy prohlášení o dobrovolné účasti a informovanost subjektu (Hendl, 2005, s. 156). Podpisem tohoto dokumentu se stvrzuje, že účastníci výzkumu budou seznámeni s případnými důsledky své účasti ve výzkumu.

Za jeden z aspektů zachování správné etiky výzkumu považuji také možnost **zpřístupnění práce všem účastníkům výzkumu**. Pokud budou mít účastníci výzkumného šetření zájem o výslednou interpretaci mé výzkumné práce, slíbil jsem jim poskytnutí tohoto materiálu. Tohoto zpřístupnění dat jsem během výzkumu využil a napomohl tak díky korekci ze strany zkoumaného vyšší validitě výzkumu (viz kapitola 5.7 – Zajištění kvality výzkumu) (Mioviský, 2006, s. 280).

Jedním ze zásadních etických aspektů je důvěryhodnost výzkumníka. Míra důvěry mezi výzkumníkem a zkoumaným jde ruku v ruce s kvalitou a hloubkou získaných dat. Eventuelně by mohlo dojít k tomu, že dva různí výzkumníci při využití stejného výzkumu, můžou dojít k odlišným výsledkům. To, co je bude rozlišovat, může být právě zvolený způsob komunikace s respondenty. Jde hlavně o samotnou motivaci účastníka k poskytnutí nezkrášených a co nejvěrnějších informací. Z těchto důvodů souhlasím s tím, že je velmi důležité věnovat důraz navázání dobrého vztahu, který by však neměl příliš překračovat profesionální meze. Podle Forestera (2010) je dobré ke konci rozhovoru připojit otázky nevýzkumného a odlehčujícího charakteru. Účelem těchto otázek je zamezení pocitu nepřiměřeného obnažení svého života a soukromí. Já jsem tyto otázky pokládal i na začátku rozhovoru za účelem navázání kladného raportu (Kohoutek, 2009). Tyto otázky se týkaly například toho, jaké jsou respondentovy zájmy, plány, ale někdy se jednalo také o zdánlivě bezvýznamné rozhovory na téma literatury či filmu. Ačkoli obsahy interview byly pro respondenty převážně velice náročné, osobní, až intimní témata, nezaznamenal jsem žádné emočně nezvládnuté chvíle, velké rozpaky či jiné újmy. To jsou výsledky toho, že jsem se snažil po celou dobu zachovávat tzv. emoční bezpečí svých respondentů, protože to může být během těchto téměř až terapeutických rozhovorů ohroženo (Hendl, 2005, s. 156).

5.7 Zajištění kvality výzkumu

Součástí výzkumného šetření je zajištění kvality zkoumání. Ne jinak je tomu i u výzkumu kvalitativního. Je pravda, že v současnosti existují i takové postmoderní přístupy, které vyznávají koncept naprostého odmítnutí kritérií postulující neexistenci objektivní verze pravdy, kdy je tedy zbytečné vůbec si kritéria a podmínky stanovovat (Švaříček, Šed'ová, s. 30). Tento extrémní přístup si použít nedovoluji, jelikož jsem toho názoru, že jisté limity a meze jsou definiční znaky odlišující vědu od pouhého diletantství, kterého je v současné době publikováno mnoho.

Na druhé straně je však také nutné zmínit, že výzkumné šetření užívající kvalitativní metodu zkoumání má jistá metodologická specifika a zvláštnosti. U kvalitativního výzkumu převažuje specifická a autenticita nad typičností a zobecnitelností. Z těchto důvodů je jen stěží možné zaručit tzv. reliabilitu výzkumu. V podstatě nikdy není zajištěno, aby se za vytvoření stejných podmínek a za použití stejných výzkumných nástrojů jinými výzkumníky, dospělo ke stejným výsledkům. Subjektivní konstrukci reality nelze připodobnit k laboratorním podmínkám, a proto jsou výsledky kvalitativního výzkumu, zejména při užití designu případové studie, vždy originálem, do kterého je chtě nechtě promítnut rukopis samotného výzkumníka. V této souvislosti je doporučeno nahradit měřítko reliability měřítkem správnosti a pečlivosti (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 39-40). Ve shodě s tímto kvalitativním kritériem jsem v kazuistikách nikdy nic nedokrášloval, nedoplňoval, nedomýšlel či jinak nezkresloval data.

Dalším kritériem, které je možné a myslím si, že i nutné použít v rámci kvalitativní metody zkoumání je tzv. kritérium pochopení, které vyjadřuje konstruktivistické a sociálněkonstruktivistické pozadí kvalitativního přístupu (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 31). My, jakožto badatelé, jsme totiž nedílnou součástí světa, který zkoumáme, a to je další důvod, proč shledávám svoje již zmíněné předporozumění a nadšení pro dané téma jako výhodné – dokážu lépe pochopit významy, které svému jednání a myšlení mí respondenti připisují. S tím souvisí i další praktický prostředek k zajištění kvality výzkumu u kvalitativního zkoumání – metoda přímých citací. Ta slouží k tomu, abychom ukázali specifický jazyk, zachytili tvrzení jednotlivých účastníků výzkumu v jeho autenticitě a postihli jemné nuance, které by při příliš necitlivé interpretaci rozhovorů nebyly patrné (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 35).

Jak jsem již několikrát zmínil, podstatou mého výzkumu bylo zachycení autenticity výpovědí respondentů a co nejpřesnější porozumění tomu, jak na realitu nahlízejí svým vlastním prizmatem. Některé předběžné závěry z empirické části práce jsem z toho důvodu konzultoval s participanty, jichž se konkrétní část textu týkala. Důvodem byla eliminace potenciálních chybných interpretací z mé strany a tedy zajištění důvěryhodnosti výzkumu (Lincoln a Guba, 1985 v Hendl, 2005). Již během rozhovoru jsem se snažil některé důležité nebo složitější výpovědi shrnout a otázkou ověřit, zda jsem správně pochopil podstatu sdělení. Někdy okamžitá korekce ze strany participanta uvedla na pravou míru moji chybnou interpretaci a občas tak ovlivnila další směřování rozhovoru. Kromě toho jsem participantům, kteří mi pro tento účel poskytli e-mailovou adresu, zaslal část práce, která se k nim vztahuje anebo hrubý audiovizuální materiál, aby mi potvrdili, že to, co mnou bylo zachyceno, opravdu co nejlíže a co nejméně zkresleně zachycuje jejich autentický pohled. Jednoduše řečeno – jestli je z textu opravdu patrné, co mně skutečně chtěli říci.

5.8 Rozhovor jako kvalitativní výzkumná metoda

Pro svůj výzkum jsem jako metodu sběru dat zvolil hloubkové interview. Tuto volbu jsem učinil z toho důvodu, že jsem chtěl zkoumat jedince s určitými znaky a získat stejné pochopení jednání, jakým disponují mí respondenti (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 159). Odpovědi jsem získával prostřednictvím polostrukturovaných otázek, které účastníky vybízejí k obsáhlejšímu odpovědím, ale zároveň se drží mnou vytyčeného tématu a výzkumného problému (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 160). Účelem kvalitativního interview je zjištění toho, jak zkoumané osoby vnímají svoji životní realitu, svět kolem sebe a životní události. Aby byl zachycen opravdu autentický materiál, je třeba, aby výzkumník vstupoval do rozhovoru s citem a spíše minimálně. Jeho úkolem je bedlivý poslech a případně citlivé korigování narace respondenta za účelem zisku pro výzkum co nejrelevantnějších informací (Hendl, 2005). Výzkumník by měl mít předpřipravená témata, jež chce rozebrat, ale přesně formulované otázky jako takové nemá (Gavora (2000).

V mém případě jsem chtěl původně rozhovor zaznamenávat audiovizuálně. Vzhledem k okolnostem (viz kapitola 5.5 – Výběr účastníků výzkumu) se mi tento záměr bohužel

nepodařilo naplnit. Byl jsem tedy nucen rozhovory zaznamenávat standardním způsobem pomocí diktafonu. Participantům jsem v rámci podpoření pocitu pohody při rozhovoru nabídl možnost vlastního výběru místa realizace rozhovoru.

První tři rozhovory s participanty, kteří chtěli zůstat v anonymitě, proběhly při osobním setkání. Jeden v restauraci a další dva u respondentů doma. Realizace posledního rozhovoru proběhla formou videorozhovoru (prostřednictvím „skype“). Celou část těchto rozhovorů zaznamenávaných na diktafon jsem podrobil doslovnému přepisu, na jehož základě jsem tvořil případové studie. Ty jsem místy doplňoval o autentické citace pocházející právě z avizovaného přepisu.

O několik týdnů později jsem, v rámci zachování etiky a kvality výzkumu, zaslal participantům výsledky částečné analýzy případových studií, připojujíc žádost o schválení mé interpretace, respektive její případnou korekci. U jedné z kazuistik došlo díky připomínce respondenta k pozměnění a zpřesnění údajů. Tento krok způsobil ovlivnění finálních odpovědí na výzkumné otázky, což je v rámci standardizace výzkumu považováno za zvýšení jeho kvality, tzv. „*memberchecking*“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 33).

5.9 Případové studie

5.9.1 Ludmila

Paní Ludmila je žena, které je 52 let. Vzhledem k tomu, že zaznamenání rozhovoru na videokameru kvůli nutnosti zachování soukromí ve svém zaměstnání odmítla, proběhl rozhovor po vzájemné domluvě virtuálně - přes Skype. Paní Ludmila je abstinující alkoholik. S touto diagnózou, která ji byla stanovena na základě mezinárodní klasifikace (MKN-10) se ztotožňuje. Se svojí závislostí na alkoholu se potýká s různou intenzitou již téměř dvě dekády. V současné době abstínuje bez relapsu téměř dva roky. Na základě doporučení MUDr. Kudrleho, u něhož se ambulantně léčila, absolvovala jako podpůrnou terapii holotropní dýchání. V současné době žije se svým manželem, který ji v léčbě vždy podporoval a byl oporou. „*Přiznávám, že kdyby mě manžel opustil, určitě bych se léčit nezačala*“.

Paní Ludmila přisuzuje vliv na rozvoj závislosti více faktorům. Za první dědičnosti: „*mí rodiče vždycky pili, bylo to v rámci naší rodiny vlastně norma*“. Paní Ludmila zmiňuje jednak faktor genetických predispozic a také to, že si alkohol v dětství spojovala s pomyslnou branou do dospělosti: „*viděla jsem u rodičů a jejich známých, jak pijou a cítila jsem z toho takovou dospělost a tajemno, dnes vím, že je to samozřejmě blbost a že mi dali hodně špatnej vzor, no*“. Za druhé svůj rozvoj závislosti připisuje své celoživotně snížené schopnosti zvládat stres, který často zmiňuje v souvislosti s výkonem svého zaměstnání zdravotní sestry, kde se jí stresu dostávalo v nebyvalé míře. „*Věděla jsem, že povolání zdravotní sestry je pro mě životní poslání, ale zároveň jsem se tam setkávala se spoustou smutku, nemoci, smrti a také špatným kolektivem, alkohol mě prostě po té směně uklidňoval*“.

Potřeba odborné pomoci byla u případu závislosti na alkoholu paní Ludmily naprosto zřejmá. V nejtěžší fázi svého alkoholismu již prožívala úpadek svého psychické i fyzického zdraví a své osobnosti celkově. „*Pila jsem denně tvrdý alkohol, už bylo pořád těžší chodit do práce s kocovinou, proto jsem musela pít už od rána, takže jsem nějaký čas pracovala v nemocnici pod vlivem, což je hrozný a hrozně se za to stydím*“. U paní Ludmily se alkoholový abúzus projevoval i v rovině narušení kognitivních funkcí. „*Dost často jsem si po silnějším*

pití nepamatovala třeba celý úsek předešlého večera nebo i dne“. Neúnosnými se rovněž staly finanční částky, které vynakládala na nákup alkoholu a již si začala všimnat radikálního zhoršení fyzického zdraví. Obzvláště těžce Ludmila snášela fyzickou složku závislosti, která je tak charakteristická pro alkoholovou závislost. Fyzická závislost se i u ní projevovала těžkými fyzickými projevy abstinčního syndromu. *„To je vám strašně špatně, jen ležíte, potíte se, zvracíte, nemůžete spát, jíst, jediný, co chcete, je napít se a zrušit to“.* Ludmila říká, že definitivní rozhodnutí léčit se přišlo ze dne na den a k danému rozhodnutí ji hodně pomohl manžel. *„Prostě jsme si řekli „dost“ a šla jsem na léčení. Teda hodně mě v tom podpořil manžel“.*

Léčba pomocí holotropní terapie byla paní Ludmile doporučena jako podpůrná léčba k ambulantní terapii závislých. Vzhledem k tomu, že paní Ludmila byla vždy hloubavý typ člověka, o metodě holotropního dýchání měla povědomí a věděla, že se pomocí ní dokáže dostat ke kořenům svých problémů, tak doporučení k absolvování holotropního dýchání kvitovala s povděkem. *„Byla jsem nadšená, o dýchání jsem dost četla i v souvislosti s léčbou závislých. Netušila jsem, že by to pro mě, jako vyloženě nemocného člověka alkoholismem, mohlo být vhodný“.*

Ludmila od Holotropní terapie očekávala, že ji pomůže její abstinenci na symbolické rovině uzavřít a potvrdit. Paní Ludmila již abstinovala díky úspěšné ambulantní léčbě, která spočívala v psychoterapii a farmakoterapii, ale chtěla si svoji abstinenci *„potvrdit sama“*, pomocí hlubokého zážitku. Toužila být *„sama sobě terapeutem“*. Od holotropní terapie čekala, že pro ní bude *„konečným přechodem ke střízlivosti“*. *„Čekala jsem, že potřebuju ještě nějakou duchovní tečku, jakoby potvrzení od svého nitra, že už pití mám za sebou, že už opravdu můžu abstinovat, že už není, kam utíkat, zní to divně, já vím, ale s tím jsem do toho šla.“*

Očekávání paní Ludmily byla naplněna v plné míře. Touha po symbolickém uzavření její alkoholické etapy života byla saturována prostřednictvím hlubokých prožitků, které byly provázeny dramatickými fyzickými i psychickými průvodními jevy. *„Třásl se mi celé tělo, bylo mi stejně jako, když jsem prožívala silný absták od alkoholu, jen jsem vše cítila střízlivě a niterně. Cítila jsem přesně to, kde mně ten alkohol ublížil a jak dlouhou a pracnou cestu ještě před sebou mám, než se tělo od toho strašného množství alkoholu dokáže zregenerovat“.* Hlavním motivem vizí paní Ludmily byly tedy silně sugestivní prožitky škodlivosti alkoholu na její organismus a duši. *„Bylo to i hrozně duchovní, těžko se to slovy popisuje, ale*

zažívala jsem zážitky, který fakt vypadaly jak smrt a já jsem od smrti během svého nejhoršího pití, nebyla daleko“. Ačkoli tyto zážitky měly negativní charakter, tak je paní Ludmila považuje za „jedny z nejdůležitějších k tomu, abych se utvrdila v té střízlivosti“.

Z dlouhodobého hlediska shledává paní Ludmila v holotropním dýchání pozitivu ve smyslu „*zklidnění a pocitu, že jsem nad svojí střízlivostí přebrala kontrolu já sama“.* Těmito slovy paní Ludmila charakterizuje to, že díky HD přestala být, v ač dobrovolné, tak ne zcela svébytné a suverénní pozici „*léčeného závisláka“*, který je vržen do rukou terapeuta. Ludmila přiznává, že zpočátku tato role byla vzhledem k její silné nemoci jménem závislost nezbytná, ale postupem času, kdy se zbavila fyzických příznaků abstinence, „*bylo potřeba začít na sobě pracovat vlastními silami“.* *Já sama jsem převzala otěže nad svým nepitím. Jsem silnější, sebevědomější a mám pocit, že sama nad sebou mám moc. Že už mám tolik síly a že dokážu být sama sobě doktorem,,.*

5.9.2 Marek

Markovi je 27 let. Jedná se o vysokoškolsky vzdělaného člověka, který má v současnosti stálou práci na administrativní pozici. Ačkoli si ne zcela přiznává svůj problém s drogami: „*nikdy jsem se za typického narkomana nepovažoval. Jsem normálně fungující občan, studoval jsem, měl jsem koníčky, záliby“*, tak má několikaletou zkušenost s drogami všeho druhu. Nejvážnější potíže však měl s pervitinem, který užíval pravidelně od svých 17 let. Pervitin mu vyhovoval kvůli pocitu zvýšeného sebevědomí, který mu dával. Na intoxikaci mu vyhovovala absence studu, strachu zvýšená hovornost a hlavně snížení úzkostných stavů, se kterými se dlouhodobě potýkal. „*Ze začátku mě na tom třeba hrozně bavilo to, že můžu na akcích se normálně bez studu bavit s holkama, seznamovat se s neznámejma lidma, vyprávět o sobě a ještě tím ostatní zaujmout“.*

Úzkostné stavy se však pokračujícím užíváním drog pochopitelně prohlubovaly, na což Marek opakovaně reagoval dočasným řešením v podobě zvýšeného užívání pervitinu. V době, kdy se Marek rozhodl pro léčbu, už pervitin bral několikrát do týdne. Jeho úzkostné stavy se prohlubovaly. Dostal se do bludného kruhu, kdy léčil své úzkosti a strach z lidí pomocí pervitinu, ale právě tento zvýšený abúzus drogy paradoxně, ale pochopitelně

způsoboval stále silnější a silnější náchyllost k úzkostem a ke strachu. V době, kdy bral pervitin nejvíce, se již silně sociálně izoloval. Docházel pouze do zaměstnání, kde byl často pod vlivem drogy. Dobrovolnému styku s lidmi se naprosto vyhýbal. „*V tu dobu už jsem trpěl na fakt nepříjemný schízny, kdy už jsem se buď lidí bál anebo jsem si s nima stejně nerozuměl, všechno to bylo jen o přetvářce*“. Postupem času se čím dál víc stranil rodiny, svých „střízlivých“ přátel a svých starých zálib. Tyto oblasti života pro něj byly neslučitelné s jím užívanou drogou, proto se jim nevěnoval.

Marek se několikrát pokoušel přestat brát drogy. Abstinovat od drog se pokoušel pomocí pochybné „samoléčby“ bez odborné pomoci. Tyto pokusy vždy ústily v zesílené úzkostné pocity, nespavost a další nepříjemné průvodní jevy jakými jsou únava, bezmoc a strach. Silné abstinenci syndromy psychického rázu substituoval nadměrným požíváním alkoholu. „*Bylo to moje hrozně temný a šedý období. Byla tam sice touha nebrat perník, kterej jsem docela dlouho nebral, ale vedle toho taky hrozná nuda, úzkosti, strachy, proto jsem to hloupě kompenzoval pitím*“. Od tohoto počínání však naštěstí brzy upustil, protože to je dle jeho slov „*cesta do pekla*“.

Potřeba a motivace upustit od tohoto způsobu života však byla u Marka silná. Kvůli Markovu celoživotnímu strachu a nedůvěře v klasickou léčbu a lékaře všeobecně ale zaujal odmítavý postoj k eventualitě návštěvy psychiatrie. „*Vždy jsem nerad chodil k doktorům, své problémy jsem vždy rád řešil sám, neříkám, že to je dobře nebo špatně, ale v tom jsem nepoučitelny*“. Vzhledem k tomu, že se Marek nedopustil žádného přečinu, nebyl nebezpečný ani sobě ani druhým, bylo jeho rozhodnutí zahájení psychiatrické léčby v rovině svobodné volby. Tu nevyužil. Marek se navíc obával, že návštěvou lékaře se pasuje do role závislého a tato role bude oficiálně diagnostikována: „*k doktoroj, psychiatroj jsem nechtěl, protože tím bych se stal vlastně oficiálním závislákem a tím bych si to všechno připustil, přiznal, byl bych jakoby slabej*“.

Marek však samozřejmě chtěl přestat užívat pervitin, chtěl změnit své jednání, chování a celkový přístup k životu. Měl tušení, že jeho problémy jsou dlouhodobé, mají hluboké kořeny a k jejich léčbě, potažmo léčbě závislosti, je třeba rovněž přistoupit hloubkově. Společně s jeho celoživotním zájmem o duchovno, nevědomí, hlubinnou a transpersonální psychologii to byly důvody, které ho přivedly k rozhodnutí pro absolvování terapie s holotropním dýcháním. Ačkoli se bál, že díky tomuto stavu bude čelit nepříjemným traumatům z dětství, tak jeho zvědavost po konfrontaci s obsahy těchto traumat a hlavně

touha změnit se a uzdravit se, převážily. *„O holotropním dýchání jsem věděl hodně dlouho. Hluboko uvnitř jsem věděl, že to chci a potřebuju podstoupit, nejen kvůli drogám, ale strach to nedovoloval.“*

Marek od této léčby očekával hlavně to, že mu holotropní dýchání dá „pořádnou existenciální facku“, která mu dá jasný impuls ke změně svého jednání a znovu ho přiměje vážit si hodnoty života.

Marek přiznává, že jeho očekávání byla naplněna, i když ne zcela tak, jak očekával. *„Tak silná zkušenost jako je holotropní dýchání se nedá předpokládat nebo tak, jde to tak hluboko, že kdo tam nikdy nebyl, stěží pochopí tu hloubku, kam až se dá dojít“.* Zmiňovaný impuls, který byl nazván „existenciální fackou“ se ale u Marka dostavil v plné míře.

Marek největší přínosy holotropního dýchání shledává ve dvou oblastech. Za prvé v jeho vizích, kdy spatřil sám sebe jako slabého a bezmocného ve vztahu k drogám. Úzkosti, které prožívá normálně, nabývaly během holotropního dýchání nebývalých rozměrů. *„Viděl jsem sám sebe jako hrozně slabýho. Ty úzkosti, který jsem měl normálně, byly stokrát silnější. Stav doprovázely silně nepříjemné fyzické i psychické průvodní jevy. „Bylo mi strašně špatně fyzicky i psychicky. Trásl jsem se, klepal jsem se prostě. Byly to jedny z nejděsivějších chvil v životě možná, tyjo.“* Marek popisuje, že ve svých vizích a pocitech, které se dostavily během holotropní terapie, spatřoval sám sebe v přímém přenosu a byl svědkem zoufalého procesu, jakéhosi sebezáchraného instinktu zbavení se jeho úzkostných stavů. *„Bylo to jako takovej ten klasickéj obrázek, kdy se popisuje Pavlovův reflex. Jako ten pes, co začne slinit, když slyší zvonek“.* Tento příměr Marek užívá k popisu procesu, kdy s počínajícími úzkostnými stavy, stoupá touha dočasně se jich zbavit pomocí aplikace pervitinu. Holotropní dýchání mu tento proces bez příkras ukázalo a zobrazilo mu, jak moc je u této zoufalé a kontraproduktivní činnosti směšný a každým tímto dalším dočasným řešením úzkostí se více propadá do psychických potíží a prohlubuje svůj problém s drogami.

Druhá oblast holotropního dýchání, kterou Marek shledává jako terapeuticky účinnou, jsou vize a obrazy z minulosti, konkrétně dětství. Znovuprožití dětských, hluboko do nevědomí vytěsněných traumat, pro něj mělo zásadní a dlouhodobý terapeutický efekt. Marek je přesvědčen, že původ jeho úzkostí má kořeny právě v útlém dětství. Hypnotický stav změněného vědomí indukovaný holotropní terapií mu umožnil dětská traumata znovu odžít, konfrontovat se s nimi a z pozice dospělého člověka se s nimi smířit, vyrovnat. Dle jeho tvrzení ona traumata pocházejí z období bouřlivého rozvodu jeho rodičů, kdy byl svědkem,

psychického i fyzického násilí a právě pocit jeho touhy konflikt mezi rodiči zmírnit, a na druhé straně neschopnost a bezmoc malého dítěte, vyústily v trauma, které se mu často vynořovalo z nevědomí a způsobovalo úzkosti, stud, strach a pocity méněcennosti. „*No, viděl jsem několikrát sám sebe, nebo ne přímo viděl, ale jsou to dost těžko popsatelný, ale silný sugestivní pocity, nebo jak to říct, skoro jak hodně silný dejavů a ty jseš zase dítě a prožíváš stavy, situace a pocity, který myslíš, že už si dávno zapomněl, protože třeba nebyly důležité, ale mozek je účelově zapomněl, odložil si je, protože nějak bolely, tížily by tě jako dítě, ale stejně tam furt jsou*“. Úzkostné stavy ho pohlcovaly v podobných životních situacích – bezmoc, neschopnost změnit události, složitější životní úkoly apod. Psychedelická zkušenost navozená holotropním dýcháním mu pomohla nahlédnout tyto zážitky, lépe je integrovat a dojít k uvědomění, že věci a okolnosti, které nemá v moci změnit a které v podstatě nevychází z jeho vůle a nejsou vůlí ovlivnitelné, si nemůže klást za vinu, projektovat si je do sebe samého a považovat je za vlastní selhání. Marek tvrdí, že právě toto prozření je hlavním důvodem, proč začal měnit svůj život. Díky holotropním terapiím se Markovi podstatně zmírnil výskyt úzkostí, které provázely i obyčejné každodenní situace. „*To, z čeho bych dřív panikařil, čeho bych se nesmírně bál, nespal bych z toho - třeba jít na úřad, zkouška ve škole, seznámení se - tomu se dnes jakoby pousměju a zvládnou to s klidem. Vlastně cejtim, že mě zvládání těchto povinností i osobnostně posouvá dál*“. Události, které by pro něj dříve byly nesmírně stresující a automaticky by spínaly touhu po droze, dnes prý zvládá s mnohem větším nadhledem, sebevědomím a klidem. Hlavní přínos HD je tedy dle Markových slov mnohem větší zdravé sebevědomí, respekt a pokora vůči sobě i druhým, redukce obav, strachu a úzkostí. Marek je přesvědčen, že právě zkušenost s holotropním dýcháním a výše zmíněné přínosy jsou důvodem, proč abstínuje.

5.9.3 Jakub

Jakub je středoškolsky vzdělaný muž. Je mu 29 let. V současnosti má stále zaměstnání dělnického charakteru. Potýkal se s problémy s alkoholem a pervitinem zhruba 10 let. Alkohol a drogy nadužíval již od svých 17 let. Jakub tvrdí, že tyto drogy zneužíval střídavě. Jakub drogy poprvé okusil v pubertě, jelikož se chtěl integrovat do skupiny lidí, ke kterým vzhlížel. Na zneužívání drog jako takovém tato komunita nebyla postavena, sdružoval ji hlavně sdílený zájem o hudební styl punk a s ním spojené subkulturní znaky. U některých členů této skupiny však bylo normou zneužívání pervitinu a alkoholu. Jakub věřil, že právě užívání drog mu touženou integraci usnadní. *„Ta parta mě hrozně fascinovala, jejich mluva, oblíkání, to jak, vybočovali, jak se vyznali v kapelách, takovej spikleneckej pocit z nich vyzařoval. Já jsem se v té době v pubertě hrozně hledal, furt jakoby nešťastnej, depky, nuda. Strašně jsem chtěl někam patřit. Přišlo mi, že nejsnadnější způsob, jak mezi tyto starší, pro mě frajery, zapadnout bylo, brát s nima perník. Abych se taky stal tím spiklencem“.*

Když Jakub své užívání podrobuje reminiscenci, tvrdí, že se jednalo o takovou míru, která hraničila s regulérní závislostí, ačkoli v době samotného braní si vlivem snížené sebereflexe nepřipouštěl, že se jedná vyloženě o závislost. *„V té době, kdy jsem bral, jsem si stejně jako spousta mně podobnejch mylně myslel, že jsem v pohodě, že kdykoli můžu přestat, ale v tu dobu si prostě budu užívat“.*

Dnes si však je jist, že drogy zneužíval natolik, že to škodilo nejen jeho fyzickému a psychickému zdraví, ale ubližovalo to velmi jeho rodině a blízkým. V době své puberty dokonce ve spojitosti s drogami několikrát utíkal z domova, dopustil se drobných krádeží za účelem zisku finančních prostředků na drogy či alkohol. Příznává, že v souvislosti s drogami nesčetněkrát lhal, chodil tzv. za školu, nakonec byl ze školy vyloučen a kvůli své neschopnosti socializace způsobené drogami byl dokonce na krátký časový úsek (několik týdnů) nucen k pobytu na ulici. Výše uvedené události se střídaly s návraty domů a Jakubovými znovu a znovu nedodrženými přísliby abstinence a změny přístupu k životu. *„Snad stokrát jsem našim sliboval, že už brát nebudu, že jsem si to uvědomil, že už jakoby budu hodnej. Chvilí jsem tomu možná věřil i sám...“.* Nakonec se společně se svými příbuznými rozhodli, že jedinou možnou variantou, jak docílit Jakubovy abstinence, je nástup do psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Zde Jakub absolvoval detoxifikační program a v rámci terapií se měl léčit ze závislosti na pervitinu a alkoholu. Jakub tuto léčbu shledával

jako neefektivní, nesouhlasil se systémem léčby a přístupem tamních odborníků. Jakub v prostředí léčebny bojoval se svými problémy s kolektivem, autoritami a s kooperací s lidmi všeobecně. *„Už jako malý dítě jsem těžko pracoval v kolektivu, vadily mně autority, nespolupracoval jsem a uzavíral se do sebe“*. Navíc mu vadilo, že se dostal do pozice *„nesvéprávného chráněnce, který musí dodržovat podmínky skoro jako ve vězení“*, čímž měl pocit nežádoucí invalidizace a institucionalizace. Dle jeho soudu, farmakologická léčba spočívá pouze v tom, že: *„zneužívaná droga je nahrazena drogou jinou“* (farmaky). Tato farmakoterapie ho dle jeho slov činila: *„nesvéprávným, apatickým a líným pacientem“*. Vzhledem k tomu, že Jakubovi tehdy bylo 19 let, nebyl nebezpečný sobě ani okolí, rozhodl se tuto léčbu dobrovolně ukončit.

Jakub se rozhodl přestat pokračovat v zavedených kolejích, protože si byl naprosto jist, že vedou do záhuby. *„V tu dobu jsem chodil na směny nočního vrátného, většinou jsem byl pořád sjetej, abych neusnul a pak doma, abych usnul, tak jsem pil, s lidma jsem se nevidal, nic mě nebavilo, jen tenhle koloběh“*. Rozhodl se změnit svůj zoufalý neutěšený život plný drogového stereotypu, který byl pln *„nudy, šedi a samoty“*. Jakub tvrdí, že se již stal naprostým asociálem a právě tato nedůvěra, nechť či dokonce nenávisť vůči lidem v něm živila touhu po drogovém či alkoholovém opojení. Jakub přirovnává svůj tehdejší život k začarovanému kruhu a vzhledem k tomu, že se již vážně bál o své psychické i fyzické zdraví, rozhodl se pro terapii pořádanou peruánským šamanem za použití látky zvané Ayahuasca.

Vzhledem ke svému neúspěšnému pokusu léčby v psychiatrické léčebně, hledal Jakub alternativní řešení svého problému. Jakub tento alternativní způsob léčby své závislosti vybral na doporučení známého, který prováděl výzkumné šetření rituálního užití ayahuasky v centru na léčbu závislostí Takiwasi přímo v Peru. *„Na znamení a osud a tyhle věci obvykle nevěřím, ale tahle náhoda, kdy jsem Pavla, svého spolužáka ze základky, potkal chvíli po tom, co se vrátil z Peru, to prostě muselo být něco jako znamení“*. Tato přímá zkušenost jeho známého společně s vlastní zkušeností nabytou nedůvěrou v klasickou etablovanou léčbu tvořily motiv pro volbu alternativy v podobě ayahuasky. Jakub od léčby očekával, že mu takzvaně pomůže *„nahlédnout pod povrch“*, že dojde odhalení hluboko uložených problémů, o kterých prý sice tušil, ale nedokázal je pojmenovat, natož asociovat s příčinou jeho problému s drogami a neschopností *„žít kvalitní život“*. Co se týče změn, které mu psychedelická terapie s ayahuaskou přinesla, tak Jakub tvrdí, že: *„neprožíval žádný řešení nadpřirozených traumat z minulých životů, ani jsem neměl nějaký vesmírný vize ani neskutečný halucinace“*. Jeho zkušenosti s ayahuaskou (byl na sezení 3x) se vždy týkala jeho blízkých, zejména rodiny. Ve

svých vizích měl Jakub krásné pocity naprosté harmonie a hřejivého pocitu blízkosti a laskavosti při setkání se s členy jeho rodiny. Prožíval stavy naprosté blaženosti již z obyčejné přítomnosti členů rodiny. *„Cítil jsem se znovu jako malej, když jsem byl u u své matky nebo svý babičky a cejtil jsem se doma, v bezpečí, bylo mě strašně dobře...“*. Jeho vize však byly silně ambivalentní. Na opačném pólu psychického a fyzického stavu ho svíraly trýznivé a bolestivé pocity nenaplnění a výčitek při setkání se s již zemřelými členy rodiny, u kterých si byl jist, že Jakuba upřímně a nepodmíněně milovali, ale až během stavů změněného vědomí si tuto skutečnost uvědomil v plné míře: *„...ale taky mě to hrozně mrzelo, bolelo, že už to není, prostě. Ten klid a bezpečí u blízkých. A dost mojí vinou asi hlavně...“*. Pociťoval velkou lítost nad tím, že se rodině nevěnoval, neoplácel jim stejnou měrou jejich vlídnost, laskavost a lásku, často se jim dokonce i vyhýbal. *„Úplně přesně jsem si uvědomil, co jsem kvůli sobeckému zaměření na sebe sama a svý drogy, způsoboval u druhých. Bylo mi třeba hrozně líto to, že jsem nebyl se svojí babičkou, která zemřela v době, kdy jsem se naprosto stranil rodiny a byl sem k nim apatickej, bylo mi to nepopsatelně líto“*. Je přesvědčen, že právě zneužívání drog ho uzavíralo do sebe samého, protože si byl jist, že rodina a jeho blízcí mu nedokážou porozumět a chtějí mu svou přehnanou péčí spíše uškodit. Někdy se jeho pocity ze vztahu k rodině blížily až paranoickým stavům, kdy si myslel, že je na světě naprosto sám a jeho rodina je spiknutá proti němu. Všechny tyto nepříjemné stavplné smutku, pláče, lítosti, bezmoci byly u Jakuba při ayahuaskovém rituálu provázeny nepříjemnými fyzickými projevy: *„to brečíš, třeseš se, klepeš se, potíš se a zvracíš, hodně zvracíš, ale prej se tím čistíš fyzicky i psychicky“*. Během sezení s ayahuascou došlo u Jakuba ke zvědomění a zpracování negativních emocí. Jakub se stal schopný uvolnit negativní a potlačené emoce a vyjádřil je v podobě vždy potlačovaného smutku.

Právě kvůli těmto zkušenostem, které je dle Jakuba velmi obtížné verbalizovat, protože pojmový aparát jazyka je příliš úzký na zachycení pocitů, které měl během ayahuaskového sezení, si Jakub mnohem více váží přítomnosti lidí. Tvrdí, jak dobrý je pocit sounáležitosti s lidmi. *„To se nedá přesně říct slovy, ale jakoby se znovu narodil a byl vděčnej za to, že jsem vlastně člověk, že lidi mě mají ve skutečnosti rádi a já mám rád je“*. Je si vědom pošetilosti a absurdnosti svého tehdejšího odmítavého postoje k lidem, hlavně své rodině. Hlavní přínos ayahuaskového sezení shledává právě v možnosti znovu zakusit pocit sounáležitosti a uvědomění si vzájemné a opětované lásky ke svým blízkým. Jakub ovšem také pro upřesnění dodává, že se z něj díky ayahuasce nestal naprostý abstinents, který oplývá *„všeobjímajícím extatickým štěstím a láskou ke všemu živému“*. Popisuje však, že díky silným

ayahuaskovým vizím a kvalitní terapeutické práci šamana dostal silný impuls k tomu, aby se „zastavil“ a odklonil svůj egocentrický zájem od sebe sama k zájmu o druhé. Obnovil své vztahy k rodině a přátelům a ti jeho zájem plně opětuji a v jeho novém přístupu k životu ho podporují. A právě tuto podporu blízkých, kterou dříve odmítal, shledává jako neúčinnější terapeutický faktor při léčbě závislosti na drogách. *„Aje (ayahuasca) vděčím hlavně za to, že znova, po hrozně moc letech, jsem si uvědomil, jak důležitá je rodina, přátelé, i vlastně kolemjdoucí kolem mě a jak hloupý a nezdravý bylo uzavírat se vůči světu“.*

Poslední rok (od svého posledního sezení s Ayahuaskou) Jakubův zájem o drogy výrazně ochladl. Sám přiznává, že nemůže tvrdit, že by ho vyléčila *„jako mávnutím kouzelného proutku“* samotná ayahuaska. Její účinek spíše přirovnává k facilitátoru, k původci impulsu, který ho pobídl ke snaze, chuti a touze změnit sám sebe.

V současnosti se Jakub označuje za střídavého kuřáka, občasného pijáka menšího množství alkoholu a přiznává, že: *„párkrát do tejdne si zakouřím marihuanu“*, která ho však dle jeho slov neomezuje ve výkonu jeho povinností a neizoluje od společnosti. Jakub se jako abstinující od tvrdých drog cítí nepoměrně lépe, zlepšilo se jeho fyzické i mentální zdraví, má stále zaměstnání, které ho prý *„docela baví“* a žije normálním sociálním životem. Dokonce je v partnerském vztahu, který dnes trvá několik měsíců. Jeho dobrou náladu a vyrovnaný stav v době vedení rozhovoru připisují právě jeho dobře fungujícímu vztahu s přítelkyní.

5.9.4 Libor

Libor je 34letý muž středoškolského vzdělání. Jedná se o malého podnikatele v oblasti internetového obchodu. S drogami, konkrétně s kokainem, začal v „pozdějším“ věku. Bylo mu 31 let, když tuto drogu okusil poprvé. Důvody k tomu byly víceméně náhodné, drogy jako takové nevyhledával. *„Někdo mi to tenkrát nabídl na nějaký akci, nepřikládal jsem tomu žádný velký význam. Ani jsem se nebál, ani jsem nic moc nečekal“.* Dle jeho slov mu kokain zpočátku užívání pomáhal vyrovnat se s ohromným stresem, který mu jeho psychicky náročné povolání přinášelo. Na samotné konzumaci kokainu ho bavily klasické účinky této látky – hovornost, zvýšený pocit energie, sebevědomí a nízká potřeba spánku. Libor se nikdy nepovažoval za „typického narkomana“ a podle něj ani většina lidí v jeho okolí o něm neměla podobného mínění: *„nikdy jsem nebyl klasickéj feťák, lidi to na mě nepoznali“.* Dle jeho výpovědi by se dal Libor zařadit do škatulky tzv. „skrytých narkomanů“. Podle slov Libora

měl užívání kokainu zpočátku pod kontrolou, ale postupem času se vzrůstajícími problémy v rámci jeho podnikání, vzrůstala i frekvence zneužívání drog. „*Čím větší problémy jsem měl v práci, tím víc jsem bral koks, abych víc vydržel, víc udělal a taky na to, že se ty problémy kupí, jakože zapomněl na chvíli*“. Tato nelichotivá přímá úměra vedla postupně k tomu, že Libor bral kokain téměř denně a jeho abúzus se celkem rychle proměnil v závislost. Takže kromě problémů s podnikáním se v jeho životě vyskytl komplexní problém závislosti, který pochopitelně generoval spoustu dalších potíží – od zdravotních, psychických i rodinných, kdy se s ním kvůli závislosti rozešla dlouhodobá přítelkyně.

Jak je již zmíněno výše – hlavním důvodem k touze přestat brát drogy byl rozchod s jeho dlouholetou přítelkyní. Ta dle slov Libora dále nechtěla tolerovat jeho závislost, která se projevovala dlouhodobě změněným chováním vyznačujícím se bezdůvodnou paranoiou, strachem i agresí. Dalším průvodním jevem byla velmi špatná finanční situace – svého času Libor za kokain utrácel i dva tisíce korun denně, což ho vzhledem k tehdejším neúspěchům v podnikání přivedlo k tíživému zadlužení. Když si navíc i sám Libor postupně všiml úpadku svého zdravotního i duševního zdraví, rozhodl se s kokainem přestat.

Liborův zájem o alternativní psychedelickou terapii byl vyvolán současným zvýšeným výskytem informací o úspěšných případech léčby kokainové závislosti v médiích. Libora již delší dobu zajímala tzv. psychedelická renesance, která poslední léta celosvětově probíhá. Líbilo se mu, že se o potenciál psychedelik zajímají odborníci napříč vědní obory – psychiatry, psychology a adiktology nevyjímaje. Několik měsíců intenzivního studia populárně naučných a posléze i odborných textů na internetu ho dovedlo k přihlášení se na sezení s ayahuaskou, které bylo počátkem roku 2016 konáno v pardubickém kraji – tedy v jeho domácím prostředí.

Libor neměl jasné očekávání toho, co s ním léčba udělá. Chtěl však, aby mu pomohla s jeho problémem, který se týkal jeho zneužívání kokainu. Jeho životním cílem bylo dle jeho slov: „*zpomalit, uklidnit se, zastavit se konečně a začít znovu*“. Tímto myslel změnu hektického života, který se vyznačoval silným stresem z náročného povolání, mnohdy nesmyslnou honbou za penězi a zhoubnou potřebou co nejefektivněji využít času a pokud možno co nejvíce omezit spánek. Libor chtěl tento zacyklený problém pomocí ayahuasky otevřít a v nejlepším případě jej vyřešit.

Libor nezkusil se svým drogovým problémem navštívit jinou odbornou pomoc. Návštěvu odborné psychiatrické pomoci nevyužil z důvodu strachu ze stigmatizace a též pro jeho nedůvěru v systém zdravotnictví: *„celej tenhle české farmaceutické byznys, kterému se říká zdravotnictví, mě odpuzoval celej život“*.

Hlavní přínos sezeních s ayahuaskou shledává Libor v tom, že mu jednak dopomohly k náhledu na sebe sama, zejména na svou tělesnou stránku a z dlouhodobého hlediska terapie s ayahuaskou naplnila jeho očekávání v tom, že se dokázal *„zastavit a uklidnit“*. Libor pod vlivem ayahuaskového nápoje ve spojení s šamanským terapeutickým rituálem měl vize svého drogami poškozeného těla. Libor tvrdí, že prostřednictvím těchto vizí a pocitů spatřoval sám sebe fyzicky zničeného drogami, kdy všechny negativní aspekty braní kokainu byly mnohanásobně horší. Dokázal vidět a naprosto přesně cítit, kde a jak ho nadužívání této látky ničí. Libor si díky těmto vizím naprosto uvědomoval, co přesně s ním může udělat to, kdyby i nadále užíval těchto drog. *„Ukázalo mně to mě samotného, jak bych vypadal třeba za 20 let, kdybych ten koks nepřestal brát. Černý zničený zuby, vyhaslý pohled, bílá, až zažloutlá zničená pleť, naprosto zničený srdce, plíce – ty vize mě ukázaly i vnitřek mého organismu, nejen vizuálně ukázaly, ale měl jsem možnost se i tak cítit – jako starý drogami zničený tělo.“*

Každý úsek těchto jeho vizí provázelo silné zvracení, což je obvyklý průvodní jev ayahuaskové intoxikace. Nejedná se však o nežádoucí vedlejší účinek. Ve fyziologické i symbolické rovině jde o fyzickou i mentální očistu. Stejně tak to vnímal sám Libor.

Libor během svého vyprávění často v superlativech zmiňuje osobu šamana, který ač mluvil španělským jazykem, naplňoval pro tamní účastníky rituálu roli terapeuta i psychologa. Libor podotýká, že zprvu choval k tomuto člověku nedůvěru: *„jemu (šamanovi) jsem samozřejmě nejdřív moc nevěřil. Nikdy jsem nebyl na tyhle magický, mysteriózní věci a on mi zprvu přišel jak laciný šarlatán“*. Díky jeho očividným zkušenostem a schopnostem velmi citlivě pracovat s jedinci, kteří jsou pod vlivem ayahuasky si ovšem u tamních účastníků vysloužil velký respekt, důvěru a pokoru. Libor i přes svoji původní nedůvěru tento velmi kladný vztah sdílel. Po skončení samotného rituálu následovalo sdílení zážitků mezi účastníky rituálu a šamanem. I přes jazykovou bariéru si slov a rad šamana Libor velmi vážil: *„mluvili jsme lámanou španěloangličtinou, ale i přesto jsem měl pocit, že mi dokonale rozumí a dokonale radí, jak se svým životem dál naložit.“*

Libor na otázku, co mu z dlouhodobého hlediska ayahuasková zkušenost přinesla, odpovídá, že samá pozitiva. Ayahuasca dle něj není žádný zázračný lék s božskými

schopnostmi. Tvrdí, že to není zkušenost pro každého a prý by ji nedoporučil lidem s těžkými obtíži psychiatrického charakteru. V jeho případě se vždy jednalo o velmi silné a niterné zážitky, které byly vždy velmi nepříjemné. Míra nepříjemnosti samotného prožitku šla však u Libora ruku v ruce s mírou pozitivního vlivu na jeho život: „*Řekl bych, že čím hnusnější prožitky a více sem zažil, tím byly pravdivější a taky mně nejvíc daly do života*“.

Pro Libora byly ayahuaskové zkušenosti hlavně silným impulsem k usebrání se a opravdu vážnému zamyšlení se jednak nad svým zdravotním stavem, jeho nesmyslně hektickým způsobem života a bezohledným jednáním vůči okolím. Všechny tyto nežádoucí aspekty chování a jednání byly podle Libora podporovány užíváním kokainu. Díky ayahuaskovým rituálům si Libor dokáže mnohem více vážit svého zdraví, jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Dokáže mnohem klidněji přemýšlet a uvědomovat si důsledky a příčiny svého jednání: „*Dřív a hlavně na kokainu jsem přemýšlel útržkovitě, krátkodobě a hlavně, abych co nejvíce získal pro sebe, klidně na úkor svého zdraví, nebo na úkor ostatních lidí*“.

5.10 Interpretace výsledků zkoumání

1) Jaká témata vnímají mí respondenti jako významná ve vztahu ke svému problému s drogami?

Tato dílčí výzkumná otázka byla položena za účelem objasnění toho, jakým tématům ve vztahu ke své závislosti přikládají mí respondenti význam. Je třeba si uvědomit, že problematika braní drog je značně složitá. Již spousta let se snaží množství odborníků z mnoha oblastí vyznat se ve spletité problematice vzniku závislosti a velmi komplexním tématu motivace braní drog. Ačkoliv výzkum v této oblasti za dobu svého trvání značně pokročil, stále se nedá mluvit o tom, že by odborná společnost dospěla ke konsenzu, který by dokázal odpovědět na otázky po vzniku závislosti a motivaci k braní drog. Variabilita řešení tohoto problému jde ruku v ruce s variabilitou lidské populace. Každý jsme jiný, proto i problematika braní drog a závislosti na ní, bude podléhat této různorodosti.

V souladu s výše uvedeným mě tedy v rámci této subotázky zajímalo, jaké drogy mí respondenti brali a s jakými měli zásadní problém. V čem tento problém tkvěl, potažmo tkví, a jaké měl důsledky na jejich životy. Proč i přes vznikuvší problém daní jedinci ve zneužívání drog pokračovali. Jaké vlastně byly pohnutky k jejich užívání? Co je k užívání „nutilo“, co je na užívání „bavilo“. Co jim drogy dávaly, co jim braly?

Ludmila

Paní Ludmila se potýkala s problémy s alkoholem. Ludmila vznik své závislosti připisuje dědičnosti, snížené schopnosti zvládat stres a tomu, že již od útlého dětství vnímala alkohol jako pomyslnou vstupní bránu do dospělosti, jako prostředek socializace. Co se faktoru dědičnosti týče, rozdělil bych ho na genetickou složku, kdy je zřejmé a dokázané, že děti z rodin alkoholiků disponují zhoršenou schopností produkovat hormon štěstí - endorfin. K alkoholu se pak tito jedinci obracejí, jelikož jim dává schopnost prožít radost. Druhá složka dědičnosti tkví v psychosociálních faktorech. Do nich spadá právě Ludmilou zmiňovaná asociace alkoholu jako rituálního prostředku socializace.

Mám za to, že právě psychosociální faktory hrají při vzniku závislosti klíčovou roli. Když se k tomu navíc přičte znepokojující benevolence k alkoholu panující v České Republice, tak jsou výsledkem šokující čísla o počtu závislých.

Marek

Marek se potýkal s problematickým užíváním pervitinu. Drogu začal užívat - stejně tak jako spousta této droze propadnuvší - kvůli pocitu zvýšeného sebevědomí, absenci studu, strachu, zvýšené hovornosti. Marek však hlavní výhodu v braní pervitinu shledával v redukci jeho úzkostných stavů, jejímiž spouštěči byl sociální kontakt. V období, kdy Marek začal pervitin brát – tedy v době puberty – se pro něj pervitin stal pomyslnou berličkou při sociálním kontaktu.

Ve značně zmateném a složitém období puberty má spousta jedinců pocitu nízkého sebevědomí a negativně zabarvené vnímání sebe sama. Jedinci se slabší a citlivější osobností mohou velmi často inklinovat ve vyhledávání pomoci právě v drogách. Marek nebyl výjimkou.

Jakub

Alkohol a drogy nadužíval již od svých 17 let. Jakub drogy poprvé okusil v pubertě za účelem integrace do komunity lidí, k nimž vzhlížel. I Jakubovým případem se potvrzuje složitost období dospívání a s ním spojené pocity vykořenění, nezakotvenosti, touhy socializovat se, ztotožnit se svým vzorem a být jím přijímán. Dnešní doba je dobou různorodého množství subkultur, které toto zázemí a možnost identifikace se umožňují. Je však bohužel faktem, že tyto subkultury jsou často spojeny s drogovým abúzem. Nejinak tomu bylo i v případě punkové subkultury, mezi níž se chtěl začlenit Jakub.

Zpočátku ho braní drog pochopitelně naplňovalo. Umocnilo jeho spiklenecký pocit výjimečnosti, odlišnosti a revolty. Tyto pocity se však postupem času rozplynuly v těžkou zátěž závislosti. Revolta a odlišnost se transformovala do introverze, samoty a psychických

problémů. Drogy byly Jakubem užívány nadále za účelem krátkodobého potlačení těchto pocitů.

Libor

Libor se potýkal s problémovým užíváním drogy jménem kokain. Drogy nikdy cíleně nevyhledával. K užití kokainu se dostal víceméně náhodně ve věku 31 let. Motivací k braní kokainu byly jeho účinky, které mu pomáhaly snižovat stres, který mu přinášela podnikatelská činnost. Drogy užíval zpočátku ve spojitosti se svojí prací, kdy využíval pocitu zvýšené energie a snížené potřeby spánku. S přibývajícími problémy v životě, se však zvyšovala potřeba po kokainu a tím se u něj objevil syndrom závislosti, který generoval další množství obtíží.

Libor se dá považovat za takzvaného skrytého narkomana. S touto nálepkou se ztotožňoval i on sám. Tato kategorie závislosti je však obzvláště nebezpečná. Anonymita těchto skrytých uživatelů a zdánlivá „bezproblémovost“ a sociální „funkčnost“ nezavdává důvod myslet si o takovém člověku, že by mohl potřebovat pomoc se svým skrytým, ale o to více zákeřným problémem.

Shrnutí:

Ačkoli se v mých případových studiích vyskytují rozmanití lidé s rozdílnými drogovými anamnézami, tak kupodivu není složité v jejich vyprávěních nalézt společná témata, která ve vztahu ke své závislosti vnímají jako významná. Důvody k braní drog bych rozčlenil do sociálního a psychického či osobního měřítka. Společná témata (vyjma případu Libora, který začal drogy brát sám a v pozdějším věku) v rámci sociálního měřítka jsou nestabilita, vykořeněnost, nejistota, touha po socializaci a integraci, kterou doprovází období dospívání. Mnou tázání jedinci stejně jako množství „střízlivých“ lidí touží najít místo ve společnosti. Těžko se vyrovnávají s pocitem samoty a absencí přináležitosti k určité více či méně velké societě. Drogy pro ně symbolizovaly vstupní bránu do určité skupiny či pro ně měly symbolický a rituální význam socializace. V rovině osobní či psychické všichni mí respondenti shledávali na drogách jako přínos redukci stresu, strachu, nízkého sebevědomí a

úzkosti. Výše zmíněné neduhy jsou bohužel znakem současné postmoderní doby. Senzitivnější jedinci mají sníženou schopnost vyrovnávat se s křečovitou uspěchaností okolního světa a ne zřídkakdy se vrhají do pomocné náruče drog.

b) Jaké jsou u mých respondentů důvody pro rozhodnutí léčit se a proč právě pomocí psychedelické terapie?

V rámci této dílčí otázky bych rád zmapoval, v jaké fázi své drogové „kariéry“ došli moji respondenti k rozhodnutí řešit svůj problém léčbou. Zajímalo mě, jestli existují nějaké společné znaky v důvodech ke skoncování s užíváním drog, nebo se jedná o čistě intersubjektivní záležitost nemožnou zobecnění. Jenom v malém procentu případů závislých je rozhodnuto někým jiným o nutnosti léčby. Tím chci říci, že pokud motivace k léčbě nevychází od samotného drogově závislého, nikdy nemůže mít léčba pozitivní efekt. Proto mě zajímají subjektivní popisy motivací mých respondentů k zahájení léčby. S tímto souvisí i postihnutí toho, proč se rozhodli pro volbu alternativní psychedelické terapie a jaký je jejich přístup k léčbě medicínské, potažmo, jaké jsou jejich zkušenosti s touto klasickou etablovanou léčbou.

Ludmila

Ludmila trpěla silnou závislostí na alkoholu, která se kromě své psychické složky vyznačuje nebezpečnou rovinou fyzickou. To znamená, že po odejmutí drogy, následují velmi nepříjemné a zdraví vážně ohrožující fyzické obtíže. Ty se naplno u Ludmily projevovaly během tzv. abstinčních syndromů.

Téma alkoholismu je u žen obzvláště palčivé. Ačkoli procento žen závislých na alkoholu je všeobecně nižší než u mužů, tak je třeba zmínit, že ženy mají mnohem větší šanci stát se na alkoholu dříve a snadněji závislé než zástupci opačného pohlaví. Alkohol má vedle psychických dopadů, nesmírně negativní dopad na tělesnou schránku. Uvědomění tohoto

úpadku ve spojení se silnými abstinenčními syndromy přimělo paní Ludmilu k rozhodnutí vyhledat se svým problémem odbornou pomoc.

Marek

Marek se rozhodl léčit se v době, kdy se úzkosti, které původně potlačoval pomocí pervitinu, staly kvůli nadužívání této drogy neúnosné. Marek se stejně jako velké množství závislých dostal do bludného kruhu, kdy se svým počínáním stále více propadal do spárů závislosti. Čím více chtěl krátkodobě unikat před úzkostmi pomocí pervitinu, tím více se zvyšovala četnost a síla výskytu úzkostí. Když se k těmto stavům přidaly paranoické stavy a asociální a silně introvertní stavy, dospěl Marek k rozhodnutí podstoupit léčbu.

Jakub

Jakubovo rozhodnutí léčit se bylo do velké míry podpořeno jeho rodinou, která byla jeho drogovým počínáním a s tím spojeným patologickým způsobem života značně znepokojena. Ačkoli Jakub zpočátku ve svém chování a jednání neshledával žádnou patologii, tak si ji postupem času právě za pomoci své rodiny začal uvědomovat a začala mu vadit. Toto rozhodnutí léčit se však nebylo ryze Jakubovo, nevycházelo plně z jeho přesvědčení. Jakub nastoupením rezidenční psychiatrické léčby chtěl spíše udělat vstřícný krok směrem k rodičům. Zřejmě i z těchto důvodů se tato léčba nesetkala s úspěchem. Jakubova motivace léčit se však byla udržována dostatečnou sebereflexí, díky níž si uvědomoval negativní dopady užívání drog na své zdraví a na svůj přístup ke společnosti, zejména ke své rodině.

Libor

Libor se rozhodl k léčbě z několika důvodů. Jedním z důvodů byly kokainovým nadužíváním tak typické paranoické stavy, které se u něj dostavily. Dalším důvodem byla

reflexe jeho vlastního fyzického a psychického úpadku zapříčiněného zneužíváním drog. Libor si začal všimnout negativních dopadů užívání drogy na jeho tělo a osobnost. Obzvláště těžce však Libor vnímal dopad užívání drog na interpersonální vztahy. Ten se projevil v rozpadu jeho dlouholetého vztahu s jeho družkou. Tato událost učinila potřebu léčit se silně naléhavou.

Shrnutí:

Je zajímavé, že ačkoli se mnou vybraní respondenti vyznačovali různou drogovou anamnézou – tedy různou závažností drogového problému, různým druhem zneužívané drogy a různě dlouhou dobou braní drog, tak u případových studií spatřujeme podobné důvody pro rozhodnutí skoncovat se zneužíváním drog a svůj problém podrobit řešení. U všech případů je společné uvědomování si negativního dopadu zneužívání drog na své psychické a fyzické zdraví. Je tedy zřejmé, že dříve či později se u každého jedince projeví strach o své zdraví a potřeba neutěšený způsob svého života zvrátit. Kromě této důležité sebereflexe se jedinci s drogovým problémem těžko vyrovnávali s velmi zhoršenou schopností fungovat na sociální úrovni. Dlouhodobé užívání drog přineslo těmto lidem pocity osamění, tendenci ke stranění se společnosti, nedůvěru, paranoii či stud. Člověk je tvor společenský a výše uvedené pocity společenskost velmi znesnadňují. Je tedy patrné, že uvědomění si nepřírozenosti této drogami navozené asociálnosti nemalou měrou přispívá k potřebě léčit se.

c) Jaké se u mých respondentů vyskytují důvody pro volbu léčby pomocí psychedelické terapie?

Třetí subotázku jsem do výzkumu zahrnul z toho důvodu, že shledávám jako důležité a zajímavé zmapovat důvody pro volbu léčby právě pomocí alternativní psychedelické terapie. Současná medicína a psychiatrie nabízí možnost ambulantní či rezidentní léčby takřka pro všechny druhy závislostí a navíc je hrazena pojišťovnou. Proč tedy jedinci s problémem s

drogami vůbec tendují k vyhledávání alternativních způsobů léčby? Vychází motivace léčit se pomocí této alternativy z negativních zkušeností s léčbou oficiální a etablovanou? Byla psychedelická terapie zvolena pouze jako doplněk k této léčbě? Nebo mají důvody pro volbu psychedelické terapie zcela jiný základ?

Ludmila

K rozhodnutí volby léčby pomocí holotropního dýchání přispělo doporučení od jejího terapeuta ambulantní léčby odvykání od alkoholové závislosti. Jednalo se tedy v jejím případě spíše o pomocnou léčbu k léčbě klasické medicínské. O metodě holotropního dýchání však paní Ludmila povědomí měla i z dřívějších. Věděla o jejím pozitivním potenciálu při léčbě drogových závislostí. Ludmile klasická ambulantní terapie pro závislé na alkoholu pomohla, chová k ní tedy kladný vztah a váží si ji a svého terapeuta. I přes to však tušila, ve shodě s jejím terapeutem, že svoji střízlivost potřebuje symbolicky potvrdit a závislost uzavřít i na spirituální rovině. Holotropní terapie nabízí možnost stát se sám sobě terapeutem a vystoupit tak z pozice pacienta, ve které se závislý nastoupivší klasickou léčbu, pochopitelně ocitne. Když vycházíme z modelu bio-psycho-socio-spirituální složky závislosti, je možné, že paní Ludmila se necítila být v rovině spirituální zcela vyléčena. Z těchto důvodů kvitovala s povděkem možnost absolvování holotropní terapie, která je založena právě na duchovní složce osobnosti.

Marek

Marek se kvůli svému celoživotnímu strachu z lékařů a nedůvěře v léčebné postupy českého zdravotnictví nikdy neobrátil se svým problémem na lékaře. Několikrát se pokoušel skoncovat s braním drog pomocí samoléčby. Její efektivita však byla mizivá. Marek tušil, že jeho patologické chování projevující se abúzem pervitinu má hluboké kořeny v jeho nevědomí. Vzhledem k tomu, že měl ke spiritualitě, duchovnu a transpersonální psychologii vždy blízko, tušil, že i jeho problém by se mohl vyřešit pomocí hlubinného přístupu, který jím zvolené holotropní dýchání nabízí.

Jakub

Jakub se pro alternativní léčbu pomocí sezení s rostlinou ayahuska rozhodl kvůli neúspěšnému pokusu léčby v psychiatrické léčebně. Jakubovi na této léčbě nevyhovovala hlavně nežádoucí pozice pacienta. Jeho vyprávění potvrzuje tezi o negativním syndromu takzvané invalidizace, která pacienta nenutí převzít zodpovědnost za své jednání, ale staví ho do pozice nemocného a bezmocného, který čeká na pomoc od okolí, místo, aby se sám na svém uzdravení aktivně podílel. Nesouhlasil též s tamní farmakoterapií, kvůli níž se stal ještě více nesoběstačným a apatickým. Jakub chtěl hluboké příčiny svého počínání nahlédnout sám ve vší niternosti. To očekával právě od ayahuakového rituálu.

Libor

Libor nechtěl řešit svůj problém s drogami prostřednictvím klasicky koncipované léčby. Jeho důvody k tomu rozhodnutí byl strach ze stigmatizace a všeobecná nedůvěra v české zdravotnictví, které nazývá farmaceutickým byznysem. Strach ze stigmatizace a labelingu⁷ je velmi často vyskytující se jev u závislých. Stále nepanuje jasný názor na to, zdali je v rámci závislostního chování dobré ztotožnit se s touto nálepkou či, jestli toto stigma neodsune daného jedince do již zmíněné pozice invalidizované pacienta, která může být kontraproduktivní. V Liborově případě byl tento druh identifikace nepřijatelný. Společně s jeho zájmem o současný celosvětový fenomén psychedelické renesance a možné léčbě závislostí pomocí psychedelické terapie, se rozhodl přihlásit se na rituální užití ayahuasky.

⁷Jedná se o štítkování, etiketizování a nálepkování osobnosti, které často stigmatizuje postižené jedince a může v některých případech vést i k rozvoji nálepkovaného závadového nebo poruchového chování a prožívání, aniž by zpočátku bylo u jedince přítomno.

Shrnutí:

Kromě jednoho případu (Ludmila) spojuje mé respondenty nedůvěra či dokonce odpor ke klasické na psychiatrických postupech založené léčbě závislosti. Nezávisle na sobě se shodují na tom, že tento typ léčby klouže po povrchu a nezaměřuje se na člověka ve své celistvosti, což zmiňuje i Ludmila, která ambulantní léčbu závislosti na alkoholu podstoupila. Je pravda, že z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního přístupu k závislosti, právě spirituální složka u klasické terapie chybí. Všichni mí respondenti se shodují, že mainstreamové léčebné přístupy staví závislého do pozice nemocného jedince, který kvůli této připsané roli často ztrácí tolik potřebnou motivaci a vůli pracovat na sobě samém a být do jisté míry terapeutem sám sobě. Mí respondenti z výše uvedených důvodů chtěli absolvovat psychedelickou terapii, jelikož měli pocit, že ta je schopna saturovat potřeby vyššího řádu, které jim klasická medicína za podpory pro ně nežádoucí farmakoterapie nedokáže naplnit.

4) Jaké konkrétní přínosy a změny do jejich života přinesla psychedelická terapie?

Poslední a zřejmě nejzajímavější a nejdůležitější podotázka se táže na konkrétní přínosy a změny v životech mých respondentů po absolvování psychedelické terapie. Důležitost této dílčí otázky tkví hlavně v tom, že do velké míry přináší odpověď na otázku hlavní.

I na tomto místě shledávám jako důležité zopakovat, že případné změny a přínosy v životech respondentů jsou pouze subjektivního rázu. Ani prostřednictvím této výzkumné otázky nehodlám zobecňovat možné přínosy psychedelické terapie. Nechci ji ani glorifikovat, ani hanit. Budu se však snažit najít mezi výpověďmi svých respondentů paralely a rozdílnosti v subjektivním vnímání přínosů psychedelické terapie.

Ludmila

Očekávání paní Ludmily byla naplněna v plné míře. Ludmila v době absolvování holotropní terapie již abstinovala. Pomocí holotropního dýchání chtěla v symbolické rovině uzavřít svoji závislost na alkoholu. To se jí prostřednictvím velmi dramatických vizí podařilo. Hlavním motivem vizí paní Ludmily byla škodlivost alkoholu na její organismus a duši. Díky tomu si v podstatě na vlastní kůži prostřednictvím změněného stavu vědomí zažila zlo alkoholové závislosti a naplnila tak chybějící spirituální složku v komplexním přístupu k závislosti. Došla díky subjektivními a autentickému zážitku důležitému potvrzení svého rozhodnutí abstinovat a tím docílila kýženého symbolického ukončení své závislosti.

Alkoholik se téměř pravidelně vyznačuje velmi citlivou, zranitelnou a slabou povahou. Zejména ve fázi, kdy se pokouší o abstinenci, mu chybí pomyslná berlička v podobě alkoholu a jeho senzitivita a invalidizace se zvyšuje. Paní Ludmila dokázala i díky holotropnímu dýchání tento krok udělat a fázi bezmoci a pozice pacienta překonat a přeskochit. Díky psychedelickému zážitku na holotropním dýchání se cítí silnější, sebevědomější a suverénní osobností.

Marek

Marek od léčby pomocí holotropního dýchání očekával hlavně to, že mu pomůže odkrýt hluboko zakořeněná traumata, jež mohou na jeho závislostní chování mít vliv. Tato očekávání naplněna byla. Marek největší přínosy holotropního dýchání shledává ve dvou oblastech. Jednak ve vizích, jejímž obsahem bylo zobrazení bezvýchodnosti závislostního chování a za druhé v odhalení traumat z dětských let. Dokázal pochopit, že tato traumata jsou příčinou jeho úzkostných stavů. Díky možnosti znovuprožití těchto vytěsněných zážitků došlo u Marka k vyrovnání se s těmito událostmi z pozice dospělého člověka. Toto zvědomění nevědomých obsahů má na Marka z dlouhodobého hlediska pozitivní vliv v podobě významné redukce úzkostných stavů, lepší schopnosti zvládnání stresových situací a tím sníženou potřebu úniku k drogám.

Jakub

Jakub od léčby očekával, že mu takzvaně pomůže „*nahlédnout pod povrch*“. Toto očekávání bylo dosyta naplněno. Všechna ayahuasková sezení, která Jakub absolvoval, mu přinesly vize týkající se jeho blízkých a rodiny. Díky těmto vizím došel uvědomění si toho, jak moc svým sobeckým způsobem života doprovázeným bohatou drogovou kariérou svým blízkým škodí a ubližuje. Jakub si díky sugestivním vizím, které zažil v rámci rituálů s ayahuaskou, mnohem více váží lidí, zejména svých blízkých. Ayahuaska se pro něj stala symbolem impulsu ke znovunavázání vztahu se svoji rodinou a ke tvorbě nových mezilidských vztahů. Výsledkem těchto přirozených snah je podle něj spokojený partnerský vztah. Pro Jakuba tedy ayahuaska představuje facilitátor změny v přístupu k životu, v rámci níž drogový abúzus nehraje významnou roli.

Libor

Hlavní přínos sezení s ayahuaskou shledává Libor v tom, že mu jednak dopomohly k náhledu na sebe sama, zejména na svou tělesnou stránku a z dlouhodobého hlediska terapie s ayahuaskou naplnila jeho očekávání v tom, že se dokázal „*zastavit a uklidnit*“. Libor během ayahuaskového rituálu získal vhledy v podobě svého drogami poškozeného těla. Tyto obrazy pro něj z dlouhodobého hlediska měly významný efekt, jelikož mu napomohly jinak popíranému uvědomění toho, jak mu droga škodí po tělesné stránce. Libor přínosy psychedelické zkušenosti vnímá pozitivně, i přes to, že obsahy jeho vizí byly často velmi děsivého charakteru a rozhodně mu nebyly příjemné. Libor zkušenostem s ayahuaskou připisuje roli činitele, který mu dal popud ke změně svého jednání a chování, které by se dalo nazvat závislostní. Došel uvědomění toho, že kvalita jeho života byla vlivem užívání kokainu výrazně narušena, na základě čehož se rozhodl nepokračovat v drogovém abúzu.

Shrnutí:

Z výše uvedeného je tedy patrné, že psychedelická terapie ani jedním z uvedených případů není považována za všelék, který po aplikaci způsobí dlouhodobou životní pohodu a střízlivost. Ve všech případech však plní nesmírně důležitou roli činitele, který poskytne tolik potřebnou ryze pravdivou zpětnou vazbu k životu. Tento impuls byl u dotyčných respondentů klíčový k zahájení rozkladu starých struktur a způsobů jednání, které jsou patologické a nečinily život plnohodnotným. Psychedelická terapie nedokázala u mých respondentů vyřešit jejich problémy, ale velmi účinně jim pomohla zaměřit jejich pozornost a úsilí k jejich svépomocnému řešení. Za zmínku stojí účinný faktor, který nastal u respondenta Marka. Šlo o proces zvědomování nevědomého obsahu, v jeho případě vyrovnání se s traumaty dětství. Na pozitivním vlivu znovuprožití do nevědomí odsunutých zážitků se shodují veškeré hlubinné psychoterapeutické směry.

Všichni respondenti se shodují na pozitivním přínosu psychedelické zkušenosti v oblasti sebepoznávání a zvýšené schopnosti sebereflexe, což jim v souvislosti s drogovou závislostí významně pomohlo vážít si svého fyzického i psychického zdraví. Jako očistné a přínosné považují všichni respondenti umožnění průchodu dlouho potlačovaných emocí, což vnímali zejména v případě negativních emocí jako velmi očistné.

5.11 Závěr výzkumu a vyhodnocení hlavní výzkumné otázky: *Vnímají drogově závislí psychedelickou terapii jako přínosnou ve vztahu ke svému problému?*

Ačkoli je nemožné na základě tak malého počtu respondentů vyslovovat zobecňující odpovědi na mnou vytyčené otázky, tak je minimálně pozoruhodné, jak často se v rozhovorech s respondenty vyskytovala podobná témata. Je zajímavé, že ačkoli bylo psychedelické zkušenosti dosahováno různými lidmi, jinými druhy terapie, byly léčeny různé závislosti na různých látkách, tak často docházelo k řešení podobných problémů, byly spatřovány vize s podobnými obsahy a subjektivní vnímání přínosů psychedelické terapie se mezi mnou vybranými respondenty také příliš nelišilo. Přínosy psychedelické terapie jsou jak u všech čtyřech případových studií, tak i u obou respondentů v audiovizuálním záznamu shledávány jako velmi pozitivní. U jedinců s drogovým problémem měly dokonce více či méně přímý dopad na ukončení zneužívání drog. Více či méně přímým dopadem míním to, že samotné psychedelické zážitky nevedly přímo k ukončení závislostního chování, ale měly charakter impulsu k nastartování jiného stylu života spojeného se změnou dosavadních patologických vzorců chování a jednání. Domnívám se, že hodné zmínky je rovněž to, že u všech respondentů došlo k naplnění jejich očekávání přínosů psychedelické zkušenosti, ačkoli forma a obsahy jednotlivých zkušeností byly u respondentů rozdílné.

Rozhodně však nechci na základě tohoto výzkumu vynášet soudy o bezchybné účinnosti psychedelické terapie za účelem zlepšení života a vyřešení všech problému. V podstatě u žádné psychoterapie či léčebné metody neexistuje přesný návod a všeobecný postup toho, co s pacienty daná terapie udělá, jaký bude mít efekt a vliv na jejich závislost. Vždy to bude pouze v rovině ideálních typů. Ještě složitější to je s předvídatelností efektu psychedelické terapie, během níž se pracuje s nevědomými a spirituálními obsahy. Co však tvrdit lze, že stejně tak, jak je tomu i u jiných druhů terapií, tak i u té psychedelické je hlavním činitelem změny člověk sám. Jeho vůle, vnímavost ke změnám a schopnost efektivně využít informace, které mu změněný stav vědomí poskytlo, jsou určující faktory možného terapeutického efektu. Právě vzhledem ke složitosti obsahu psychedelické zkušenosti vyvstává polemika o tom, zdali může být takto náročná terapie vhodná například pro jedince

se zhoršenými kognitivními či emocionálními funkcemi. Obávám se navíc, že psychedelická zkušenost by mohla být kontraindikativní pro jedince s vážným duševním onemocněním.

Co však tvrdit lze, že psychedelická zkušenost může být potenciálně velmi účinná pro jedince, kteří si jsou vědomi problému závislosti ve své složitosti. Pro jedince hloubavé, kteří se z jakéhokoli důvodu obrací zády ke klasické medicínské terapii. Psychedelická zkušenost je nesmírně náročnou životní zkouškou, která zřejmě není pro každého. Ti, kdo k ní však přistupují s odvahou, respektem a vnímavostí, v ní mohou získat velmi účinného pomocníka při řešení složitých problému, se kterými jim jiná terapie pomoci nemůže. Její účinnost v možném vlivu na závislostní chování je zřejmá a hodná obdivu.

Závěr

V uvedené diplomové práci bylo cílem zmapovat problematiku týkající se psychedelické zkušenosti v souvislosti s jejím potenciálním využitím v léčbě drogové závislosti. V rámci praktické části jsem se pokusil zachytit subjektivní výpovědi vybraných respondentů, kteří mají zkušenost s psychedelickou terapií za účelem řešení svého problému s drogami. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že pro respondenty, kteří mně rozhovor poskytli, měla psychedelická zkušenost přínosný potenciál. Samozřejmě na tomto místě nechci zobecňovat. Jsem si vědom limitů diplomové práce, které jsou umocněny specifikami kvalitativních výzkumných metod.

I přes výsledky práce, které mluví ve prospěch psychedelické terapie, tedy nemohu tvrdit, že psychedelická zkušenost a terapie na ní postavená také jistě není všespásným řešením problému drogové závislosti. Jsem však přesvědčen, že do oblasti léčby drogové závislosti přináší ohromnou naději. Tuto naději bych shrnul do dvou bodů. Za prvé, psychedelická terapie, ať už je praktikována v jakémkoli kontextu, je silně spjata s duchovnem. Ať už v nás termín duchovna či spirituality vzbuzuje jakékoli pocity, je nepopíratelným faktem, že by v našich životech měl plnit určitou roli, měli bychom se touto složkou zabývat a nepohrbívat ji pod nánosy civilizace s odůvodněním, že se jedná o přežití hodnoty. Dokladem toho je v souvislosti s drogovou závislostí přístup bio-psycho-socio-spirituální.

Druhým bodem, podle mě nejdůležitějším, je to, že psychedelická zkušenost je postavena na přímé práci s nevědomými obsahy vědomí. Tyto obsahy našeho podvědomí nejsou žádné abstraktní, neexistující a těžko uchopitelné jevy. Nevědomé obsahy jsou esencí nás samých. Konfrontace s nimi nemusí být vždy snadná a příjemná. Tato konfrontace by se totiž dala přirovnat k pohledu do zrcadla nastavené naší duši. A právě tyto vytěsněné, ale pravdivé obsahy naší mysli nám mohou ukázat významnou souvislost s naším životem, konáním, jednáním a chováním. Často se jedná o traumatické vzpomínky, které byly v minulosti potlačeny instinktivně. Tento proces vytěsnění se ovšem nedá zaměňovat s vymazáním. Traumata, byť vytěsněná, nás budou negativně ovlivňovat celý život. Předpokladem nahlédnutí a znovuprožití těchto obsahů je odvaha a hlavně převzetí odpovědnosti nad sebou samým. Tento moment převzetí odpovědnosti nad sebou samým

shledávám ve spojení s drogovou závislostí jako obzvláště důležitý a účinný. V porovnání s klasickou léčbou, která často nepřilíš šťastně pracuje se závislým jedincem jako ne-mocným a skoro až neschopným invalidou, nenutí pacienta převzít nad sebou odpovědnost, konfrontovat se se sebou samým a být alespoň zčásti sám sobě terapeutem. Je totiž nevyvratitelnou pravdou, že nikdo jiný nás nezná lépe, než my sami. Proto i my samy v sobě skrýváme sebeúzdavný potenciál, který může mít lepší účinek než sebelepší lék či psychiatr.

I přes můj neskrývaný zájem nebylo cílem této práce glorifikovat psychedelickou zkušenost a vyzdvihoval psychedelickou terapii jako nejlepší možný způsob psychoterapie. U tak velké změny, jako jsou změny paradigmatu přístupu k léčbě závislostí, jsem zastáncem pozvolných kroků. Tzv. psychedelický boom v 60. letech, kdy byla psychedelická zkušenost považována za svátost, jsou dokladem toho, že zbrklé a nekoncepční tlačení na uskutečnění změny za každou cenu se může minout účinkem a mít kontraproduktivní efekt. Kvůli masové propagaci psychedelické zkušenosti se tento nástroj dostal do rukou nepovolaných a nedbalé užívání psychedelik pro rekreační účely do jisté míry zapříčinily opředení psychedelické zkušenosti stigmatem nebezpečí. Doufám tedy, že v budoucnu se bude frekvence úspěšných výzkumů psychedelické zkušenosti zvyšovat a dojde tak k její tolik potřebné destigmatizaci a detabuizaci a tím tolik potřebnému posunu v oblasti léčby drogových závislostí.

Použité prameny

Literární

- BARRETT, Kim E a Susan M BARMAN, et al. *Ganong's Review of Medical Physiology*, 23rd Edition. 23. vydání. McGraw-Hill Medical, 2009. 726 s. ISBN 978-0071605670.
- FRANK, Peter. *Ibogain - klíč k uzdravení: vše, co potřebujete znát o nejsilnější látce na světě na ukončení závislosti*. Kratochvilka: Čintamani, c2013. ISBN 978-80-87802-03-8.
- JUNG, Carl Gustav. *Archetypy a nevědomí*. Vyd. 1. Editor Helmut Barz. Překlad Eva Bosáková, Kristina Černá, Jan Černý. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1997, 437 s. ISBN 80-858-8011-3.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 9788085931792.
- GROF, Stanislav. *Dobrodružství sebeobjevování*. V českém jazyce vyd. 2., dopl. a aktualiz. Praha: Perla, 2000. ISBN 80-902156-5-3.
- GROF, Stanislav. *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: pozorování z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Moraviapress, 2007a. 231 s. ISBN 978-808-6181-837.
- GROF, Stanislav. *Kosmická hra: zkoumání hranic lidského vědomí*. Praha: Perla, 1998. ISBN 80-902156-1-0.
- GROF, Stanislav, GROFOVÁ Christina. *Krise duchovního vývoje: když se osobní transformace promění v krizi*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999, 255 s. ISBN 80-861-8309-2.
- GRONSKÝ, Libor a Tomáš ZÁBRANSKÝ. *Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?*. V Olomouci: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.
- HOFMANN, Albert. *LSD - mé nezvedené dítě*. Praha: Profess, 1997, 142 s. ISBN 80-852-3546-3.

- HORÁK, Miroslav. Dům, kde se zpívá: rehabilitace drogově závislých tradiční domorodou medicínou peruánské Amazonie. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2013. ISBN 978-80-7375-800-4.
- KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, Kamil, et al. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-802-4714-110.
- KALINA, Kamil. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KUDRLE, S. (2005). Holotropní dýchání v terapii závislých. *Adiktologie*, 5(2), 178-185.
- KUDRLE: Transpersonální přístupy v léčbě závislých. *Protialkoholický obzor* 28,1993, 2, s.79-81.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LEE, Martin A a Bruce SHLAIN. *Sny vědomí: CIA, LSD a revolta šedesátých let*. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 1996, 293 s. ISBN 80-720-7018-5.
- MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MASTERS, Robert a Jean HOUSTON. *Druhy psychedelické zkušenosti: klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku*. Praha: DharmaGaia, 2004, 410 s. ISBN 80-866-8518-7.

- MCKENNA, Terence K. Návrat archaismu: spekulace o psychedelických houbách, Amazonii, virtuální realitě, UFO, evoluci, šamanismu, znovuzrození Bohyně a konci historie. Praha: Mat'a, 1998. 346 s. ISBN 80-859-0543-4.
- MCKENNA, Terence K. Pokrm bohů: hledání původního stromu poznání: radikální historie rostlin, drog a lidského vývoje. Praha: Mat'a, 1999, 400 s. ISBN 80-860-1385-5.
- METZNER, Ralph. Zelená psychologie. Praha: Triton, 2011, 257 s. ISBN 978-807-3874-452.
- MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 279-280 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOODY, Raymond A., JAROŠ, Boris (ed.). Život po životě. Vyd. 5., V Knižním klubu 3. Praha: Knižní klub, 2014. ISBN 978-80-242-4520-1.
- NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy. 3., rozš. vyd. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. Psychiatrie. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- SMITH, Edward W. L. Tělo v psychoterapii. Praha: Portál, 2007. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-144-0.
- STRASSMAN, R., WOJTOWICZ, S., LUNA, L. E., & FRECSKA, E. (2010): Vnitřní cesty do vnějšího vesmíru. Praha: dybbuk.
- VOKURKA, Martin. Praktický slovník medicíny. 3. vydání. Praha: Maxdorf, 1995. s. 409. ISBN 80-85800-27-6.
- VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. Sociální psychologie. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

Internetové

- ALCOHOLIC ANONYMOUS [online]. [cit. 2016-08-25]. Dostupné z: http://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous
- ALPER, K.R.; LOTSOFF, H.S.; KAPLAN, C.D. (2008). "The Ibogaine Medical Subculture". *J. Ethnopharmacology*. 115 (1): 9–24. doi:10.1016/j.jep.2007.08.034. PMID 18029124. Retrieved 2008-02-22.
- BOUSO, J. C., GONZÁLES, D., FONDEVILA, S., CUTCHET, M., FERNANDÉZ, X., BARBOSA, P. C. R., ALCÁZAR-CORCÓLES, M. A., ARAÚJO, W. S., BARNANOJ, M. J., FÁBREGAS, J. M., RIBA, J. (2012). Personality, Psychopathology, Life Attitudes and Neuropsychological Performance among Ritual Users of Ayahuasca: A Longitudinal Study. *Plos One*, 7 (8), 1–13.
- BRIERLEY, Daniel a Collin DAVIDSON. Developments in harmine pharmacology — Implications for ayahuasca use and drug-dependence treatment [online]. 2012, , 263-272 [cit. 2016-11-27]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.689.4179&rep=rep1&type=pdf>
- ČESKÁ PSYCHEDELICKÁ SPOLEČNOST [online]. 2016 [cit. 2016-09-17]. Dostupné z: <https://czeps.org/>
- DOBKIN DE RIOS, M. (2005): Interview with Guillermo Arrévalo, a Shipibo Urban Shaman, by Roger Rumrill. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37 (2), 203–207.
- EROWID EXPERIENCE VAULTS: Ayahuasca reports [online]. 2014, 2014 [cit. 2016-09-17]. Dostupné z: https://www.erowid.org/experiences/subs/exp_Ayahuasca.shtml
- GALANTER, M. (2010). Spirituality and Addiction: A Research and Clinical Perspective. *The American Journal on Addiction*, Vol. 15/4, s. 286-292. [online]. 2010 [cit. 2016-10-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17574800>

- H.S. ibogaine in the treatment of chemical dependence disorders: clinical perspectives [online]. 1995, , 19-26 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: <http://www.maps.org/news-letters/v05n3/05316ibo.html>
- IBOGA-EXPERIENCE.NL [online]. 2016, 36-40 [cit. 2016-09-21]. Dostupné z: <https://www.iboga-experience.nl/iboga-ceremony-program/>
- KAVENSKÁ, Veronika. LÉČBA V CENTRU TAKIWASI A JEJÍ VLIV NA PROCES FORMOVÁNÍ VZTAHU K SOBĚ. Olomouc, 2012. Univerzita Palackého.
- KAVENSKÁ, SIMONOVÁ. Zkušenost s halucinogenní rostlinou ayahuasca v kontextu šamanského rituálu. In: Anthropologia integra [online]. 2014, s. 14 [cit. 2016-09-27]. Dostupné z: https://journals.muni.cz/anthropologia_integra/article/view/2407/1973
- KJELLGREN, A., ERIKSSON, A., NORLANDER, T. (2009). Experiences of Encounters with Ayahuasca – "the Vine of the Soul". Journal of Psychoactive Drugs, 41 (4), 309– 315. [online]. 2009 [cit. 2016-10-19]. Dostupné z: http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1040&context=psychK_uht
- KOČÁROVÁ, Rita. Roste v džungli naděje pro závislé?: Ayahuasca svým komplexním působením pomáhá lidem zbavit se závislosti hned na několika úrovních. [online]. 2014, [cit. 2016-09-28]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/roste-v-dzungli-nadeje-pro-zavisle/>
- KOHOUTEK, Rudolf. Rozhovor v humanitních vědách [online]. 2009 [cit. 2016-10-08]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0901/rozhovor-v-humanitnich-vedach>
- LIESTER, Mitch a James PRICKETT. Ayahuasca's Mechanisms of Action in the Treatment of [online]. In: . 2013 [cit. 2016-09-23]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=keMwdgnx6mI>
- LOIZAGA-VELDER, Anja. A Psychotherapeutic View on the Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use in the Treatment of Addiction [online]. 2013, 36-40 [cit. 2016-09-21]. Dostupné z: http://www.maps.org/news-letters/v23n1/v23n1_p36-40.pdf

- MABIT, J. (2002): Blending Traditions: Using Indigenous Medicinal Knowledge to Treat Drug Addiction. *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*, 12 (2), 25–32.
- MABIT, J. (2007). Ayahuasca in the treatment of addiction. In: Roberts, T. B. & Winkelman, M. (Eds.) *Psychedelic Medicine (Vol. 2): New evidence for hallucinogenic substances as Treatments*. Santa Barbara, CA: Praeger. [online]. 2007, , 1-16 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: http://www.takiwasi.com/docs/arti_ing/ayahuasca_in_treatment_addictions.pdf
- MORGAN, J. (1999) Addiction and spirituality in context. In Jordan, M. Morgan, O. (Eds.) (1999). *Addiction and spirituality: A multidisciplinary approach*. Saint Louis: Chalice Press.
- MOJEIKO, Valerie. *Observational study of the long-term efficacy of ibogaine-assisted treatment in participants with opiate addiction* [online]. 2015, 1-13 [cit. 2016-10-29]. Dostupné z: http://www.maps.org/research-archive/ibogaine/iaoa3proposal1dec10_web_Redacted.pdf
- MRAVČÍK, et al. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
- NÁROČNÁ PSYCHEDELICKÁ ZKUŠENOST [online]. 2016 [cit. 2016-09-17]. Dostupné z: <https://czeps.org/bad-trip/>
- POPIK, P.; SKOLNICK, P. (1998). G.A. Cordell, ed. "Pharmacology of Ibogaine and Ibogaine-Related Alkaloids". *The Alkaloids*. Academic Press. 52: 197–231. doi:10.1016/s0099-9598(08)60027-9. [online]. 2016, 36-40 [cit. 2016-09-21]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099959808600279>
- ROTHMANN, R. B., BLOUGH, B. E., & BAUMANN, M. H. (2007). Dual Dopamine/Serotonin Releasers as Potential Medications for Stimulante and Alcohol

Addictions. The AAPS Journal, Vol. 9/1, s. 1-10. [online]. , 1-10 [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751297/pdf/12248_2008_Article_911.pdf

- ROWAN, John. The transpersonal: spirituality in psychotherapy and counselling. 2nd ed. New York: Routledge, 2005. ISBN 1583919872.
- SCOTT, David. Detox or die [online]. 2004 [cit. 2016-10-29]. Dostupné z: <https://vimeo.com/25291673>
- SHANON, Benny. *The antipodes of the mind: charting the phenomenology of the Ayahuasca experience*. New York: Oxford University Press, 2002. ISBN 0199252920.
- TREATMENT OVERVIEW [online]. Awakening in the Dream House, 2016 [cit. 2016-09-27]. Dostupné z: <https://www.awakeninginthedream.com/treatment.html>

Seznam příloh

Příloha 1 – Audiovizuální záznam se dvěma respondenty popisující svoji psychedelickou zkušenost

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Příloha 1 – Audiovizuální záznam

Příloha 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Drogová závislost a její léčba pomocí psychedelické terapie*“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumníka ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Daniel Klement

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis: