

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**LÉČBA V CENTRU TAKIWASI A JEJÍ VLIV  
NA PROCES FORMOVÁNÍ VZTAHU K SOBĚ**  
TREATMENT IN THE TAKIWASI CENTER AND ITS INFLUENCE ON THE  
PROCESS OF BUILDING A RELATION TO ONESELF



**Disertační práce**

Autor: PhDr. Veronika Kavenská

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Vladimír Řehan

Olomouc

**2012**

### Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou práci na téma:  
„název diplomové práce“ vypracoval(a) samostatně pod odborným dohledem vedoucího  
diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

### **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat Doc. PhDr. Vladimírovi Řehanovi za trpělivé vedení práce, cenné rady, podporu a přátelský přístup.

Dále děkuji zaměstnancům centra Takiwasi, především Jacquesovi Mabitovi, za to, že mi umožnili strávit v jejich centru cenné měsíce mého života a stát se na tuto dobu nejen součástí jejich pracovního týmu, ale i součástí jejich životů. Našla jsem mezi nimi přátele i učitele. Děkuji také pacientům za to, že mi dovolili nahlédnout do jejich života a být spoluputovníkem na jejich impozantní cestě sebepoznávání.

V neposlední řadě také děkuji svému příteli, Františku Štefkovi, který mě doprovázel až do končin amazonského pralesa a byl mi po celou dobu tvorby disertační práce oporou a zdrojem. Všem vám ze srdce děkuji.

# OBSAH

|           |   |
|-----------|---|
| Úvod..... | 7 |
|-----------|---|

## TEORETICKÁ ČÁST

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Tradiční medicína Jižní Ameriky .....</b>           | <b>8</b>  |
| 1.1 Šamanismus - definice .....                           | 8         |
| 1.2 Historie a východiska .....                           | 12        |
| 1.3 Hlavní principy tradiční medicíny Jižní Ameriky.....  | 13        |
| 1.4 Rizika tradiční medicíny – turistický šamanismus..... | 16        |
| <b>2. Ayahuasca .....</b>                                 | <b>18</b> |
| 2.1 Halucinogenní rostliny .....                          | 18        |
| 2.2 Ayahuasca – základní charakteristika .....            | 18        |
| 2.3 Chemické složení .....                                | 20        |
| 2.4 Výzkum s ayahuaskou.....                              | 21        |
| 2.4.1 Fyziologické účinky .....                           | 22        |
| 2.4.2 Psychologické studie s ayahuaskou.....              | 24        |
| <b>3. Centrum Takiwasi.....</b>                           | <b>29</b> |
| 3.1 Východiska, historie.....                             | 30        |
| 3.2 Organizace, financování, legislativa .....            | 33        |
| 3.3 Principy léčby.....                                   | 35        |
| 3.4 Pilíře léčby.....                                     | 36        |
| 3.4.1 Život v komunitě .....                              | 36        |
| 3.4.2 Psychoterapie .....                                 | 40        |
| 3.4.3 Užívání rostlin .....                               | 47        |
| 3.5 Užívání rostlin v léčbě.....                          | 47        |
| 3.5.1 Rostliny s purgativním účinkem .....                | 50        |
| 3.5.2 Ayahuasca .....                                     | 59        |
| 3.5.3 Plantas maestras (diety).....                       | 69        |
| 3.6 Charakteristika pacientů.....                         | 72        |
| 3.7 Fáze léčby.....                                       | 78        |
| <b>4. Drogová závislost.....</b>                          | <b>85</b> |
| 4.1 Definice drogové závislosti.....                      | 85        |
| 4.2 Vznik a rozvoj drogové závislosti.....                | 86        |
| <b>5. Vztah k sobě .....</b>                              | <b>89</b> |
| 5.1 Já.....                                               | 89        |
| 5.1.1 Historické přístupy k chápání Já .....              | 89        |
| 5.1.2 Dvojakost jáství.....                               | 90        |
| 5.1.3 Rogersovo Self .....                                | 92        |
| 5.1.4 Tři aspekty já.....                                 | 93        |
| 5.2 Vztah k sobě .....                                    | 95        |
| 5.2.1 Sebehodnocení .....                                 | 95        |
| 5.2.2 Sebereflexe .....                                   | 97        |
| 5.2.3 Sebeúcta .....                                      | 97        |
| 5.3 Formování vztahu k sobě .....                         | 98        |

|                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3.1 Patologie vztahu k sobě .....                                | 101        |
| 5.4 Metody výzkumu sebepojetí .....                                | 102        |
| <b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>                                               |            |
| <b>6. Metodologie výzkumu .....</b>                                | <b>105</b> |
| 6.1 Vývoj výzkumného designu .....                                 | 105        |
| 6.2 Výzkumný cíl a otázky .....                                    | 106        |
| 6.3 Použitá metodologie .....                                      | 106        |
| 6.4 Metody sběru dat .....                                         | 107        |
| 6.5 Charakteristika výzkumného souboru .....                       | 110        |
| 6.6 Metody zpracování a analýzy dat .....                          | 110        |
| <b>7. Empirická část 1 – dotazníkové šetření.....</b>              | <b>112</b> |
| 7.1 Výzkumný cíl a otázky .....                                    | 112        |
| 7.2 Charakteristika výzkumného souboru 1 .....                     | 112        |
| 7.3 Metody sběru a zpracování dat empirické části 1 .....          | 113        |
| 7.4 Výsledky empirické části 1 .....                               | 115        |
| 7.5 Diskuze k empirické části 1 .....                              | 118        |
| 7.6 Závěr empirické části 1 .....                                  | 1200       |
| <b>8. Empirická část 2 – analýza spisů bývalých pacientů .....</b> | <b>121</b> |
| 8.1 Výzkumný cíl a otázky .....                                    | 121        |
| 8.2 Charakteristika výzkumného souboru 2 .....                     | 121        |
| 8.3 Metody sběru a analýzy dat empirické části 2 .....             | 130        |
| 8.4 Výsledky kvantitativní analýzy dat .....                       | 137        |
| 8.5 Výsledky kvalitativní analýzy dat .....                        | 140        |
| 8.5.1 Důvěra v sebe .....                                          | 140        |
| 8.5.2 Sebe přijetí.....                                            | 145        |
| 8.5.3 Sebe poznání .....                                           | 151        |
| 8.6 Diskuze k empirické části 2 .....                              | 156        |
| <b>9. Empirická část 3 – případové studie .....</b>                | <b>158</b> |
| 9.1 Výzkumný cíl a otázky .....                                    | 158        |
| 9.2 Charakteristika výzkumného souboru 3 .....                     | 159        |
| 9.3 Metody sběru a zpracování dat empirické části 3 .....          | 161        |
| 9.4 Případová studie 1 – Daniel .....                              | 164        |
| 9.4.1 Anamnestické údaje .....                                     | 164        |
| 9.4.2 Průběh léčby v Takiwasi .....                                | 165        |
| 9.4.3 Informace o stavu pacienta po ukončení léčby .....           | 174        |
| 9.4.4 Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 1.....             | 175        |
| 9.5 Výsledky případových studií.....                               | 184        |
| 9.6 Diskuze k empirické části 3 .....                              | 196        |
| <b>10. Výsledná teorie .....</b>                                   | <b>198</b> |
| Počátek léčby.....                                                 | 198        |
| 2. fáze léčby.....                                                 | 198        |
| 3. fáze léčby.....                                                 | 199        |
| Ukončení léčby.....                                                | 200        |
| Sebe poznání .....                                                 | 201        |

|                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| Sebepřijetí.....                                            | 202        |
| Organizace léčby v Takiwasi a formování vztahu k sobě ..... | 203        |
| Užívání rostlin .....                                       | 203        |
| Psychoterapeutická komunita.....                            | 206        |
| Psychoterapie .....                                         | 207        |
| 10.1 Diskuze nad výslednou teorií .....                     | 208        |
| <b>11. Závěr.....</b>                                       | <b>213</b> |
| <b>12. Souhrn .....</b>                                     | <b>215</b> |
| <b>13. Seznam použitých pramenů .....</b>                   | <b>223</b> |

## PŘÍLOHY PRÁCE

- Příloha č. 1:** Slovníček základních pojmů
- Příloha č. 2:** Abstrakt disertační práce (ČJ, AJ)
- Příloha č. 3:** Osnovy rozhovorů (ČJ, ŠP)
- Příloha č. 4:** Sémantický diferenciál
- Příloha č. 5:** Případová studie 2
- Příloha č. 6:** Případová studie 3
- Příloha č. 7:** Případová studie 4
- Příloha č. 8:** Případová studie 5
- Příloha č. 9:** Plánek centra Takiwasi
- Příloha č. 10:** Seznam rostlin užívaných v Takiwasi

# Úvod

Když jsem si před pěti lety kupovala svou první letenku do peruánské Amazonie, netušila jsem, na jak dlouhou cestu se vydávám. V roce 2007 jsem poprvé navštívila centrum Takiwasi – terapeutickou komunitu, kde se setkávají moderní psychologické přístupy a tradiční znalosti místních domorodých kmenů, aby zde ruku v ruce léčily drogově závislé. Amazonská džungle, tradiční domorodá medicína, nazývaná též jako šamanismus či curanderismus, systém léčby v Takiwasi a v neposlední řadě také lidé, kteří centrum založili a řídí – to vše na mě udělalo tak hluboký dojem, že jsem se rozhodla podstoupit v Takiwasi sebezkušenost a věnovat se tématu využití tradiční medicíny v léčbě závislostí i výzkumně.

Téma jsem lehce zkomponovala do své diplomové práce a současným vyvrcholením mého bádání a zkušeností je tato práce disertační. Její zpracování vychází z přehledu současné literatury k tématu, mého výzkumného bádání a v neposlední řadě také ze zkušeností, které jsem získala během svých stáží v Takiwasi. Do Takiwasi jsem podruhé zavítala v září roku 2009 a zůstala zde dlouhých 10 měsíců. Na tuto dobu jsem se stala jako dobrovolník součástí psychologického týmu Takiwasi a mohla si vyzkoušet dvě role – roli psychologa, který pacienty následuje po jejich impozantní cestě do temných zákoutí duše, aby bojovali s démony a temnými stíny a mohli se „znovuzrození“ navrátit zpět do života, a roli „pacienta“, který v Takiwasi podstoupil devítiměsíční práci na sobě a mohl na vlastní kůži pocítit, co vše nás může tradiční medicína naučit a jak hluboké změny může do našeho života přinést. Mé bádání se pro mě tedy stalo i osobní cestou.

Na tuto cestu bych prostřednictvím této práce ráda pozvala i ostatní. Její teoretická část vysvětluje nejdůležitější pojmy a rámec celého bádání. Seznamuje čtenáře s problematikou tradiční amazonské medicíny (šamanismu), vysvětluje, co je to ayahuasca a jaké výzkumy účinků jejího užití byly dosud realizovány, a především představuje centrum Takiwasi a podrobně zachycuje celý systém léčby v tomto centru. Na závěr teoretické části práce definujeme drogovou závislost a věnujeme se problematice vztahu k sobě a fenoménům s tímto vztahem souvisejícím. Výzkumná část popisuje 3 typy výzkumů realizovaných v rámci našeho bádání – dotazníkové šetření, obsahovou analýzu spisů bývalých pacientů a případové studie. Výsledky těchto výzkumů nám posloužily k formulaci zakotvené teorie. Ukázaly, že centrum Takiwasi poskytuje vhodné podmínky pro formování vztahu k sobě samému a že u pacientů v procesu léčby dochází k hlubokým změnám v tomto vztahu.

Na závěr bych ráda podotkla, že nejen pobyty v centru Takiwasi, nejen zkušenosti s užíváním rostlin, ale i samotná tvorba této práce pro mě byly cenným učením a životní zkušeností.

# 1. Tradiční medicína Jižní Ameriky

Koncept léčby v Takiwasi vychází z paradigmatu tradiční medicíny Jižní Ameriky (známé též jako šamanismus nebo curanderismus) a toto paradigma propojuje s přístupem moderní psychoterapie a medicíny. Jelikož se jedná o oblast, která nemusí být odborné veřejnosti zcela známá, chtěli bychom ji na tomto místě blíže popsat, charakterizovat a vysvětlit její hlavní principy.

## 1.1 Šamanismus - definice

Tradiční medicína Jižní Ameriky spadá do oblasti, kterou nejčastěji nazýváme pojmem šamanismus. Termíny šamanismus a šaman dnes používáme v nejrůznějších souvislostech – v kontextu různých praktik a různých zeměpisných oblastí.

Ani přístup vědců k šamanismus není neměnný. První ruští pozorovatelé, kteří popsali chování šamanů, považovali tyto osoby za duševně choré a ještě na počátku 20. století dominoval mezi antropology názor, že se jedná o psychotiky, neurotiky, epileptiky, hysteriky či schizofreniky. Změna přišla až s dílem Lévi-Strausse, který prohlásil, že šaman není duševně chorý a že je ve skutečnosti jakýmsi psychoterapeutem a tvůrcem řádu. Pojetí šamana jakožto tvůrce řádu ve společnosti se stalo od 60. let vlastním nové generaci antropologů. V 70. letech se objevil trend chápat šamana jako specialistu v řadě oblastí, který zastává zároveň roli lékaře, psychoterapeuta, právníka, astrologa, zemědělce, filozofa, sociologa i duchovního. Další změna přišla v letech osmdesátých, kdy několik antropologů prohlásilo, že jsou šamani tvůrci nepořádku (Lévi-Strauss, 1971, Narby, 2006).

V posledních desetiletích vzrostl zájem laické i odborné veřejnosti o šamanismus, zejména v souvislosti s bádáním vědců jako jsou Lévi-Strauss, Mircea Eliade a Michael Harner, rozvojem psychedelického hnutí a popularizačním dílem Carlose Castanedy. Michael Harner (in Nicholson, 1987, s. 15-16) se domnívá, že tento zájem souvisí s potřebou svobodného duchovního rozvoje: „Obnovený zájem o šamanismus v dnešní době lze chápat jako demokratizaci, jako návrat k původní duchovní demokracii našich předků ve starých kmenových společnostech, kde měl téměř každý nějaký přístup k duchovní zkušenosti a bezprostřednímu zjevení. Nyní objevujeme staré metody, abychom mohli prožít své



bezprostřední zjevení, aniž bychom k tomu potřebovali nějaké církevní hierarchie a politicky ovlivněná dogmata.“

Slovo šaman pravděpodobně vzniklo v jazyce Tunguzů na východní Sibiři a znamenalo „ten (ta), kdo ví“. Označovalo náboženského specialistu, který se dokáže dostat do transu a komunikovat s „duchy“ za účelem uzdravování, zajištění plodnosti, ochrany nebo provázení duší zemřelých (Bowie, 2008). Tento specialista bývá označován také jako medicinman, vegetalista nebo curandero (od slova „*curar*“ – léčit). Vzhledem k tomu, že v oblasti Jižní Ameriky dominuje označení **curandero**, budeme jeho užívání preferovat i v této disertační práci.

Mirciea Eliade (1997) hovoří o velké různorodosti definic šamanismu a o nejednoznačném vymezení tohoto pojmu. Nejpřesnější definicí by dle Eliadeho (Ibid., s. 25) bylo: „Šamanismus je technika extáze“. Hlavní rozdíl mezi šamanem a dalšími „odborníky na posvátno“ (např. kněžími) spočívá v tom, že autorita šamana závisí jedině na jeho osobních schopnostech.

O spirituální rozměr šamanismu se opírá také definice Hultkrantz (1978, s. 11, cit. Luna, 2002, s. 18): „Ústřední ideou šamanismu je ustavení prostředků ke kontaktu s nadpřirozeným světem extatickou zkušeností profesionála, šamana. Takto existují čtyři důležité složky šamanismu: ideologická premisa neboli nadpřirozený svět a kontakt s ním; šaman jako činitel jednající ve prospěch lidí; vnuknutí, jemu poskytnuté pomáhajícími duchy; a výjimečné, extatické zkušenosti šamana.“ Tato definice tedy odkazuje na to, že šamanismus vychází z teze o existenci nadpřirozeného světa, se kterým jsou šamani v kontaktu a ze kterého získávají své znalosti a sílu.

Mezi odbornými texty věnujícími se šamanismu nalezneme čtyři různá vymezení tohoto pojmu (Bowie, 2008):

- 1) šamanismus jakožto veškeré vědění domorodých národů
- 2) šamanismus jakožto nejstarší forma náboženství
- 3) šamanismus jako jev lokalizovaný do severoarktické oblasti (zejména Sibiře)
- 4) šamanismus jakožto učení pro každého

V naší disertační práci vycházíme z prvního způsobu pojetí šamanismu, tedy jej chápeme jako učení a vědění domorodých národů, respektive jako učení domorodých kmenů peruánské

Amazonie. Šamanismus má v této oblasti tradici starou několik tisíc let a sloužil ke mnoha účelům (Eliade, 1997, Luna, 2002, De Rios, Rumrill, 2008, Grof, 2009):

- k léčení fyzických a psychických chorob
- k předcházení poškozování zdraví příslušníků kmene
- k provázení duše zemřelého
- k zajištění zachovávání rituálních zákazů
- k ochraně kmene před zlými duchy
- využití při lovu a rybolovu (lokalizace vhodných míst a vhodné doby k lovu, sledování pohybu zvěře, obstarávání štěstí)
- ke zhojení množství zvěře a úrody
- k usnadnění porodů
- k předpovídání budoucnosti
- k interpretaci nejrůznějších znamení
- k hledání ztracených věcí nebo zbloudilých lidí
- k identifikaci zločince nebo původce zodpovědného za nemoc

Nejdůležitější a hlavní úlohou šamana je léčení. Jeho povaha není vždy výlučně magická, opírá se také o znalost léčivých účinků rostlin a zvířat, masáží atd. Předpokládá se však duchovní povaha příčiny velké většiny nemocí (Eliade, 1997). Tuto oblast léčitelství, jež vychází z tradiční kosmovize domorodých obyvatel, nazýváme **tradiční medicínou**.

WHO (2000) definuje tradiční medicínu jako souhrn znalostí, dovedností a praktik založených na teoriích, přesvědčeních a zkušenostech pocházejících z různých kultur, které jsou vysvětlitelné či nikoliv a slouží k udržování zdraví, prevenci, diagnostice, zlepšení či léčbě fyzických a psychických onemocnění.

Představitelé tradiční peruánské medicíny na odborném setkání ForoSalud v roce 2007 definovali tradiční medicínu jako otevřené, neexkluzivní systémy znalostí, které mohou být flexibilně obohaceny o jakýkoliv prvek, jež se následně stane součástí repertoáru léčitele. Tyto systémy sjednocují myšlení různých disciplín. Tradiční medicína je stále živá a aktuální. Zejména v oblastech, kde je nedostatek financí, představuje dostupnou formu pomoci. Představitelé tradiční medicíny používají její znalosti a techniky a využívají zdrojů v jejich okolí k prevenci, diagnostice a léčbě prostřednictvím duchovního léčení („*spiritual healing*“) (ForoSalud, 2007).

Antropologové Cárcamo a Obreque (2008), kteří se výzkumně věnovali peruánské tradiční medicíně, ji charakterizují jako lékařské znalosti hojně rozšířené v oblasti Amazonie mající vlastní koncept zdraví, nemoci, diagnostiky, ošetřování a léčby. Tento přístup má své vlastní léčitele, aplikuje škálu znalostí o terapeutických vlastnostech rostlin a tvoří společensky ustanovený systém. Tento přístup je empirický a odvíjí se od specifické kosmovize každé kulturní skupiny a od její společenské struktury.

Mabit (n.d.) hovoří o třech úrovních tradiční medicíny od nejrozšířenější a nejméně účinné až po nejméně rozšířenou a nejúčinnější:

- 1) Nejrůznější praktiky lidového léčitelství, se kterými máme všichni určitou zkušenost. Obvykle se předávají v rodinném kruhu a nevyžadují delší učení ani speciální výbavu. Patří sem například užívání bylin, „osvědčených“ receptur proti nejrůznějším druhům obtíží nebo některé lidové zvyky (např. ošlehání větvičkou s prvními květy pro dobré zdraví).
- 2) Léčitelství praktikované nejrůznějšími zájemci o tuto oblast. Jedná se o osoby, které sbírají znalosti a zkušenosti a přesahují v tomto směru společenský průměr. V některých případech tyto osoby překonaly nějakou traumatickou událost nebo nemoc, což vedlo k rozvoji jejich „senzitivity“ a „schopnosti léčit“. Tito lidé mohou být úspěšní v léčbě některých obtíží, neprošli ale skutečným procesem iniciace.
- 3) Šamani, kteří prošli procesem iniciace pod vedením učitele trvajícím několik let. Toto vzdělání zahrnuje řadu složitých osobních prožitků, včetně procesu smrti a znovuzrození. V této oblasti nalezneme velmi malé množství osob.

Ani vykonavatelé tradiční medicíny ze třetí skupiny (iniciovaní šamani) si nejsou rovni svými schopnostmi a nevyužívají k léčení stejné praktiky. Mezi těmito léčiteli (nazývanými zejména *curanderos* nebo *vegetalisté*) nalezneme i některé specializace, a to zejména podle rostliny, kterou používají jako hlavní (Luna, 2002) – např. *camalonquero* (používající rostlinu *Thevetia peruviana*), *tabaquero* (využívající k léčbě zejména tabák), *ayahuasquero* (využívající ayahuasku), *toero* (využívající *Brugmansia suaveolens*), *palero* (učící se od velkých stromů) aj.

Curandero bývá v oblasti Amazonie někdy označován také jako *maestro* (učitel), *doctor* (doktor), *médico* (lékař), *viejito* nebo *abuelito* (oboje - stařeček). Negativní konotaci má označení *brujo* (čaroděj) – šaman, který způsobuje určité poškození jiných lidí.

## 1.2 Historie a východiska

Šamanismus pravděpodobně existuje již 50 tisíc let (Furst, 1996), jeho nejhlubší kořeny sahají až do období paleolitu. Důkazem jsou archeologické nálezy, jako například sošky či nástěnné malby v jeskyních Lascaux, Font de Gaume, Les Trois Frères nebo Altamira (Grof, 2009).

Je pozoruhodné, že ačkoliv se šamanismus na různých kontinentech vyvíjel samostatně, nalezneme u základních náboženských elementů původních obyvatel Severní a Jižní Ameriky a Asie důležité podobnosti. Furst (1996) se domnívá, že tyto podobnosti jsou jakýmsi **základy šamanismu**. Jedná se mimo jiné o tyto představy:

- představa o živé podstatě všech jevů v okolí
- představa o možnosti oddělení duše od těla v průběhu života (např. ztrátou duše, blouděním ve spánku, znásilněním, traumatickou zkušeností aj.)
- propracovaný extatický zážitek (zvláště u šamanů)
- představy o nadpřirozených příčinách a lécích různých nemocí
- představy o různých úrovních vesmíru s jejich příslušnými duchovními vládci
- představy o rovnosti kvalit různých duchovních forem (a tedy i možné proměny člověka ve zvíře)
- představy o zvířecích duchovních pomocnících, alter egu a ochráncích
- představy o tom, že je možné z vnějšího zdroje čerpat léčivé či nadpřirozené síly

K výraznému zásahu došlo s příchodem prvních kolonizátorů, kdy začaly být šamanismus i tradiční medicína Evropany a církví odmítány a vymyčována. Po staletí byli domorodí obyvatelé a jejich učení systematicky ničeni a z tohoto důvodu došlo i k jeho částečnému utajení. Některé amazonské kultury kvůli byli těmito zásahům kompletně zničeny (Valíček, 2000, Cárcamo a Obreque, 2008).

Tradiční medicína je však navzdory těmto tragickým událostem v Peru stále ještě živým a užívaným přístupem. V 70. letech OSN vypracovala a přijala definici tradiční medicíny a navrhla mechanismy, jakým způsobem tento přístup začlenit do systému veřejného zdravotnictví. Od té doby se na tuto problematiku (roli tradiční medicíny v komunitním zdravotnickém systému) zaměřilo mnoho rozvojových programů (Sieber, 2007).

I peruánská legislativa hovoří o nutnosti chránit tradiční medicínu (El Peruano, 2008, July). Peruánské Ministerstvo zdravotnictví uznává obrovský potenciál zdrojů dostupných skrze domorodé šamanské léčitele a podporuje výzkum tradiční medicíny prostřednictvím Národního institutu tradiční medicíny (INMENTRA) (Mabit, Sieber, 2006).

V Peru, kde žije více než 20 milionů obyvatel, najdeme méně než 250 psychiatrů (z čehož je většina soustředěná do velkých měst jako Lima a Arequipa) oproti tisícům curanderos (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008). O tom, že je tradiční medicína důležitým a stále aktuálním zdrojem pro zdraví veřejnosti, svědčí i výzkum, který identifikoval v údolí Chazuty (region San Martín, kde se nachází centrum Takiwasi) minimálně 289 druhů léčebných rostlin, které se aktuálně využívají zejména na léčbu problémů pohybového aparátu, gastrointestinální potíže a kožní problémy (Biset, Campos, Rivera, Canigaeral, 2006).

### ***1.3 Hlavní principy tradiční medicíny Jižní Ameriky***

K tomu, aby se člověk mohl stát skutečným šamanem, je nutné projít **šamanským učením a iniciací**. Někteří autoři (Eliade, 1997, Luna, 2002, Grof, 2006, Bowie, 2008) na tomto místě hovoří o „**zasvěcovací krizi**“ nebo „šamanské nemoci“, kdy dotyčná osoba zažije hluboký prožitek psychospirituální smrti a následného znovuzrození. Tato iniciační krize se může dostavit spontánně (např. jako nemoc) nebo prostřednictvím zážitků navazujících změněný stav vědomí (např. bubnování, monotónní zpěv, podávání psychedelických rostlin, tanec, půst, spánková deprivace, aj.). V tomto stavu tito adeпти zažívají symbolickou „cestu do podsvětí“, kde bojují s „démony“ a nebezpečnými zvířaty. Po té, co zažijí symbolickou smrt, dochází k symbolickému znovuzrození a návratu do běžného života.

Prožitek zasvěcovací krize však není jediným požadavkem na to, aby se člověk mohl stát šamanem. Je nutné, aby také dokázal své poznání využít a aby se dokázal přiměřeně či nadprůměrně zapojit do každodenního života. Toto kritérium **odlišuje šamana od duševně nemocného**. „Skuteční šamani se dokáží do holotropních stavů dostávat z vlastní vůle, řízeným způsobem a za konkrétním účelem, jako je například léčba, mimosmyslové vnímání anebo zkoumání jiných dimenzí reality“ (Grof, 2009, s.34). Nedochází zde tedy k rozpadu osobnosti, naopak šamani v reálném životě i změněných stavech vědomí dobře fungují, podílejí se na společenském, hospodářském i politickém životě komunity, mají nadprůměrné znalosti v mnoha oblastech (např. medicína, mýty, obřady, zahradničení, botanika), jsou energičtí a vitální a mnozí z nich jsou v komunitě přirozenou autoritou.

Amazonské šamanské učení se nepředává prostřednictvím písemných textů ani epickou orální tradicí (Luna, 2002). Důležitá je zde **osobní zkušenost**. Základním nástrojem šamana je jeho tělo, a proto je zde kladen velký důraz na jeho očistu a správné fungování a na dodržování přísných dietních pravidel (např. omezení týkající se užívání některých potravin). Znalosti získává šaman zejména během **dlouhodobých izolovaných pobytů v džungli** (trvajícím někdy i roky) s minimem aktivit a podnětů (tzv. „diety“), během kterých užívá tamější rostliny a seznamuje se tak s jejich účinkem. Klíčovou roli zde mají zejména tzv. rostliny – učitelky („*plantas mestras*“), které dotyčného „učí“ prostřednictvím snů a „vizí“. Mezi tyto rostliny patří i rostliny psychoaktivní jako například Brugmansia nebo Banisteriopsis caapi (ayahuasca) (Mabit, 1987). Kompletní iniciace zahrnuje konfrontaci s vlastní smrtí, se smrtí ega a individuálního já, boj se sebou samým, se svými strachy a slabostmi. Pokud dotyčný v tomto boji zvítězí, získá přístup k prastarému učení, ke „knize života“ (Mabit, n.d.). Luna (2002, s. 411) na základě svých rozsáhlých antropologických výzkumů charakterizuje proces iniciace následovně: „Během období iniciace musí být nováček izolován, následuje dodržování určitých stravovacích předpisů a život v sexuálním odloučení. Musí užívat odvar z kůry jistých stromů, pít tabákovou šťávu a zvracet, a to vše, aby se mohl setkat s duchy. Pod vlivem účinků tabákové šťávy se může dostavit jeho duch, aby novice učil „vidět“ a zjevil mu podstatu různých věcí.“

Tradiční medicína Jižní Ameriky **využívá k diagnostice a léčbě nemocí lokální rostlinné zdroje** (Llamazares, Sarasola, 2003). Tyto rostliny jsou v pojetí amazonského šamanismu chápány jako „duchové-učitelé“ a je jim přisuzována schopnost „učit“ osoby, které je užívají, zejména prostřednictvím změněných stavů vědomí (Aedo, 2009). To, co rostliny dotyčné osobě odhalí a ukáží, není odchýlením z reality, nýbrž autentickou realitou, která ve stavu běžného vědomí zůstává skryta a k jejímuž pozorování je třeba stav vědomí rozšířit (Vitebsky, 2006). Mabit (1987, s.4) v této souvislosti hovoří o novém propojení levé a pravé mozkové hemisféry. „Nápoj, který pejorativně charakterizujeme jako halucinogenní, umožní probudit a zaktivovat pravý mozek, takže latentní funkce znovu ožijí a my tak získáme přístup ke komplexnímu poznání běžné reality“.

Aedo (2008) shrnuje **paradigmata tradiční medicíny** do pěti bodů:

- 1) Rostliny jsou považovány za posvátné a nadpřirozené, je k nim projevován patřičný respekt.

- 2) Rostliny se užívají během specifických ceremonií nebo rituálů vycházejících z kosmovize příslušné kultury.
- 3) Rostliny umožňují přístup do jiného světa, který je běžně skrytý, a kde je možné získat zkušenosti a znalosti cenné pro každodenní život.
- 4) Rostliny jsou prvkem příslušnosti ke skupině a identifikace s ní.
- 5) Rostliny jsou používány těmi, kteří se věnují léčbě.

Tradiční medicína se od naší západní liší již v samotném **chápání nemoci**. V první řadě nerozlišuje mezi nemocí tělesnou a duševní a vnímá systém člověka jako neoddělitelný celek (Mabit, 1997, Bowie, 2008, Gómež, 2009, Grof, 2009).

Nemoc je chápána jako *narušení rovnováhy uvnitř organismu nebo rovnováhy mezi organismem a jeho okolím*. Tato nerovnováha může být způsobena několika příčinami (Gómež, 2009):

- a) Božím záměrem – například „nevysvětlitelná“ nemoc, kterou trpí člen komunity, jenž se následovně stane jejím léčitelem či šamanem
- b) Karmou (představa příčiny a následku) – nemoc jako následek sebetrestání
- c) Očarováním nebo uhranutím
- d) Osobní historií, která obsahovala energetická zranění nebo traumata
- e) Přerušením kontaktu s duchovním

K léčbě nemoci dochází obvykle prostřednictvím změněných stavů vědomí léčitele, nemocného, případně obou dvou. Tato změna vědomí může být navozena různými způsoby, nejčastěji však za pomoci psychoaktivních rostlin, zejména halucinogenů.

Pojetí nemoci šamanismu nemusí být naší kultuře tak vzdálené, jak by se na první pohled mohlo zdát. Existují některé styčné plochy, které oba koncepty spojují. Mabit (in Mujica, 1997, s. 43) například nachází podobnost mezi koncepty šamanismu a archetypy C.G. Junga. „Jung mluví o autonomních archetypech: formy nabité určitou energií, které mohou člověka zasahovat za úrovní jeho vědomí. Toto je přesně to, o čem mluví šaman, když vypráví o existenci ducha, sil přírody nebo sil uvnitř nás, které také mohou člověka zasahovat, ať chce nebo ne.“

Oblast změněných stavů vědomí a jejich terapeutického využití v tradiční medicíně je stále málo prozkoumaná (nebo studovaná špatným způsobem), a to z několika důvodů. Kromě

etických důvodů a strachu spojeného s masivním nekontrolovaným rozšířením psychoaktivních látek v 60. a 70. letech zde nacházíme i další limity. Cárcamo a Obreque (2008) hovoří o chybějícím teoretickém a metodologickém zázemí v této oblasti, Mabit (1992) o nedostatku osobních zkušeností výzkumníků s tradiční medicínou a z něho vyplývajícím chybném chápání jejího přístupu.

Na tomto místě je třeba také poukázat na fakt, že v tomto ohledu striktně rozlišujeme mezi výzkumem použití změněných stavů vědomí v kontextu tradiční medicíny a mezi jeho využitím v jiných rámcích (např. psychedelická terapie, církevní hnutí, jejichž součástí je užívání halucinogenů, laboratorní výzkumy aj.). Vzhledem k tomu, že koncept léčby v Takiwasi vychází z paradigmatu tradiční medicíny, zaměřujeme v této práci se na využití změněných stavů vědomí právě v tomto kontextu.

#### ***1.4 Rizika tradiční medicíny – turistický šamanismus***

Tradiční medicína Jižní Ameriky má i svoji odvrácenou tvář – jev zvaný turistický šamanismus. Na masivní nárůst zájmu veřejnosti o tuto oblast zareagoval také jihoamerický trh, který hledání duchovna proměnil v hojně rozvinutý business.

O turistickém šamanismu se poprvé zmiňuje Dobkin de Rios (1994) jako jevu pozorovaném od 80. let, kdy šarlatáni přivádějí lidi ze západního světa na cesty do peruánské, ekvádorské či brazilské Amazonie, aby se účastnili sezení s ayahuaskou. Tento druh turismu vzrostl v posledních letech, mimo jiné díky levným nákladům na cestování a jako výsledek volného a bezplatného šíření informací napříč národy. Podle některých odborníků (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008, Fotiou, 2010) představuje tento druh praktik vážná rizika.

V amazonských městech se někteří muži střední třídy stávají „instantními“ tradičními léčiteli, aniž by podstoupili období učení se, nemají žádné učitele a vedou sezení bez jakékoliv kontroly a ochrany. To zda své klienty poškodí či nikoliv, pak záleží spíše na souhře náhod. Dobkin de Rios a kol. provedli rozhovory s 26 „neošamany“ („samozvaní“ šamani bez předchozího učení a procesu iniciace) a došli k závěru, že „mnozí z těchto domnělých šamanů jsou lidé bez zkušenosti, se sociopatickými tendencemi, kteří nemají osobní kapacitu, přípravu ani osobnostní strukturu vhodnou pro tento typ práce“ (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008, s. 88). Nejedná se o curanderos, nýbrž o obchodníky s rostlinnými halucinogeny. Dávají turistům směs 12ti nebo více různých psychedelických rostlin, aby jim pomohli navázat mystický kontakt s vesmírem a poskytli „opravdový psychedelický zážitek“. Mnohé z nich jsou rostliny, které výrazně narušují chemickou rovnováhu v mozku. Obzvláště



nebezpečné jsou v interakci s některými typy psychofarmak (např. antidepresivy) nebo jiných léků (např. antibiotik). Tito „neošamani“ nevědí, jak léčit, a nedokáží diagnostikovat nemoci, se kterými za nimi jejich klienti přicházejí. To může být velmi rizikové zejména v případě, pokud takového „šamana“ vyhledají osoby s vážnými zdravotními problémy. Náročná léčba (zahrnující například diety, zvracení, pobyty v izolaci) mnohdy spojená s přerušáním užívání léků pak může vést k vážným zdravotním komplikacím a v nejzávažnějších případech dokonce k úmrtí.

Na psychické úrovni mohou být následkem tohoto druhu zkušenosti v lepším případě skeptický pohled na účinnost tradiční domorodé medicíny, v horším případě však i závažné psychické problémy (zmatenost, deprese, psychotické stavy, aj.). Tito lidé jsou pak nuceni vyhledat jiné curanderos, aby jim pomohli vzniklé potíže odstranit. Byly popsány i případy „zbláznění se“ nebo úmrtí v důsledku podání toxických rostlin (zejména ze skupiny lilkovitých) neoprávněnou osobou. Owen (2006) hovoří také o případech znásilnění nebo jiného psychického či fyzického zneužití osob, které tyto „šamany“ navštívily. Fotiou (2010) upozorňuje na další negativní aspekt tohoto fenoménu - turistický šamanismus komercializuje domorodou spiritualitu a degraduje amazonské tradice.

Na druhou stranu někteří autoři (např. Owen, 2006, Winkelman, 2007, Fotiou, 2010) upozorňují na benefity, které snadná dostupnost ayahuaskových rituálů přináší pro společnost – rozvoj duchovní stránky (spirituality), léčba psychických a fyzických obtíží, zájem o peruánské kulturní dědictví, rozvoj ekologického myšlení či vzájemné obohacování kultur. Mnozí z lidí, kteří tyto „novošamany“ navštěvují, přicházejí se „zdravou“ motivací jako například touhou po spirituálním rozvoji, touhou porozumět přírodě a vyšší realitě, vyléčit své somatické či psychické onemocnění, porozumět sami sobě, objevit v sobě životní smysl nebo najít cestu k řešení svých životních problémů. Jedná se také o prostředek, který může napomoci západnímu světu udržet alespoň minimální kontakt s tradiční spiritualitou, jakožto protipól k převažujícímu agnosticismu a ateizmu postmoderní doby (Winkelman, 2007).

Turistický šamanismus tedy přináší benefity ale i určitá rizika. Umožňuje rozvíjet lidem spiritualitu a nabízí alternativu k „západní“ medicíně. Na druhou stranu však není možné kontrolovat oprávněnost osob pro výkon těchto léčitelských praktik ani úroveň nabízených služeb, což s sebou nese potenciální závažná rizika. Jedno z možných řešení je v zodpovědném rozhodnutí a k němu nezbytné informovanosti osob, které tyto praktiky vyhledávají. Každopádně je třeba věnovat tomuto fenoménu pozornost, protože se díky němu stává ayahuasca fenoménem globálním a aktuálním pro všechny země a kultury (Luna, 2011).

## 2. Ayahuasca

### 2.1 Halucinogenní rostliny

Ayahuasca patří do skupiny rostlin označovaných jako halucinogeny (nebo též entheogeny, psychedelika, psychomimetika, psychotika, fantastika, delusiogeny, delirianty aj.).

Archeologické nálezy nasvědčují tomu, že užívání halucinogenů provází lidstvo velkou část jeho vývoje. Hrály důležitou roli při náboženských obřadech raných kultur a jsou dodnes jako posvátné uctívány a respektovány obyvateli některých tradičních společností (Schultes, Hofmann, 1996). Weil (1972, s.17, cit. Furst, 1996, s. 18) dokonce hovoří o tom, že „touha pravidelně proměňovat vědomí je vrozený a přirozený pud podobný hladu nebo pudu sexuálnímu“.

Rostlinné halucinogeny jsou svou chemickou strukturou blízce příbuzné neuromediátorům centrální nervové soustavy, tedy fyziologickým látkám důležitým pro biochemii mentálních procesů. Tato podobnost je možnou příčinou psychotropních vlastností rostlinných látek – mohou díky podobné struktuře působit na stejná místa nervového systému jako některé neuromediátory (hl. serotonin a noradrenalin), a tedy měnit psychické funkce. Halucinogeny mohou navodit různé druhy halucinací, nejčastěji halucinace vizuální (doprovázené barevnými vidinami). Mohou také uměle navodit stav dočasné psychózy (odtud označení psychomimetika) (Schultes, Hofmann 1996).

### 2.2 Ayahuasca – základní charakteristika

Ayahuasca je klíčovým prvkem tradiční medicíny domorodých kmenů v oblasti Amazonie. Jedná se halucinogenní liánu užívanou v kombinaci s dalšími rostlinami ve formě nápoje, který bývá označován stejným termínem jako samotná liána.<sup>1</sup> Ačkoliv v této práci užíváme název ayahuasca, mezi domorodými kmeny najdeme i mnoho jiných alternativ názvu, např. yagé (nebo yajé), caapi, kahpi, biaxii, cofa, mariri, vegetal, mihi, dapa, pinde, natéma, kahi aj. V odborné i jiné literatuře se však nejčastěji setkáme s označením ayahuasca, a proto jej upřednostňujeme i v této disertační práci. Dalším důvodem je fakt, že personál a pacienti léčebného zařízení, které je předmětem výzkumu této práce, také užívali označení ayahuasca. Pojem ayahuasca pochází z kečuánštiny a můžeme jej přeložit jako „liána mrtvých“ nebo též „lano mrtvých“, „liána duše“, „lano duše“, „réva duše“, „víno duše“ (Furst, 1996, Schultes,

---

<sup>1</sup> Zde tedy může snadno dojít k záměně pojmů ayahuasca- rostlina a ayahuasca - nápoj. Abychom se tomu vyvarovali, budeme v průběhu celé práce užívat následující terminologii: Pod pojmem ayahuasca, myslíme vždy význam ayahuasca - nápoj. Pro samotné označení rostliny, budeme užívat označení liána ayahuasca, případně rostlina ayahuasca.

Hofmann, 1996). V amazonské kultuře bývá reprezentována symbolem velkého hada (*boa*) nebo anakondy, což má symbolicky vyjadřovat spojení mezi tímto světem a světem jiným (Ballón, 1999)<sup>2</sup>.



Obr. č. 1: Rostlina ayahuasca. (foto z archívu autora).

Obr. č. 2: Příprava ayahuasky – nápoje (autor Miroslav Horák).

Liána ayahuasca (lat. *Banisteriopsis caapi*) roste ve vlhkých oblastech tropů a subtropů (především Peru, Kolumbii, Ekvádoru, Brazílii a Bolívii) a má „hnědou kůru s výraznými lenticelami, listy vejčité kopinaté a tmavozelené, drobné růžové květy, z kterých se vyvíjejí křídlaté nažky srostlé po třech“ (Valíček, 2000, s. 112). K přípravě nápoje ayahuasky se používá celá tato liána (v některých oblastech pouze oloupaná kůra), která se láme, mačká a nakonec vaří společně s vodou a dalšími rostlinami po mnoho hodin. Celý proces přípravy a užití ayahuasky je přísně formalizován a řízen řadou obřadních nařízení a zákazů (Furts, 1996). Po více než 12 hodinách přípravy vznikne hustý, hořký vývar velmi nepříjemné chuti, který se potom v malých dávkách pije.

Při přípravě ayahuaskového nápoje bývá liána ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) kombinována s řadou dalších rostlin, popsáno je až 30 druhů možných příměsí (Luna, 2002). V ideálním případě by mělo být složení tohoto nápoje vybráno „na míru“ každému pacientovi podle jeho potřeb a doporučení curandera, který je za léčbu zodpovědný. V centru Takiwasi, kde byl výzkum této disertační práce realizován, byla rostlina ayahuasca užívána v kombinaci s rostlinou jménem chacruna (lat. *Psychotria viridis*). Jedná se o základní kombinaci bez příměsí dalších rostlin se specifickým účinkem. Do ayahuaskového nápoje bývá nejčastěji dále přidáván tabák (lat. *Nicotiana rustica*) pro zesílení účinků, dále např. *Brugmansia suaveolens* (v ČR označovaná jako „Andělské trumpety“), rostliny z čeledi *Rubiaceae*,

<sup>2</sup> ) Zajímavé je, že tato symbolika koresponduje i s našimi poznatky. Pacienti i další osoby, které ayahuasku v tradičním kontextu užívaly, v rozhovoru opakovaně uváděly zážitek „spolknutí hadem“.

*Brunfelsia chiricaspi*, *Brunfelsia grandiflora*, *Malouetia tamaquarina* aj. (vlastní pozorování, Schultes, Hofmann, 1996).

Ayahuasca je součástí amazonské kultury již více než 8000 let a užívá ji nejméně 72 domorodých kmenů amazonské oblasti (Luna, 2002). V minulosti hrála důležitou roli v životě kmene. Přírodní kmeny v peruánské a brazilské Amazonii používaly ayahuasku k mnoha účelům – jako prostředek k prevenci, diagnostice a léčbě nemocí, k odvrácení hrozícího nebezpečí, k obdržení vedení od boha, ke komunikaci s bohy a se spirituálním světem, k dosažení tranzových stavů, ke vzdělávání budoucích šamanů, k vyvolání snů a k vidění budoucnosti, k věštění a telepatii, k prevenci nevraživosti, která by ubližovala členům komunity, k identifikaci zločince nebo původce zodpovědného za nemoc, ke zlepšení techniky lovu a v neposlední řadě také k pochopení základu domorodého společenského systému včetně jeho náboženských východisek (Schultes, Hofmann, 1996, Luna, 2002, Dobkin de Rios, Rumrill, 2008).

V současnosti bývá ayahuasca užívána ve dvou kontextech (Ballón, 1999):

1. Jako prostředek k léčbě – toto užití vychází z tradice. Jedná se o celou západní oblast amazonské nížiny (Peru, Ekvádor, Kolumbie, Bolívie).
2. Jako součást náboženských praktik u některých brazilských sekt (Santo Daime, Uniao do vegetal).

## **2.3 Chemické složení**

Jak je uvedeno výše, ayahuasca může obsahovat různé příměsi, a tedy mít i různé chemické složení. Nejčastěji používanou kombinací v Peru (a kombinací užívanou v Takiwasi) je směs rostliny ayahuasky (*Banisteriopsis caapi*) a chacruny (*Psychotria viridis*).

Callaway a kol. (1996) detekovali po požití ayahuaskového nápoje v krvi zdravých dobrovolníků mužů alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin (TTH) a *N,N*-dimethyltryptamin (DMT). Obdobné složení potvrzují i další studie (in Luna, 2002).

Zdrojem DMT v ayahuaskové směsi je chacruna. Některé výzkumy nasvědčují tomu, že je tato látka také přirozeně vylučována v našem mozku (v souvislosti se spánkovým cyklem, tvorbou snů, během mystických zážitků, během spontánní psychózy aj.) (Smythies a kol. in Narby, 2006, Luke, 2011). Chacruna užívaná sama o sobě však nevytváří výraznější fyziologický nebo psychický efekt, protože je její účinek deaktivován žaludečním enzymem monoaminoxidázou (Narby, 2006).

Rostlina ayahuasca poskytuje inhibitory této monoaminooxidázy (IMAO) – beta-karbolinové alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin, díky nimž může být DMT orálně aktivní a účinkovat v těle (McKenna, Towers, Abbott, 1985). Tyto alkaloidy konzumované v dostatečně vysokých dávkách mají samy o sobě rovněž halucinogenní účinky – např. harmalin je halucinogenní v orálních dávkách 4 mg/kg (Naranjo, 1970). Obsah všech alkaloidů v ayahuasce je 0,95% (Sánchez, 2001).

## **2.4 Výzkum s ayahuaskou**

V současné době nacházíme řadu výzkumů věnující se ayahuasce, její bezpečnosti, fyziologickým účinkům i možností psychoterapeutického využití. Tyto výzkumy mají různé designy, od drobných laboratorních studií až po rozsáhlý terénní výzkum.

Mabit, Campos a Arce (1992, s.19) upozorňují na **limity výzkumů s ayahuaskou**, zejména pokud jsou realizovány mimo přirozený kontext jejího použití. „Curanderos prokazují evidentní znalost terapeutických metod neznámých moderní vědě, dosud nevysvětlených, které se dokládají na konkrétních událostech, jsou pozorovatelné a zároveň příliš choulostivé a těžko uchopitelné na to, aby se daly měřit vědeckou cestou“. Jediným vhodným přístupem k výzkumu ayahuasky je podle těchto odborníků studium in situ (v přirozeném prostředí), což odůvodňují následujícími argumenty (Ibid.):

- 1) Z autorů hojně literatury zabývající se ayahuaskou (více než 400 titulů k roku 1992), má méně než 10% vlastní zkušenosti s touto substancí, a tudíž zprostředkovávají informace z druhé ruky.
- 2) Z přímých pozorovatelů se méně než 10 zúčastnilo více než 5ti sezeních a žádný se nezúčastnil klasického učení (diety, abstinence, izolace, atd.). Naopak curanderos podstupují celoživotní cestu, jejíž součástí je i permanentní dodržování přísných pravidel a mnohaleté a náročné učení.
- 3) Přípravek pojmenovaný ayahuasca obsahuje alkaloidy, které jsou dokonale identifikovatelné. Nicméně, jak podotýkají někteří výzkumníci, alkaloidy detekované v rostlinách ne vždy najdeme v odvaru. Proto studie čistých alkaloidů neodráží realitu sezení, kde se používá nápoj odlišného složení.
- 4) Pokusy s čistými komponentami vyžadují k dosažení minimálních efektů dávkování 300 až 500 mg. alkaloidů (harmin, harmalin a tetrahydroharmin), zatímco v přípravku ayahuasky, který používají curanderos, nalezneme pouze 10 až 30 mg stejných alkaloidů, což naznačuje společné působení dalších možných vlivů.

- 5) Během pití ayahuasky v původních podmínkách doprovází terapeut pacienta „zevnitř“ a naladuje se na něho za pomoci stejného přípravku, který užívá společně s ním. Během současných klinických studií, terapeuti nápoj neužívají a doprovází pacienta „zvenku“.

Důkazem limitů současného přístupu ke zkoumání ayahuasky a jejich účinků jsou i fenomény, které se opakovaně objevují během ayahuaskových sezení a které se v současné době nedaří vysvětlit pouze vědeckými argumenty (Ibid.):

- se stejným přípravkem, stejnou dávkou a na stejném sezení můžeme pozorovat naprosto odlišné efekty na různých účastnících – od naprosté nepřítomnosti jakýchkoliv efektů až po nejsilnější „opojení“, co dotyčný, kdy zažil (viz. také Melho, 2006)
- se stejným přípravkem a stejnou dávkou může jedna osoba během různých sezení vykazovat rozdílné odpovědi na podání ayahuasky
- podání druhé dávky během jednoho sezení nemusí vyvolat žádný efekt související s předchozí dávkou nebo naopak
- je možné pozorovat halucinační „opojení“ subjektů přítomných na sezení, které nepozřely přípravek ani se psychicky nepřipravily na to mít dané efekty (například osoby, které doprovázejí pacienty, nebo obyvatelé míst, kde se užívá ayahuasca)
- naopak šaman, prostřednictvím určitých technik, může vyvolat ustoupení silných efektů ayahuasky, aniž by došlo k jakémukoliv fyzickému vyloučení preparátu

Jak shrnuje Mabit (1992), povaha přípravku není sama o sobě schopná vysvětlit enormní variaci efektů mezi jednotlivými subjekty a jednotlivými sezeními. „Všechna tato fakta jasně ukazují limity fytochemického výzkumu. Původní surovina, nápoj ayahuasca, je sice klíčovým prvkem v těchto léčitelských technikách, ale zasahuje zde i mnoho dalších elementů, bez jejichž studia je úplné porozumění tomuto způsobu léčby nemožné“ (Mabit, Campos, Arce, 1992, s. 125).

#### **2.4.1 Fyziologické účinky**

První výzkumy účinků ayahuasky jsou zdokumentovány už v roce 1927. Německý výzkumník Lewin realizoval své pokusy na psychiatrické klinice při univerzitě v Heidelbergu.

Podával ayahuasku pacientům trpícím encefalididou a pozoroval kompletní vymizení svalové ztuhlosti. Další německý výzkumník, Beringer, používal některé alkaloidy pro léčbu pacientů trpících Parkinsonovou chorobou a pozoroval zlepšení v pevnosti a držení těla (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008).

Současné výzkumy fyziologických účinků se zaměřují zejména na měření fyziologických funkcí během užívání ayahuasky. Bylo prokázáno, že užívání ayahuasky je bezpečné (Callaway a kol., 1999) a že při něm dochází k minimálnímu riziku psychického poškození nebo vzniku závislosti (Gable, 2007). Ryba a kol. (2001) zjistili, že k tomu, aby byly zaznamenány účinky působení DMT u participantů, je třeba orální dávky 0,75-1 mg DMT/kg. Efekt působení ayahuasky se dostavuje mezi 30 až 50 minutami u lidí z Evropy a USA a během 10 až 15 minut mezi amazonskými domorodci (zřejmě díky větší synaptické citlivosti na beta-karbolíny obsažené v ayahuasce) (Fericgla, 1997). Nejsilnější somatický i psychický efekt má ayahuasca mezi 60 a 120 min po požití (Riba a kol., 2001).

Během doby jejího působení vyvolává ayahuasca následující měřitelné **somatické efekty** (Strassman, Quells, 1994, Riba a kol., 2001, Riba a kol., 2003, Jacob, Presti, 2005, Riba a kol., 2005, Melho, 2006): lehké zvýšení krevního tlaku (v průměru o 9-10,8 mm Hg), lehké zvýšení srdeční frekvence (v průměru o 5, 6 tepů/min.), lehké zvýšení frekvence dechu (v průměru o 2,3 dechů/min.), lehké zvýšení tělesné teploty (v průměru o 0,1 C), zvětšení zornic, zvýšení rektální teploty a aktivizaci frontální a paralimbické mozkové oblasti. V krvi bylo zaznamenáno zvýšení koncentrace beta-endorfinu, kortikotropinu, kortisolu a prolaktinu.

Ze **subjektivně vnímaných somatických účinků** popisovali účastníci sezení následující: pálení v oblasti břicha, brnění, změny ve vnímání teploty těla, citlivost kůže, nevolnost, zvracení, průjem (Riba a kol., 2001, Melho, 2006).

Studie Schmida, Jungaberleho a Verrese (2010) zaměřila svoji pozornost na ayahuasku a přesvědčení pacientů o jejím vlivu na léčbu somatických obtíží. Výsledky ukazují, že pacienti s rozličným typem onemocnění jako chronická bolest, rakovina, astma, hepatitida typu C, deprese nebo závislost na alkoholu věří v léčivý potenciál ayahuasky. Většina z nich je přesvědčena, že ayahuasca pozitivně ovlivňuje jejich nemoc a její zvládání.

### 2.4.2 Psychologické studie s ayahuaskou

Na poli výzkumů s ayahuaskou najdeme i řadu studií z oblasti psychologie. Některé studie ukazují, že ayahuasková sezení mohou mít zásadní vliv na psychiku člověka již po jednom jejich absolvování. Studie Villaescusa (2006) zkoumala **krátkodobý efekt** (týden po sezení) **účasti na jednom ayahuaskovém sezení** v kontextu evropského města. Studie se zúčastnilo 25 respondentů ve věku 19-54 let, většina VŠ zdravotních profesí (psychiatri, lékaři, psychologové, terapeuti). Byly zjištěny následující efekty účasti na ayahuaskovém sezení:

- 1) Na tělesné úrovni – zvýšení běžného vnímání vlastního těla, zostření smyslů, hlavně chuti a čichu, zvýšení fyzické aktivity (hlubší dech, uvědomování si procesu dýchání, nárůst vitální energie, větší potřeba spánku, kvalitní spánek, vysazení, léků na spaní, zvýšení snové aktivity, zvýšení chuti k jídlu), lepší koordinace, vnitřní pročištění těla, často spojené s pocitem očisty duchovní, lepší vztah s vlastním tělem – tendence k zdravějšímu způsobu života, zastavení škodlivých návyků jako závislosti či sebedestruktivního chování, úleva od tělesné bolesti, z negativních efektů závrat' (2 lidé), průjem (1 člověk).
- 2) Emoční aspekty – zvýšení vnímání a intenzity emocí, zvýšení citlivosti, převaha pozitivních emocí, hlavně radosti a vyrovnanosti, větší otevřenost k druhým, z negativních efektů emoční otupělost (1 subjekt), smutek, úzkost (1 subjekt).
- 3) Kognitivní aspekty – lepší pozornost a soustředěnost, větší vědomí vlastních myšlenkových vzorců – hlavně těch, které je potřeba změnit, náhled na vlastní život, revize minulosti.
- 4) Mezilidské vztahy – větší otevřenost k druhým, nárůst lásky k druhým, hlavně ke kamarádům a příbuzným, obnovení a prohloubení mezilidských vztahů, větší intimita ve vztazích, snížení strachu a nedůvěry, více důvěry k druhým, schopnost odpustit si a odpustit druhým, překonání pocitů viny a hněvu, usmíření se, obnovení starých rozbitých vztahů se snahou zlepšit je.
- 5) Vrcholné zážitky – vrcholné zážitky v následujících dnech, pocit harmonie a jednoty s okolím, optimismus, jasné vědomí, vyrovnanost.
- 6) Potřeba následné práce k integraci zkušenosti.
- 7) Rozvoj osobních zdrojů – objevení vnitřních zdrojů a schopností, které účastníkům pomáhají zlepšit každodenní život, zlepšení emoční inteligence (definované dle konceptu Goldmana), přijetí sebe samého, pozitivní a optimistický postoj, schopnost čelit obtížím díky nalezení vlastního místa v životě.



- 8) Proces změny – symbolická smrt a znovuzrození jako proces renovace a objevení nových aspektů sebe sama, učinění důležitých rozhodnutí, hlavně díky jasnému pohledu na svůj život, překonání životní krize, „otočení stránky“, zanechání těžkých okamžiků, ukončení nebo snížení závislosti a nezdravých návyků.

Vliv užívání ayahuasky na seberozvoj potvrzují i výsledky dalších studií. Fericgla (1997) uvádí, že prakticky všechny osoby ze západu, které užívaly ayahuasku, měly podle jejich popisu silné úvahy o sobě samých, v době, kdy byly pod jejím vlivem. Například viděly jasně definované své slabé stránky, chyby ve svém chování či původ problémů v jejich společenském a osobním životě.

Větší množství studií ukazuje na to, že zkušenosti z ayahuaskových sezení mají podstatný vliv na prožívání života a jeho kvalitu. Peralta, Rojas a Valenzuela (n.d., s.3) na základě své studie konstatují, že „ayahuasca probouzí v lidech nutkání žít tak, aby se cítili dobře a zdravě.“ Villaescusa (2006) na základě studie realizované na členech britské odnože církve Santo Daime, kde je užívání ayahuasky součástí náboženského obřadu, uvádí, že účastníci sami sebe popisovali jako autentičtější, kreativnější, aktivnější, asertivnější, šťastnější, jistější sami sebou, flexibilnější a pozitivnější ohledně obtíží. Callaway a kol. (1999) na základě výzkumu uvádějí, že ayahuasca má pozitivní vliv na život osob, které ji (v kontextu církve) užívají.

Velký prostor pro oblast výzkumu poskytly také **církev, kde se ayahuasca pravidelně užívá jako součást náboženských ceremonií**. Mezi příslušníky těchto církví, kteří ayahuasku pravidelně dlouhodobě užívají byly výzkumně potvrzeny menší výskyt psychopatologických symptomů, lepší neuropsychická výkonnost, vyšší míra osobní zodpovědnosti, optimismu a respektu ke druhým a nižší míra konzumace alkoholu (Doering-Silveir, 2003, 2005 in Labate, de Rose, dos Santos, 2008, Saiz, 2006). Významný v tomto směru byl rozsáhlý výzkum, který realizovali Halpern a kol. (2007) na 32 příslušnících církve Santo Daime. Výzkumníci došli k závěru, že dlouhodobé užívání ayahuasky přináší významné zdravotní i psychické benefity. 19 respondentů splňovalo před účastí na těchto sezeních kritéria diagnózy některé duševní choroby – při dalším měření bylo 6 z nich v částečné a 13 v úplné remisi. Ze 24 subjektů, kteří před účastí na sezeních trpěli alkoholovou nebo drogovou závislostí, vykazovalo 22 remisi. Autoři však upozorňují na církevní kontext celé léčby, který mohl mít na zotavení osob významný vliv.

Studie Barbosy a kol. (2009) sledující 23 subjektů po dobu 6 měsíců od první zkušenosti s ayahuaskou užívanou v kontextu brazilské církve Santo Daime potvrdila významné snížení psychiatrických symptomů, zlepšení duševního zdraví, snížení fyzické bolesti, nárůst optimismu a důvěry k druhým.

Silveira a kol. (2005) ve svém výzkumu zaměřili pozornost na adolescenty, kteří užívají ayahuasku v náboženském kontextu brazilských církví. Tito adolescenti prokazovali (ve srovnání s kontrolní skupinou) nižší míru anxiety.

Při výzkumu krátkodobých účinků ayahuasky užívané v kontextu církve bylo prokázáno, že hodinu po užití ayahuasky respondenti vykazují nižší míru paniky a beznaděje než respondenti z kontrolní skupiny a že užití ayahuasky nemá vliv na nárůst úzkosti nebo úzkostnosti (Santos a kol., 2007).

### **Ayahuasca a léčba psychických onemocnění**

Některé studie odkazují na možnost využití ayahuasky k léčbě psychických onemocnění. V této souvislosti jsou významná zjištění Callawaye a kol. (1994) – osoby, které užívají ayahuasku dlouhodobě mají zvýšenou hladinu serotoninu a jeho přenašečů v krvi (ve srovnání s kontrolní skupinou). Snížené množství hladiny serotoninu (a jeho přenašečů) v krvi bývá dáváno do souvislosti se závislostí na alkoholu, násilím, sebevražedným chováním a některými druhy deprese (McKenna, 2004).

Mercante (n.d.) upozorňuje na velký **potenciál ayahuasky pro léčbu deprese**, a to pomocí třech faktorů – chemického účinku na nervový systém, rituálu a terapie. Jednou z charakteristik ayahuasky je zvýšení dostupnosti serotoninu v nervovém systému během doby jejího působení. Lidé v depresi nebo depresivním stavu mají ve srovnání s normou nižší dostupnost serotoninu v mozku, a proto jsou i léky užívané pro jejich léčbu (např. Prozac) založené na principu zvýšení serotoninu v nervovém systému. Ayahuasca je chemicky analogická k Prozacu v tom smyslu, že má v tomto směru srovnatelné neurochemické účinky. Dalším aspektem pozitivním pro léčbu deprese je sociální kontext jejího užívání. Účast na ayahuaskových sezeních vytváří pocit k příslušnosti k sociální skupině, který je navíc silně zesílený rituálem, jenž sezení doprovází, a znemožňuje tak jedinci žít v izolaci odkázaný pouze na léčbu antidepressivy. Ayahuasková sezení vytvářejí silná spojení mezi jejich účastníky a upevňují sociální vazby. Zde Mercante zdůrazňuje, že příznivý vliv na léčbu deprese nemá tedy pouze substance, ale i lidský kontakt a rituál, který může být dobrým prostředkem i sám o sobě. V neposlední řadě působí ayahuasca také psychoterapeuticky. Pomocí porozumění, vhledu, vybavení potlačených vzpomínek, znovuprožití nepříjemných

situací, pochopení smyslu a dalších mechanismů získává dotyčný náhled na svoji situaci a nachází cesty k jejímu řešení. Potenciál ayahuasky pro léčbu deprese (zejména díky jejímu chemickému složení) potvrzuje i klinická studie Osório a kol. (2011) na 3 subjektech s diagnózou rekurentní deprese, která prokázala antidepresivní účinky ayahuasky.

Výzkumy nasvědčují i potenciálu ayahuasky pro **léčbu drogových závislostí**. Grob a kol. (1996) na základě výzkumných zjištění hovoří o jejím účinku pro léčbu alkoholových a drogových závislostí. Tuto skutečnost potvrzuje na základě své přehledové studie i McKenna (2004) a Winkelman (2001). O účinnosti ayahuasky v léčbě drogových záležitostí vypovídají také klinické zkušenosti osob, které se tomuto způsobu práce věnují (Mabit, 2007, Viegas, 2009, Gonyaga, 2009).

Jacob a Presti (2005) ve své studii informují o **anxiolytickém efektu** ayahuasky. Frecska (2008) upozorňuje na efektivitu užití ayahuasky v **krizové intervenci**, mimo jiné prostřednictvím vyvolání pocitů katarze.

### **Ayahuasca a vliv na kognitivní a exekutivní funkce**

Během užívání ayahuasky dochází ke změnám ve fungování kognitivních funkcí, zejména percepce. Dostavují vize trojího typu – osob (nejčastější), barev a zvířat, dále vjemy a pseudovjemy (Melho, 2006).

Výzkum vlivu dlouhodobého užívání ayahuasky na kognitivní funkce nepotvrdil jakékoliv zhoršení kognitivních nebo jiných psychických funkcí, ale naopak prokázal lepší výsledky v porovnání s kontrolní skupinou (Grob a kol., 1996, Callaway a kol. 1999). Tato zjištění potvrzuje i Beltrán (2007, s.22), který dochází ve své přehledové studii k závěru, že ayahuasca „nevytváří závislost a zdá se, že její kontinuální užívání nejen že nevede ke zhoršení exekutivních funkcí, ale dokonce způsobuje zvýšení bdělosti, zlepšuje percepční citlivost, umožňuje lepší vnímání sebe samého, flexibilizuje kognitivní funkce.“ Tato fakta podle jeho názoru podtrhují rozdíl mezi ayahuaskou a jinými drogami, které způsobují halucinace a kognitivní zhoršení, spojené s poškozením exekutivních funkcí, a také snížení schopnosti učit se.

### **Ayahuasca a rozvoj spirituality**

Některé studie zaměřily svoji pozornost na ayahuasku a její vliv na rozvoj spirituality. V průměru 30% lidí, kteří užívalo ayahuasku, popisuje hluboké spirituální zážitky (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008). Trichter (2006-7) sledoval osoby, které nikdy dříve nepožily ayahuasku, 6 měsíců po jejím požití v rámci sezení s peruánským šamanem v USA a Kanadě.

Tato studie měla smíšený design (psané zápisky účastníků, rozhovory, běžné kvantitativní metody, the Peak Experience Profile, the Spiritual Well Being Scale, the Mysticism Scale), který zahrnoval i kontrolní skupinu, která se nikdy ayahuaskového sezení nezúčastnila a která nebyla signifikantně odlišná v demografických charakteristikách od skupiny pokusné. Výzkum ukázal, že u více než 75% účastníků sezení vzrostl zájem o rozšíření jejich duchovních praktik nebo zahájení nových praktik. Jedinci, kteří zažili během sezení s ayahuaskou větší a pozitivnější vrcholné zážitky, také vykazovali větší a pozitivnější změny v jejich dlouhodobém duchovním well-being. V zápiscích účastníků sezení byla identifikována běžná spirituální témata, jako přítomnost světla a geometrických obrazců, pocit úcty, respektu, vděku a/nebo bázně, pocit spojení, osobní reflexe a vhledy a posvátnost v termínech vyšší síly nebo Boha.

Krippner a Sulla (2000) hledali prostřednictvím své studie odpověď na otázku, zda je možné najít spirituální obsahy ve zprávách z ayahuaskových sezení. Studie se zaměřila na skupiny uživatelů ayahuasky v Brazílii a využila metody „The Casto Spirituality Scoring System“ (CSSS; reliabilní nástroj navržený k hledání spirituálních obsahů ve zprávách o snech). Výsledky ukazují, že spirituální obsahy ve zprávách z ayahuaskových sezení nalézt lze, autoři na jejich základě přirovnávají ayahuasková sezení ke „spirituální psychoterapii“. Tato spirituální terapie se týká lidského utrpení, izolace, odcizení, chybění životního smyslu, existenciální viny a neschopnosti žít vlastní potenciál. Psychoterapeut může použít materiál z ayahuaskových sezení a pomoci tak klientovi.

### 3. Centrum Takiwasi

Centrum Takiwasi představuje model bezpečné práce se změněnými stavy vědomí při zachování kontextu tradiční medicíny obohaceném o prvky a poznatky současné vědy. Jedná se o terapeutickou komunitu zaměřenou na léčbu drogových závislostí, která vznikla v roce 1992 v Tarapotu, stotisícovém městě nacházejícím se na okraji peruánské Amazonie.

Koncept léčby v Takiwasi propojuje dvě základní východiska – amazonské tradiční léčitelství (šamanismus, curanderismus) a současnou psychoterapii, a to jak ve svém teoretickém východisku, tak i v praktikách, které jsou zde k léčbě drogově závislých užívány. Jedná se tedy o příklad, jak lze tyto dvě na první pohled vzdálená a odlišná paradigmaty propojit, aniž by došlo k jejich redukování nebo použití v nesprávném kontextu. Obě paradigmaty mají v modelu léčby rovnocenné a nenahraditelné postavení, vzájemně se doplňují a jsou po celou dobu léčby velmi úzce provázána.

Sekundárně se Takiwasi věnuje celé řadě činností, mezi nejvýznamnějšími výzkumu tradiční amazonské medicíny, shromažďování informací z této oblasti a jejich publicitě, primární a sekundární prevenci, organizaci sebezkušenostních seminářů pro odbornou veřejnost a mládež a pořádání odborných konferencí.

Vzhledem k tomu, že zde autorka pobývala na desetiměsíční vědecko-výzkumné stáži, staví tato kapitola mimo jiné na materiálu, který získala prostřednictvím zúčastněného pozorování.



Obr. č. 3: Lokalizace centra Takiwasi (zdroj internet).

### **3.1 Východiska, historie**

Centrum Takiwasi založil v roce 1992 francouzský lékař Jacques Mabit po mnoha letech výzkumu a vzdělávání se v problematice tradiční amazonské medicíny (Cárcamo, Obreque, 2008). Mabit poprvé navštívil Peru v roce 1981 kdy pracoval jako ředitel malé nemocnice v Lampě poblíž jezera Titicaca. Nepříznivé podmínky jako omezené finanční prostředky či nedostupnost lékařského materiálu ho přiměly zajímat se o zdroje místní, tedy o domorodou medicínu neboli curanderismus. Tento přístup ho zaujal svojí účinností, dostupností, rozmanitostí, finanční nenáročností i faktem, že byl velmi dobře kulturně přijímán i mezi domorodým obyvatelstvem. Navíc se přesvědčil, že je tato medicína mimořádně úspěšná i v případech, kde je účinnost medicíny západní velice omezená (Mabit, 2001a).

Začal se tedy amazonské tradiční medicíně hlouběji věnovat - nejprve prostřednictvím studia a odborného výzkumu, dále metodou zúčastněného pozorování, a nakonec se rozhodl plně se v této oblasti vzdělat a stát se „iniciovaným curanderem“. Po dobu šesti let tohoto vzdělávání putoval s José Campem, Peruáncem z And, původem z rodiny, kde se tradice curanderos předávala z generace na generaci, údolím řeky Upper-Huallaga a setkal se s více než 70 curanderos (Mabit, 1996). Během této doby se aktivně zúčastnil více než 350 ayahuaskových sezení (Mabit, Sieber, 2006).

Jako zkušený lékař a curandero pak v roce 1992 s finanční podporou francouzské vlády a Evropské unie (Mabit, 1992) otevírá neziskovou organizaci, centrum Takiwasi, nejprve koncipovanou jako výzkumný projekt, který si kladl za cíl:

- výzkum tradiční medicíny a její možné aplikace, zejména pak na oblast drogové závislosti
- komunikaci o tématu užívání a zneužívání psychoaktivních látek
- vzdělávání v této nové alternativě v psychoterapii
- navrhnout alternativní terapii drogové závislosti, která by byla rychlá, nenákladná, úspěšná a adaptovaná na země jižní polokoule
- zkoumat rostlinné zdroje Vyšší Amazonie za účelem záchrany rostlinných druhů s rizikem vyhynutí, speciálně léčivé rostliny, prozkoumat možnost nahrazení plantáží koky rostlinami léčivými, s cílem chránit ekologii Amazonie
- uchovat tradiční znalosti, obohatit naše znalosti o „know-how“ amazonských léčitelů a šamanů
- navrhnout centrum pro léčbu drogových závislostí interní i ambulantní formy

- pročistit cestu základnímu a aplikovanému výzkumu, který by umožnil lepší porozumění mozkovým a psychickým funkcím, jako jsou paměť a intuice
- vzdělávat se u místních terapeutů specializovaných na léčbu drogových závislostí, zejména pak u těch, kteří užívají k léčbě léčivé rostliny (Mabit, Giove, Vega, 1996).

To vše se souhlasem peruánské vlády, Ministerstva zdravotnictví, organizace Contradrogas a Mezinárodního institutu tradiční medicíny a v souladu s právními předpisy země, kde je užívání ayahuasky naprosto legální (El Peruano, 2008, July) i společensky akceptované (Mabit, Giove, Vega, 1996, Mabit, 2001a).

Lokalizace centra Takiwasi v městě Tarapoto nebyla náhodná. Region San Martin, kde se Tarapoto nachází, je peruánským největším producentem koky (kokainovníku pravého, *Erythroxylon coca*) a kokainové pasty (PBC). V 80. letech bylo údolí řeky Huallaga nacházející se v regionu San Martin dokonce největší jednotnou zónou pěstování koky na světě (Strong in Sieber, 2007). Není tedy překvapivé, že byl San Martin také znám jako oblast s nejvyšším výskytem drogové závislosti v Peru (Giove, 2002). Zároveň zde existovalo minimum institucí, které by se léčbě drogových závislostí věnovaly (Mabit, Sieber, 2006), s výjimkou omezených služeb nemocničních zařízení, která se zaměřovala na případy akutního ohrožení života, nebo církevních institucí nejasné struktury a často velmi pochybných praktik za hranicemi etických zásad. Tarapoto bylo také významným centrem tradiční amazonské medicíny. V současné době zde působí více než 500 curanderos (Giove, z korespondence).

### **Pohled na drogovou závislosti**

Kombinace zdrojů tradiční amazonské medicíny a soudobé psychoterapie požadovala navrhnout originální model centra, který v sobě zahrnuje prvky terapeutické komunity a tradičního přechodového rituálu, jež podstupují adolescenti domorodých kmenů jako formu iniciačního přechodu do dospělého života (Guirrimán, Saldaña, 2008).

Dá se tedy říci, že je centrum Takiwasi koncipované jako terapeutická komunita obohacená o rozměr tradiční amazonské medicíny. Tento rozměr se projevuje už v základním bodě celé léčby – pohledu na drogovou závislost a její příčiny. Ta zde bývá dávána do souvislosti s hledáním, spirituální krizí a absencí hodnot v naší společnosti.

Giove (in Mujica, 1997), jedna z klíčových zaměstnanců centra, předkládá pohled na závislost jako na špatný způsob hledání sama sebe. Naše společnost je charakteristická nedostatkem zájmu o duchovní stránku člověka. Tato stránka není v každodenním životě dostatečně ceněna

a neposkytujeme mladým lidem bezpečné a hodnotné prostředky, jak svoji duchovní stránku zkoumat a rozvíjet. To pak může vést k tomu, že se jedinec rozhodne hledat cesty, které by mu dovolily překročit hranice a tabu naší společnosti, vlastními prostředky. Jedním z nich může být i experimentování s drogami. Často se jedná o způsoby, které mu doporučí kamarádi nebo se rozhodne experimentovat na základě vlastního úsudku bez jakéhokoliv respektu k rostlině, ze které droga pochází, bez rituálu. Dotyčný si uvědomuje, že se dopustil hned několika prohřešků – vůči společnosti, vůči pravidlům jeho rodiny, vůči sobě samému, ale i vůči rostlině, která byla tradičně užívána pouze v rituálním kontextu, a proto ho tíží pocity viny. Tento přístup dává Giove do kontrastu s názorem západní společnosti, která na závislé pohlíží jako na nemocné, které se snaží vyléčit, případně jako na viníky, jež je třeba potrestat. Případným řešením je i zaměstnání prací - pacient je přinucen k takovému pracovnímu rytmu, že skončí den totálně vysílený a chce jenom spát. Tím se ale vyhýbáme řešení podstaty problému.

Mabit (1997) hovoří v souvislosti s drogově závislými o tzv. „kontrainiciaci“, kterou dává do kontrastu se šamanskou iniciací. Drogově závislý se nevědomě pokouší narušit bariéry všedního světa a překročit hranice racionální mysli, protože mu nenabízejí uspokojivé odpovědi na jeho existenciální nespokojenost. Tento jedinec se cítí v životě zle, zažívá trvalou frustraci, selhává v řešení každodenních problémů a nevidí ve svých osobních možnostech východisko ze své tíživé situace. V tomto nastavení se mu naskytne možnost experimentovat s drogami, „létat“, „přejít na druhou stranu“, mimo realitu, která je vnímaná jako nudná a šedivá, a tento jedinec je ochoten výzvu přijmout. Příchut' zakázaného jeho rozhodnutí podpoří, domnívá se, že odpověď na jeho otázky nalezne za hranicemi naší společnosti, ve světě, který je zakázaný a tabuizovaný. Tento krok je navíc posílen dvěma elementy: vzdorem vůči autoritám, od kterých nedostával potřebné city (afektivní zranění), a důvěrou ve své ego, ve vlastní sílu, ve „svoji hlavu“ (inflace ega, pýcha). Když prostřednictvím konzumace psychotropní látky naruší tento jedinec hranice běžného vědomí, zažije nový stav mysli, který je numinózní. Má posvátný charakter, a to jak v pozitivním tak i v negativním smyslu, takže dotyčný zažívá simultánně dva výrazné pocity: silný strach a fascinaci. Tato fascinace ho opájí a vzrušuje, je drogou hypnotizován, umožňuje mu zažít to, co překonává jeho dosavadní zkušenost. Zároveň s sebou však tato zkušenost nese silné pocity strachu – z jejího potenciálu, z pocitu vlastní bezvýznamnosti, z toho, že se přiblížil něčemu posvátnému a riskantnímu. Jedná se o „biblický strach“, něco, co ho silně děsí. Jedinec je tedy ve stavu silné ambivalence. Nedokáže ovládnout svoji silnou touhu znovu zažít fascinující zkušenost a ke konzumaci drog se vrací. Zároveň to však obnáší zážitky úzkosti, hrůzy, paniky. Toto vše



vytváří silný zážitek mystického charakteru, na který dotyčný není připravený ani v něm nemá průvodce, narozdíl od šamanismu, kde je dotyčná osoba provázena a k procesu iniciace dochází po malých krůčcích. Drogově závislí si spontánně vytvářejí ochranné rituály. Mají své ustálené pojmy, vžitá místa k užívání, mechanická gesta, která předcházejí samotné konzumaci. Velkým problémem, který nastává, když dotyčný silně překračuje hranice racionality, společenských konvencí a obvyklých percepčních limitů a mentálních schémat, je integrace této nové zkušenosti. Dotyčnému chybí patřičná ochrana, příprava i průvodce, a tak zde není žádná konkrétní možnost, jak zážitek integrovat, začlenit do jeho psychiky i do každodenního života. To vede dotyčného k osobní desintegraci a po té také k narušení jeho rodinného jádra a fungování ve společnosti. Ztrácí svoji orientaci, svůj kompas pro cestu životem.

V Takiwasi tedy chápou drogově závislého jako člověka, který je na cestě osobního hledání, jenom se zmýlil ve způsobu, jakým hledat. Je to někdo, kdo se chce obrátit a porozumět své afektivitě a kdo pro toto nenachází místo mezi stávajícími společenskými normami. V Takiwasi se snaží tuto touhu legitimovat a zbavit dotyčného pocitů viny, protože chtít se kontaktovat s duchovnem je oprávněné a v pořádku - to, co není v pořádku, je forma, kterou to dělal. Nabízí zde prostředky, jak tuto potřebu uspokojit zdravým a legálním způsobem pomocí provázení a rituálu.

### **3.2 Organizace, financování, legislativa**

#### **Organizace léčby**

Léčba v centru Takiwasi probíhá interní formou. Pacienti, maximálně 15, zde pobývají po dobu 9-12 měsíců a způsob jejich soužití je organizován zásadami terapeutické komunity. Interní forma léčby je určena pouze mužům s diagnózou závislosti na psychoaktivních látkách. Takiwasi přijímá pacienty jakéhokoliv kulturního původu a bez ohledu na sociální postavení (Mabit, Sieber, 2006).

Mimo to centrum Takiwasi nabízí také formu ambulantní. Ta je určena pro širokou veřejnost – muže i ženy, bez předem definovaného okruhu obtíží. Docházejí sem na terapii i děti a adolescenti, probíhá zde i terapie rodinná.

## **Personální obsazení**

Vedoucí pozice centra Takiwasi zastávají prezident centra a výkonný ředitel. Další zaměstnance lze rozdělit do několika velkých kategorií, které vzájemně úzce spolupracují:

- 1) curanderos
- 2) terapeutický tým – psychoterapeuti, ergoterapeuti
- 3) výzkumný tým – zaměstnanci biochemické laboratoře, psychologové, sociologové, antropologové, atd.
- 4) organizační zajištění – zaměstnanci knihovny, sekretářka, účetní, kuchařka, správce a zahradníci, hlídač, aj.
- 5) další externí zaměstnanci – psychologové a jiní odborníci, kteří vedou odpolední aktivity s pacienty, lékařka.

Mimo tyto stálé zaměstnance zde pravidelně pobývá několik výzkumníků a dobrovolníků z různých částí světa. Podobnou skladbu zaměstnanců centra popisují i další autoři (Harrington, 2008, Horák, 2010).

## **Legislativa a financování**

Legislativně bylo centrum Takiwasi založeno jako nezisková organizace (ONG) za finanční podpory francouzské vlády a Evropské unie. V dnešní době je již subjektem finančně zcela nezávislým na externích zdrojích.

Centrum vzniklo se souhlasem a podporou peruánské vlády, Ministerstva zdravotnictví, organizace Contradrogas a Mezinárodního institutu tradiční medicíny ((Mabit, Giove, Vega, 1996, Mabit, 2001a). Jeho velký přínos pro zemi byl oceněn již řadou prestižních ocenění místních i mezinárodních. Jako jedna z mála terapeutických komunit v Peru má Takiwasi legální statut zdravotního centra a uznání Regionálního odboru ministerstva zdravotnictví pro region San Martin (Cárcamo, Obreque, 2008).

Užívání ayahuasky je podle peruánského zákona zcela legální. Peruánské Ministerstvo zdravotnictví uznává obrovský potenciál zdrojů dostupných skrze domorodé šamanské léčitele a podporuje výzkum tradiční medicíny prostřednictvím Národního institutu tradiční medicíny (INMENTRA) (Mabit, Sieber, 2006). V roce 2008 byly ayahuasca a ayahuaskový rituál mimo jiné zásluhou Dr. Rosy Giove, M.D. z centra Takiwasi oficiálně uznány zákonem za součást kulturního dědictví Peru (El Peruano, 2008, July). Zákon tedy zaručuje jejich ochranu a podporu praktikování ayahuaskového rituálu a odborného výzkumu v této oblasti. To vše v souladu s úmluvou o biodiverzitě, kterou vydalo v roce 1992 OSN, a která říká, že

„znalosti tradiční medicíny lokálních komunit nebo etnobotanické znalosti, mohou být registrovány nebo chráněny jako obchodní tajemství“ (Sampath, 2007, s. 177, cit. Sieber, 2007, s. 103).

V otázce financování je Takiwasi od roku 1997 (Harrington, 2008) subjektem nezávislým na externích zdrojích. Finanční prostředky pro jeho chod získává centrum několika cestami:

- platby pacientů za léčbu
- organizace sebezkušenostních seminářů
- prodej produktů přírodní medicíny vyráběných v Takiwasi
- organizace odborných konferencí
- sponzorské dary

Léčbu v Takiwasi si pacienti financují, v případě hmotné nouze však mohou požádat o částečné nebo úplné stipendium centra Takiwasi, které náklady na léčbu částečně až plně pokryje. Finální výše platby je tedy stanovena na základě finanční situace každého konkrétního pacienta.

### **3.3 Principy léčby**

Léčba v Takiwasi je charakterizována čtyřmi základními principy, které vycházejí jednak z tradice amazonské přírodní medicíny a jednak z filozofie zakladatelů centra (Giove, 2002):

- otevřenost – pacient může v kterékoliv fázi odejít
- dobrovolnost
- apolitičnost
- bez vyznání – pacienti nejsou nuceni k žádnému náboženskému vyznání

Jako další zásady uvádí Giove (in Mujica, 1997):

- neužívat léky farmaceutického původu (kromě naléhavých případů)
- neužívat donucovací prostředky
- snaha změnit životní styl pacientů
- zprostředkovat pacientům jejich sebepoznání
- tendence pomoci pacientům znovuobjevit jejich duchovní dimenzi a rozvíjet ji
- vždy stejný postup léčby – nejprve zaměřený na tělo, potom na mysl a nakonec na duchovní rovinu
- hluboká úcta k přírodě

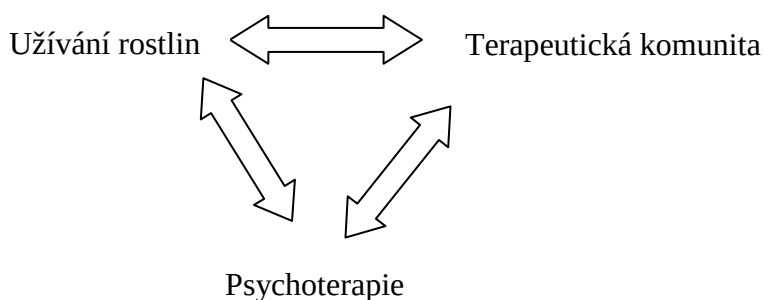
- zachovávání tradičních hodnot a jejich spojení s hodnotami novými

Všechny tyto principy jsou v Takiwasi dodržovány a hluboce respektovány. Tvoří rámec celé terapeutické práce.

V kontrastu s mnoha přístupy k léčbě závislostí je také fakt, že model centra Takiwasi není založený na abstinenci – „respektuje vrozenou potřebu závislého experimentovat se změněnými stavy vědomí a vybavuje ho bezpečnými a závislost nezpůsobujícími prostředky, jak toho dosáhnout“ (Mabit, Sieber, 2006).

### 3.4 Pilíře léčby

Koncept léčby v Takiwasi je postaven na třech pilířích, které jsou v interakci a vzájemně se vyživují a doplňují – život v terapeutické komunitě, psychoterapie a užívání rostlin.



Obr. č. 4: Koncept léčby v Takiwasi.

Obsahy, které pacienti získají prostřednictvím zkušeností s užíváním rostlin, jsou zpracovávány pomocí psychoterapie a integrovány do každodenního života v komunitě (Aedo, 2009). Život v komunitě a podněty z psychoterapie zase naopak přinášejí potřebný materiál do práce s rostlinami nebo jsou podkladem pro „předepsání“ konkrétní rostliny pacientovi (Cárcamo, Obreque, 2008). Tak z těchto tří elementů vzniká dobře fungující terapeutický model, ve kterém má každá složka své nezastupitelné místo (Giove, 2002).

#### 3.4.1 Život v komunitě

Jedním ze základních pilířů léčby v Takiwasi je komunitní život. Komunitu definuje Kratochvíl (2006, s. 215) jako „zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie“, kde se společný program zaměřuje tak, aby pacientům umožňoval „promítnout do tohoto malého

modelu společnosti problémy ze svého vlastního života, zejména vztahy k lidem různého věku, pohlaví, postavení a různých povahových vlastností, získat zpětné informace o působení vlastního chování na jiné a tak dosahovat náhledu na vlastní podíl na vytváření problémů, prožít určitou korektivní emoční zkušenost a nacvičovat vhodnější adaptivní formy chování.“ Hlavním smyslem terapeutické komunity je být místem změny. Terapeutická komunita vrací problém tam, odkud přišel, tedy do sítě interpersonálních vztahů. „Problémy a obtíže, které v dřívějších interpersonálních kontextech vznikly a udržovaly se, se mohou měnit „ted’ a tady“, v přítomnosti a v tomto terapeuticky působícím interpersonálním kontextu“ (Kalina, 2008b, s. 85).

Terapeutickou komunitu můžeme chápat ve dvou základních významech (Ibid.). Tím prvním je rozměr společenství, tedy organizované, strukturované a bezpečné sociální prostředí, v němž se utváří síť vztahů a setkání, které poskytují bezpečný emoční prostor. Toto společenství má svá pravidla, hodnoty, principy a podporuje proces změny. Druhý význam terapeutické komunity je rozměr terapeutický. Ten kromě vlastního dlouhodobého pobytu v takto strukturovaném společenství spočívá v tom, že „každodenní život společenství, prožívání a chování jednotlivců, jejich vyrovnání se se strukturou, pravidly a ostatními členy se stává základním materiálem terapie. Na rovině terapie se veškeré dění a procesy společenství neustále reflektují, objasňují a konfrontují“ (Ibid., s. 19).

Život v komunitě odráží vnější svět, projevuje se zde povaha jednotlivých pacientů, jejich zvyky, zlozvyky a vzorce fungování. „Komunita je jako mikrosociálnost, kde dochází k amplifikaci mezilidských vztahů. Jak pacienti, tak i terapeuti zde mohou pozorovat mechanismy, které si každý vytvořil, aby čelil životu“ (Mabit, 2001a). Pacienti zde znovu zakoušejí vztahové obtíže z minulosti, všechno, co se mezi členy komunity přihodí během jejich společného života, je využíváno jako příležitost k učení (Kalina, 2008b). Dochází zde k vytvoření intenzivních vztahů mezi pacienty, kteří si nepřetržitě poskytují zpětnou vazbu. To jim umožňuje nasbírat materiál a podněty, které pak mohou dále zpracovávat v rámci psychoterapie nebo během práce s rostlinami (Harrington, 2008). Mají zde také možnost uvést do praxe to, co se o sobě dozvěděli, učit se novým způsobům chování a vztahování se k druhým. Aplikovat naučené v každodenním životě považuje Aedo (2009) za nutnou podmínku pro uzdravení.

Z Kooymanem (1992) uváděných léčebných faktorů terapeutické komunity se podle výzkumu Hrubého (in Kalina, 2008b) jako nejvíce pomáhající při pobytu v terapeutické komunitě přesahujícím dobu 6 měsíců jeví následující:

- učení se prostřednictvím krizí

- sociální učení na základě sociální interakce
- učení se porozumět emocím a vyjadřovat je
- zodpovědnost klientů za jejich chování
- zlepšení vztahů s původní rodinou

Mezi tyto faktory můžeme ještě zařadit další dva významné léčebné faktory společné všem klientům terapeutických komunit bez ohledu na délku pobytu - bezpečné prostředí pro růst a zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot. Všechny tyto faktory jsou pro efektivní proces terapie potřebné stejnou měrou.



Obr. č.4: Takiwasi - budova pacientů (foto z archívu Takiwasi).

### Aktivita

Během soužití v komunitě jsou pacientům nabízeny aktivity, které jim umožňují zažívat život, jež se podobá běžnému domácímu životu (Cárcamo, Obreque, 2008). Mnozí z nich zde poprvé účastní běžných aktivit jako jsou vaření, úklid, praní, práce na zahradě nebo společné jedení. Pacienti mají pravidelný, časově strukturovaný program, který zahrnuje práci, psychoterapii a jiné formy sebezvojevých aktivit, sezení s rostlinami a volný čas. Ačkoliv se konkrétní náplň programu každý týden mírně liší, jeho struktura zůstává vždy stejná:

| Čas           | Aktivita                                                                                                                                |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6:30 – 7:30   | vstávání, ranní hygiena, prostor pro případnou rozcvičku nebo meditaci                                                                  |
| 7:30          | snídaně, rozdělení pracovních povinností                                                                                                |
| 8:00 – 13:00  | ergoterapie (práce v centru), v pondělí a v pátek ranní komunita, pacienti průběžně odcházejí na individuální sezení s psychoterapeutem |
| 13:00 – 15:00 | oběd a následná siesta, osobní volno                                                                                                    |
| 15:00 – 18:00 | odpolední semináře (viz. kapitola 3.4.2)                                                                                                |

|               |                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------|
| 16:00 – 18:30 | jednou týdně pro některé pacienty purgativní sezení |
| 18:00         | v úterý a ve čtvrtek mše, účast dobrovolná          |
| 18:30 – 20:00 | večerní setkání skupinové psychoterapie             |
| 20:00 - 22:00 | osobní volno                                        |
| 21:00         | jednou týdně (úterý nebo pátek) ayahuaskové sezení  |

Tab. č. 1: Komunitní program centra Takiwasi.

Jak je patrné, velkou část programu pacientů tvoří kromě psychoterapeuticky orientovaných aktivit i ergoterapie, která se zaměřuje na práce nutné pro chod centra jako je úklid pokojů a společných prostor, vaření, práce na zahradě nebo pečení chleba. Pacienti se jejím prostřednictvím učí nejen plnit své povinnosti, ale také stanovovat si konkrétní a reálné cíle s ohledem na své schopnosti a limity (Horák, 2010). Mimo to mají pacienti povinnost udržovat si v čistotě a pořádku své věci a osobní prostor. To vše napomáhá posílit jejich vnitřní strukturu (Giove, 2002). Tuto práci vykonává společně s pacienty i psychoterapeut, který ji má ten den v popisu práce, což napomáhá upevnění a zlepšení vztahů mezi psychoterapeuty a pacienty (Harrington, 2008).

Kalina (2008b) uvádí, že práce související s každodenním životem komunity je běžnou součástí programu všech terapeutických komunit. Její význam spatřuje v následujícím:

- díky podílu na každodenních úkolech se členové cítí být cennou částí komunity
- možnost získat nezbytné dovednosti k samostatnému a zodpovědnému životu a důvěru k jejich využití
- při práci na sdíleném úkolu se ukáží mezilidské problémy, a to mnohem jasněji než při skupinové diskuzi, které se pak mohou probrat na skupinovém setkání

Práce jakožto součást léčby také posiluje hodnoty v léčebném programu, posiluje sebeúctu a sociální odpovědnost klienta, slouží k projevení i korekci postojů a vztahů týkající se práce, podporuje získání postojů a interpersonálních dovedností jako jsou spolupráce, vyrovnávání se s autoritami, přijímání kritiky, atd. (Ibid.)

## Pravidla

Po dobu léčby jsou pacienti povinováni dodržovat určitá pravidla. Jedná se v zásadě o dvě skupiny pravidel :

1. pravidla spojená s pobytem v komunitě

## 2. pravidla spojená s léčbou tradiční medicínou

Pravidla spojená s pobytem v komunitě se podobají kardiálním pravidlům terapeutických komunit našeho typu. Patří sem například zákaz užívání, držení a distribuce návykových látek, zákaz fyzického násilí a jiných projevů násilí, zákaz opuštění komunity bez svolení terapeuta, podílení se na chodu komunity vlastní prací, dodržování denního režimu. Mimo to zde platí zákaz kontaktu a komunikace s rodinou po první tři měsíce léčby.

Pravidla spojená s léčbou tradiční medicínou vychází ze systému opatření a doporučení spojených s ritualizovaným užíváním léčivých rostlin založeným na více než tisícileté tradici amazonského domorodého léčitelství. Mezi nejzásadnější pravidla patří sexuální abstinence (včetně masturbace), zákaz užívání alkoholu a zákaz konzumace některých potravin (chilli, vepřové maso, kořeněná jídla, smažené pokrmy) (Aedo, 2009). Užívání rostlin tradičním způsobem také klade nároky na pravidelný a klidný život bez silných vnějších podnětů jako jsou například hluk, smog nebo velké množství lidí.

### 3.4.2 Psychoterapie

Psychoterapie v Takiwasi je srovnatelná s psychoterapií v jiných centrech pro léčbu závislostí (Harrington, 2008). Probíhá zde jak formou individuální (jednou týdně nebo častěji v případě akutní potřeby), tak i formou skupinovou. Její zaměření odpovídá zaměření konkrétního terapeuta, který má pacienta v péči (např. gestalt, racionálně-emoční psychoterapie, analytická psychoterapie).

Na rozdíl od psychoterapie v běžném pojetí jsou cenným materiálem pro práci s klienty obsahy „vizí“ z ayahuaskových sezení. Mimo to u pacientů dochází k markantnímu zvýšení snové činnosti – jejich sny jsou mnohem intenzivnější, častější a zřetelnější. Na povrch se tak vynořují potlačené vzpomínky, zapomenutá traumata, staré události (Mabit, 1997), které se stávají důležitými podklady pro psychoterapii. Ta pacientům pomůže těmto zážitkům porozumět, prohloubit je a integrovat do každodenního života. Praktiky šamanismu zde tedy mimo jiné slouží jako facilitátor psychoterapie (Aedo, 2009).

Klíčovou roli při psychoterapii hraje vztah mezi pacientem a jeho psychoterapeutem. Ten je posilován mimo jiné i společnou účastí na ayahuaskovém sezení. Společný prožitek a možnost poznat psychoterapeuta z „lidské“ stránky umožňuje pacientovi sdílet s psychoterapeutem otevřeněji své zkušenosti a prokazatelně zvyšuje jeho respekt k němu (Harrington, 2008).



Mimo individuální a skupinové psychoterapie nabízí Takiwasi řadu aktivit, ve kterých mají pacienti možnost poznávat sami sebe i ostatní pacienty, rozvíjet se a zpracovávat témata, která aktuálně řeší. Tyto aktivity také nabízejí prostor pro manifestaci nových pochybností a konfliktů vnitřních i interpersonálních.

Aktivity, které pravidelně pod vedením psychoterapeuta nebo jiného odborníka realizovali pacienti v době mé stáže v centru Takiwasi, byly například:

- **Ranní komunity** („*Matitunas*“) – pravidelná ranní komunitní setkání s frekvencí dvakrát týdně. Komunitu vedl vždy jeden pacient, který si na úvod připravil krátké vyprávění týkající se osobního tématu, jež právě řeší (například „můj vztah s otcem“, „já a ženy“, „porušování pravidel“, „můj vztah k heroinu“). Dále zde pacienti referovali o tom, jak se jim během doby uplynulé od poslední ranní komunity dařilo plnit pracovní povinnosti v komunitě, byl zde prostor pro jejich žádosti (prosby) směrem k ostatním pacientům a personálu a k vyjádření poděkování a ocenění nebo naopak kritiky vůči některému z pacientů. Na závěr komunity si pacient, který ji vedl, připravil krátký oddychový program (např. společná hra, četba krátkého úryvku z knihy, recitace poezie, zpěv písně, hra na hudební nástroj).
- **Sezení zaměřená na soužití** („*Convivencia*“) – setkání pacientů zaměřená na problémy týkající se společného soužití. Zde se naskytá prostor pro ventilování emocí, které k sobě pacienti cítí, jak pozitivních, tak i negativních, pro vzájemnou konfrontaci, pro řešení interpersonálních konfliktů. Pacienti se učí otevřeně diskutovat o tom, co je tíží, dávat najevo své emoce, přiznat své chyby, konstruktivně kritizovat a řešit problémy (Guirrimán, Saldaña, 2008, Horák, 2010).
- **Pre-ayahuasková sezení** – setkání konající se v den ayahuaskových sezení, která pomáhají pacientům lépe se na tato sezení připravit a naladit. Diskutují zde o tématech, na která by se rádi během nočního ayahuaskového sezení zaměřili, případně o svých očekáváních a obavách.
- **Post-ayahuasková sezení** – zde pacienti sdílí své zkušenosti z předchozího ayahuaskového sezení, pod vedením psychoterapeuta rozebírají a interpretují své „vize“ a další materiál, který během sezení nasbírali. Post-ayahuaskovému sezení předchází vyplnění post-ayahuaskového protokolu, kde každý pacient písemně odpovídá na strukturovaný dotazník zaměřený na zážitky z posledního ayahuaskového sezení (zda cítil účinky ayahuasky a jak, jaké pro něho sezení bylo, jaké bylo vedení curanderos, co viděl, jaké u toho prožíval emoce, jaké ho napadaly myšlenky, co se

během sezení naučil, jaké si přinesl závěry a poučení, zda po sezení dobře spal, jaké měl po sezení sny a další otázky). Součástí je i kresba obrázku týkajícího se ayahuaskového sezení.

- **Seminář o snech** – seminář zaměřený na skupinový výklad snů pacientů, který se koná jednou týdně.
- **Seminář pohádek** – seminář vycházející z teorie analytické psychologie. Vždy se čte a rozebírá jedna pohádka nebo mýtus, jakožto archetypální obraz určité lidské kvality nebo situace. Pacienti pak s příběhem dále pracují, hledají v něm sami sebe, tvoří svůj vlastní příběh.
- **Seminář výroby masek** – pacienti vyrábějí masky, které reprezentují jejich pozitivní a negativní stránku. S těmito maskami se dále pracuje na konci léčby během rituálu pálení masek.
- **Seminář otcovství** – seminář, který se věnuje tématu otcovství – vztahu pacientů s otcem, jejich otcovské roli nebo přípravě na ni. Seminář je veden částečně formou diskuze, částečně se zde pracuje s různými materiály věnujícími se tématu otce – filmovým materiálem, příběhy, písněmi, aj.
- **Seminář s duchovním** – dobrovolný seminář zaměřený na hovory o duchovních tématech. Katolický farář zde hovoří s pacienty o otázkách víry, zodpovídá jejich dotazy, vede pacienty k otevřené diskuzi.
- **Muzikoterapie** - seminář pod vedením muzikoterapeuta. Je zde využíváno léčebného působení hudby, která pacientům umožňuje prožívat silné emoce, o kterých pak v druhé části semináře hovoří.
- **Biotanec (biodanza)** – metoda, kterou vynalezl chilský profesor Rolando Toro Arenda, hojně rozšířená a používaná po celém jihoamerickém kontinentu. Dobře zvolené hudební nahrávky dovolují pacientům fyzicky procítit své emoce a vyjádřit se.
- **Meditace** – skupinové meditace se v Takiwasi konají jednou týdně. Pomáhají pacientům urovnat si své myšlenky a pocity, uklidnit se, zlepšují jejich schopnost koncentrace. Mimo to někteří pacienti meditují pravidelně individuálně ve svém volném čase.
- **Jóga** – jednou týdně cvičí pacienti jógu pod vedením zkušeného certifikovaného trenéra. Ta jim pomáhá zlepšit fyzickou kondici a podobně jako meditace působí příznivě i na jejich psychiku.
- **Výcvik karate**

- **Sportovní aktivity** – dvakrát týdně věnují pacienti dvě hodiny odpoledne sportu. Činnosti se mění na základě preferencí pacientů, jedná se například o volejbal, fotbal, procházku, plavání.
- **Kurz práce se dřevem**

Všechny tyto aktivity pomáhají pacientovi poznat důkladněji sám sebe i ostatní pacienty a prohloubit vztahy s nimi. Primárním cílem těchto aktivit je podle Horáka (2002, s. 81) „poskytnout pacientům prostor pro sebereflexi, integraci zážitků z terapeutických sezení, skupinovou práci a relaxaci“.



Obr. č. 6: Skupinová psychoterapie v Takiwasi (foto z archívu Takiwasi).

## Rituály

Během devíti měsíců léčby prochází pacienti také různými rituály, které čerpají z rituálů domorodých kmenů Amazonie. Užití rituálu v kontextu terapeutické komunity není ničím novým ani neobvyklým. Podle De Leona (2002) je terapeutická komunita vysoce ritualizované prostředí. Kalina (2008b) uvádí, že jsou rituály v terapeutické komunitě všudypřítomné a souvisejí s jejím spirituálním a sebepřekračujícím rozměrem. Tyto rituály mají několik významných funkcí. Podle Horáka (2011, s. 50) „slouží v první řadě k naznačení přechodu mezi „dříve“ a „potom“; k vystoupení z lineární struktury času do určitého momentu „bezčasí“, kde má člověk možnost zrekapitulovat své dřívější činy a zamyslet se nad budoucností“. Jako další funkce uvádí Horák (Ibid.) zpečetění závazku ke komunitě (člověk potvrzuje, že je součástí společenství, začleňuje se do kolektivu a udržuje s ním soudržnost, zvyká si na dodržování společenských pravidel a norem), prohloubení kontaktu s přírodou a upevnění spirituality člověka.

Z perspektivy kulturní antropologie spočívá hlavní význam rituálů v terapeutické komunitě v tom, že (Kalina, 2008b):

- pomáhají překlenout obtížné životní situace
- umožňují jednotlivci začlenit se bezpečným způsobem do společenství a ztotožnit se s ním
- upevňují společenství
- dávají společenství sebepřesahující smysl

Kalina (Ibid.) dále uvádí, že celý pobyt pacienta v terapeutické komunitě můžeme symbolicky chápat jako „velký rituál přechodu“, což odpovídá koncepci modelu léčby v Takiwasi, která právě z přechodových rituálů kmenů peruánské Amazonie vychází.

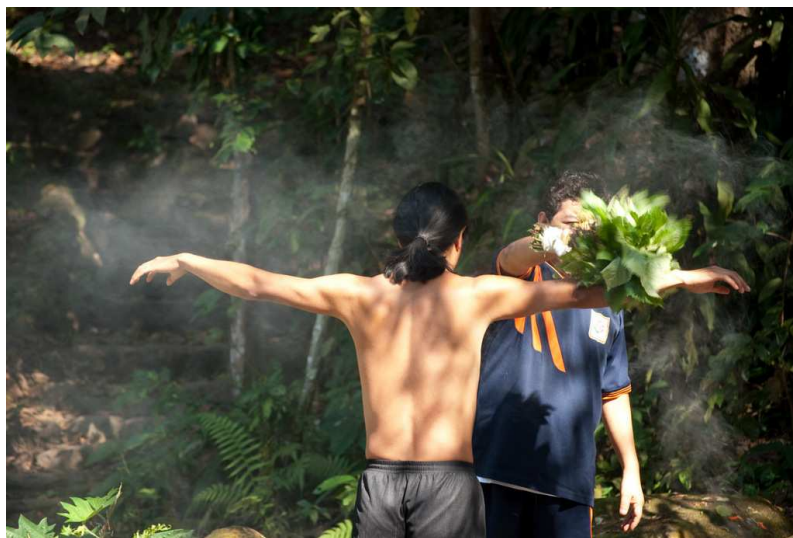
Léčba v Takiwasi je rituály kontinuálně doprovázena. Některé z rituálů se týkají všech pacientů, jiné jsou indikovány „na míru“ konkrétnímu pacientovi na základě povahy jeho obtíží. Tyto rituály popisují v souladu se zkušenostmi autorky i Horák (2010) a Guirrimán se Saldaňou (2008) a patří mezi ně například:

- **Rituál přechodu** – ukončuje pacientův pobyt v izolaci a předchází přijetí pacienta do komunity mezi ostatní pacienty. Pacient připraví uprostřed kruhu z kamenů oheň a na papír sepíše, co by chtěl jeho prostřednictvím očistit a zničit, co reprezentovalo jeho minulý život se závislostí. Teto papír pak nahlas za chůze pozadu čte a nakonec pálí, může spálit i předmět, který pro něho symbolizuje jeho minulost (například oblíbenou mikinu, ve které chodíval na večírky, župan, který na sobě míval, když doma užíval kokain, náramek, který dostal od svého dealera). Potom čte další připravený list, tentokrát za chůze kupředu, na kterém sepsal svůj závazek léčit se, hovoří o motivech, proč se chce léčit a co mu dává sílu. To vše za přítomnosti ostatních pacientů a terapeutického týmu, kteří svojí přítomností a bubnováním vyjadřují podporu pacienta na jeho další cestě. Na konci rituálu pacient dostane nový oděv (bílé kalhoty a košili), ve kterém se pak účastní ayahuaskových sezení.
- **Rituál „zavázání se“** – zhruba po měsíci léčby (před odchodem na první dietu) čeká pacienta „rituál zavázání se“. Pacient, vědom si už plně nároků a obtížnosti léčby zde přijímá před svědky závazek dodržovat pravidla centra a absolvovat

kompletní program léčby. Tento závazek stvrzuje i podpisem oficiálního dokumentu. Rituál se odehrává v místní kapliče s oltářem Panny Marie pod otevřeným nebem. Po přečtení textu oficiálního dokumentu, který popisuje pacientovy závazky vůči centru, pacient jmenuje pět osobních důvodů k léčbě. V druhé fázi rituálu je pacientovi přidělen „patron“, někdo ze zaměstnanců centra, obvykle curandero nebo člen terapeutického týmu, který mu bude během léčby oporou. Ten pak pacientovi zapálí svíčku a společně ji umístí na oltář. Na závěr rituálu zúčastnění pacienta objímají, vítají v léčbě a mohou mu něco popřát. Pacient má pak prostor na rozjímání o samotě.

- **Rituál vody** – rituál vody podstupuje každý pacient v jinou dobu v souladu s jeho pokroky v léčbě a pomáhá zpracovat potlačované pocity, zejména agresivního ladění (hněv, vztek, zuřivost, aj.). Pacient oblečený pouze v plavkách je vystaven jemnému „mlácení“ divokou odrůdou kopřivy (ishangeada). To vyvolává fyzicky silně nepříjemné a iritující pocity svědění a bolesti, které pak následně stimulují i silnou frustraci psychickou. Když se tyto pocity v pacientovi nakumulují, pacient ze všech sil zakřičí a tím dá těmto pocitům průchod a možnost vyjít ven. Nakonec se ponoří do řeky, kde své tělo zchladí (a tedy nepříjemné pocity utiší) a symbolicky očistí (negativní pocity společně s vodou v řece symbolicky odplouvají).
- **Rituál země** – tento rituál následuje druhý den po rituálu vody. Jedná se o náročný a velmi silně prožívaný rituál. Pacient má za úkol brzy ráno vstát a vlastníma rukama si vykopat díru v zemi, která symbolicky reprezentuje hrob. Později, během rituálu, se do této jámy pacient položí a zasype se celý hlínou. Dýchá pouze pomocí slámky, která vyčnívá ven. Tento rituál umožňuje prožitek symbolické smrti, kdy umírají negativní aspekty pacienta, a znovuzrození. Pro mnohé pacient byl tento rituál klíčovým okamžikem léčby, který jim pomohl například „pohřbít“ závislost na matce, zbavit se strachu, rozloučit se navždy s drogou a její konzumací nebo navázat hlubší kontakt s Bohem. Rituál bývá provázen silnými emocemi - na počátku převládají pocity úzkosti, strachu až paniky a nakonec katarze, očištění, klidu, úlevy a důvěry.
- **Pálení masek (rituál ohně)** – tento rituál se realizuje na konci pacientova terapeutického procesu, krátce před etapou znovuzачlenění do společnosti. Během semináře výroby masek vyrábějí pacienti dvě masky – jedna představuje pozitivní stránku jejich osobnosti, druhá negativní. Na konci léčby se maska reprezentující

negativní aspekt pacienta symbolicky pálí s cílem umožnit pacientovi navždy opustit a zanechat to, co mu brání v životním rozvoji.



Obr. č. 7: Rituál vody („ošlehávání“ pacienta divokou odrůdou kopřivy) (autor Miroslav Horák).

Mimo tyto jednorázové rituály se pacienti setkávají pravidelně s rituály, které jsou součástí ayahuaskových sezení, sezení s podáváním purgativních rostlin, pobytu na dietě a dalších aktivit. Dobrovolně se pacienti také mohou účastnit mše, která se koná dva až třikrát týdně v malém kostelíku v centru pod vedením katolického faráře. Potřeba duchovního života se během procesu léčby stává naléhavou pro většinu pacientů. Zjištění, že má spiritualita v rehabilitačním programu Takiwasi své nezastupitelné místo, potvrzuje i Horák (2010). Jeden z respondentů jeho studie, psycholog pracující v Takiwasi, roli náboženství při léčbě drogově závislých spatřuje v tom, že „v první řadě dodává pacientům smysl života. Ve druhé jim umožňuje zpracovat témata, která se jim v psychoterapii či s rostlinami nepodařilo vyřešit. Jde o odpuštění, usmíření a osvobození“ (Ibid., s. 102). Harrington (2008, s. 8) hovoří o spiritualitě jako o klíčovém prostředku k uzdravení pacientů: „Cílem léčby je objevit „něco víc“, co by pacientovi pomohlo překonat jeho závislost. Pokud najde něco, co je větší než on, co ho převyšuje, bude schopen zaplnit velkou díru, kterou dříve zaplňoval pomocí drog.“ Spiritualitou však není nutně chápána příslušnost ke konkrétní církvi nebo organizovanému systému. Jedná se například o pocit hlubokého spojení s přírodou nebo změnu pohledu na sebe samého.

Vzhledem k tomu, že převážná část populace Peru vyznává římsko-katolickou víru – podle informací Ministerstva zahraničních věcí České republiky 81,3% (Peru, 2011) podobně jako i

zakladatelé centra, jsou mše v Takiwasi orientované právě tímto směrem. Otázka víry je naprosto dobrovolná a svobodná a žádný pacient není ke katolické náboženské orientaci nikterak nucen ani pobízen. Každý ji zpracovávám svým způsobem. Zatímco někteří pacienti přijali během pobytu v centru svátost křtu, jiní našli opětovně cestu k Bohu a usmířili se s ním a další podstupovali dlouhodobý duchovní boj.

### **3.4.3 Užívání rostlin**

Používání léčivých rostlin tradičního amazonského léčitelství je neodmyslitelnou součástí konceptu léčby nabízené centrem Takiwasi. Užívání rostlin pacienty provází po celou dobu léčby, preference konkrétní rostliny se pak odvíjí od procesu každého konkrétního pacienta – jeho pokroku, změn a chování během léčby.

Vhledem k tomu, že se jedná o pro nás poněkud vzdálený a „exotický“ přístup a také vzhledem k faktu, že se právě na tento fenomén disertační práce zaměřuje, věnujeme užívání rostlin v léčbě více prostoru v podobě samostatné kapitoly.

## **3.5 Užívání rostlin v léčbě**

Podávání extraktů z rostlin je jedním ze stěžejních pilířů modelu léčby nabízené centrem Takiwasi (Giove, 2002). Tento pilíř vychází z tradiční amazonské medicíny (šamanismu, curanderismu) a opírá se nejen o znalosti účinků konkrétních rostlin, ale také o způsob jejich podávání – vždy spojené se striktním dodržováním pravidel a doprovázené odpovídajícím rituálem.

Pro pacienty pocházející z Peru a sousedních zemí je systém léčby založený na užívání léčivých rostlin a práci se změněnými stavy vědomí tématem známým, sociálně akceptovaným a legálním. Jinak je tomu s pacienty ze západního světa (myšleno Evropy a USA). Pro ty může být na začátku léčby obtížné procesu léčby porozumět, nicméně jej akceptují (Cárcamo, Obreque, 2008).

V Takiwasi je k léčbě používáno více než 50 druhů rostlin (Harrington, 2008). Tyto rostliny můžeme rozdělit do tří základních kategorií:

- 1) rostliny s purgativním<sup>3</sup> účinkem – používané během purgativních sezení sloužící především k fyzické detoxikaci se sekundárním psychologickým účinkem

---

<sup>3</sup> purgativní = čistící; v kontextu léčby v Takiwasi chápáno jako rostliny s vomitivním účinkem (vyvolávající zvracení)

- 2) ayahuasca – používaná během ayahuaskových sezení, jejíž schopnost měnit stav vědomí je zde využívána především k psychoterapeutickým účelům
- 3) rostliny užívané na dietě („*plantas maestras*“) – rostliny s mírným psychoaktivním účinkem užívané během izolovaných pobytů v džungli zaměřených na hlubokou psychologickou práci

Tyto tři skupiny rostlin jsou užívány kontinuálně a paralelně po celou dobu léčby, i když v každé její fázi určitá skupina dominuje. O tom, že užívání rostlin v léčbě není pouze jejím doplňkem, ale je jedním ze základních pilířů, svědčí i frekvence jejich používání. Statistika Giove (2002) z let 1992-1999 ukazuje počet procedur spojených s užíváním rostlin v těchto letech při celkovém počtu 329 pacientů:

| Procedura          | Počet procedur | Počet individuálních zkušeností |
|--------------------|----------------|---------------------------------|
| purgativní sezení  | 456            | ?                               |
| ayahuaskové sezení | 731            | 8071                            |
| dieta              | 88             | 594                             |

Tab.č. 2: Užívání rostlin v Takiwasi v letech 1992 - 1999 (Giove, 2002).

Jak ukazuje tabulka, užívání rostlin v léčbě hraje v terapeutickém modelu Takiwasi klíčovou roli a je založené mimo jiné na bohaté zkušenosti.

Jiné rozdělení typu rostlin používaných v Takiwasi nabízejí Cárcamo a Obreque (2008), kteří uvádějí, že během léčby můžeme rozlišit dvě velké etapy:

- 1) desintoxikaci – vyčištění organismu pacienta, stabilizace, snížení abstinenčního syndromu, odpoutání od chemicko-farmaceutické medikace
- 2) práci s osobními a vnitřními problémy

Tyto etapy na sebe plynule navazují a někdy se vzájemně překrývají a jejich zaměření odpovídají i příslušné užívané rostliny. Léčivé rostliny člověku nejen umožňují detoxikaci a „očistu“ na všech úrovních (fyzické, psychické, spirituální), ale také uvědomit si své chování a opětovně nastolit rovnováhu organismu (Ibid.).

Obdobný význam přisuzují užívání rostlin i pacienti centra. Ve studii Aedo (2009) charakterizují užívání rostlin jako „velkou pomoc při procesu léčení“ (s. 66). Rostliny podle



jejich zkušeností člověka učí, ukazují, co by se mělo dělat během procesu nebo v budoucnu, pomáhají poznat sama sebe a znovu se spojit s přírodou a vlastním životem. Curanderos navíc doplňují, že užívání rostlin rozpoutává a urychluje proces učení a umožňuje dostat se rychle ke kořenům problémů, což facilituje léčbu. O roli rostlin v modelu léčby Takiwasi jakožto katalyzátoru psychologické transformace hovoří i Mabit a Sieber (2006).

Sieber (2007) spatřuje hlavní benefity užívání rostlin v léčbě ve třech oblastech:

- vybavování vzpomínek – během všech typů žívání rostlin dochází ke spontánnímu vyplavování hluboce uložených vzpomínek pozitivního i negativního (často traumatického) charakteru
- reflexe pocitů úzkosti – dochází k uvědomění si těchto pocitů, konfrontaci s nimi a často i k odhalení jejich původu a vlivu na život pacienta
- spiritualita – užívání rostlin probouzí v pacientech duchovní složku a dále ji rozvíjí

Přítomnost těchto jevů potvrzuje i pozorování autorky během stáže v centru Takiwasi.

### **Pravidla spojená s tradičním užíváním rostlin**

Užívání rostlin založené na konceptu amazonského šamanismu bazíruje na striktním dodržování pravidel. Ty vycházejí z tradice staré více než 5000 let (Naranjo, 1986) a rozšířené v současné době mezi více než 72 kmeny amazonské pánve (Luna, 2002). Mezi ta nejdůležitější, patří:

- zákaz konzumace alkoholu a drog
- sexuální abstinence – pacienti se musí po celou dobu léčby zdržet všech sexuálních aktivit, včetně masturbace
- zákaz konzumace některých potravin – vepřového masa, chilli, ostrých a kořeněných jídel, smažených pokrmů
- omezená konzumace potravin obsahujících velkém množství rafinovaného cukru
- klidný pravidelný život
- nevystavování se silným podnětům (hluk, velké množství lidí, silně znečištěné ovzduší, atd.)

Ačkoliv se tato pravidla mohou zdát iracionální nebo neopodstatněná, paradigma amazonského šamanismu jejich vysvětlení a odůvodnění nabízí. Leckdy se však jedná o důvody stěží pochopitelné logickou člověka pocházejícího ze světa založeného na racionálně-pozitivistickém přístupu. Například požadavek sexuální abstinence je odůvodňován

mechanismy působícími na energetické úrovni člověka a jeho porušení může mít závažné důsledky. Mabit (2001b) uvádí, že sexuální styk podle přístupu tradiční amazonské medicíny silně mobilizuje energii člověka na všech úrovních stejně jako i užívání ayahuasky. Je zde tedy riziko, že by došlo k vzájemné interferenci těchto energií, což by mohlo mít silný negativní dopad na stav jedince. Podle jednoho z respondentů studie provedené Horákem (2008, s. 128), lékařky pracující v centru Takiwasi, je „v rámci tradiční medicíny problematika sexu úzce svázána s otázkou psychického zdraví. Přestupky sexuálních pravidel jsou spojovány se šílenstvím, psychickými poruchami, neschopností učit se, ztrátou paměti, Parkinsonem a dalšími problémy spjatými s fungováním mozku.“. Obdobně je tomu i v případě ostatních pravidel.

### **3.5.1 Rostliny s purgativním účinkem**

Rostliny s purgativním účinkem tvoří skupinu rostlin, která slouží především k fyzické detoxikaci a revitalizaci organismu, i když má výrazný účinek i na psychickou rovinu pacientů. Patří sem rostliny s laxativním účinkem a rostliny s vomitivním účinkem, které vyvolávají zvracení. Ty se používají během tzv. purgativních sezení, jež se konají pravidelně jednou týdně pod vedením curandera a probíhají v souladu s původním rituálem (Aedo, 2009). Užívání purgativních rostlin je nutným předpokladem tradičního užívání ayahuasky a dalších psychoaktivních rostlin – tělo je podle konceptu amazonského šamanismu považováno za hlavní nástroj léčby a tudíž vlastnímu užívání psychoaktivních rostlin předchází jeho vyčištění a příprava (Mabit, 1987).

#### **Účinky purgativních sezení**

Ačkoliv je absolvování purgativních sezení pro mnohé pacienty těžká a nepříjemná zkušenost, vnímají ji jako velmi prospěšnou (Aedo, 2009). Subjektivně jako hlavní přínosy uvádějí:

- pročištění na všech úrovních – fyzické, psychické i spirituální
- pomáhají zbavit se některých nepříjemných emocí
- posílení vůle
- upevnění důvěry v curanderos a tradiční medicínu
- cítí se pak klidní
- pocit „čisté hlavy“
- vymizení nepříjemných pocitů a jevů spojených s abstinenčním syndromem jako jsou napětí, úzkost, nespavost, třes rukou

O pozitivních účincích purgativních rostlin hovoří řada autorů (Yon, Mabit, Hidalgo, 1991, Mabit, 2007, Sieber, 2007, Doménech, 2008, Aedo, 2009, Horák, 2010, Torres, 2009). Jejich přínos vidí zejména v následujícím:

- fyzická detoxikace (vyloučení toxických látek, pročištění organismu)
- vliv na fyzické zdraví (např. vysoký účinek některých rostlin při léčbě onemocnění způsobených střevními parazity, minimalizace až vymizení některých obtíží jako plynatost a nadýmání, studené končetiny, chronické bolesti, pocit zlepšení dýchání,)
- rapidní snížení abstinenčního syndromu, který takto zcela odezní maximálně do 10 dnů
- eliminace toho, co pacient užíval v excessu, případně toho, co je v jeho těle cizí a co mu škodí (na fyzické i psychické úrovni)
- na psychické rovině umožňuje pacientovi vydat ze sebe to, co ho tíží
- uvolnění emočních bloků
- kontaktování se s emocemi
- konfrontace s některými vnitřními strachy
- pocit osvobození
- pomáhá pacientovi vytvořit si jasnější obraz o sobě samém
- posílení sebedůvěry
- zvýšení rozhodnosti
- lepší kontrola automatismů a kompulzivního chování
- motivace a upevnění plánů do budoucna
- narůstání pocitu důvěry
- ujasnění si vztahu k drogám
- více energie a vitality
- kvalitnější spánek
- pacienti si mnohem lépe pamatují své sny, což přináší materiál do další psychoterapeutické práce
- zbavují pacientů některých hluboce uložených komplexů, např. těch, které mohou mít svůj původ prenatálním stádiu lidského vývoje, transgeneračních rodinných traumat, atd.

Zvracení bývá často doprovázeno silnými psychickými prožitky. Mnohým pacientům se během těchto sezení vyplavují traumatické vzpomínky a nepříjemné emoce jako pocity

agresivity, zloby, nenávisti, smutku či viny. Prostřednictvím zvracení je mohou na symbolické rovině zpracovat a vyloučit. Tyto zážitky bývají velice intenzivní, někteří pacienti popisují stavy katarze.

Yon, Mabit a Hidalgo (1991, s.4) hovoří o symbolickém významu zvracení: „Na psychologické úrovni zvracení představuje dobrovolné otevření se subjektu „vrátit“ a zaměřit se na to „špatné“, co je uvnitř něho. Narozdíl od vyloučení análního (stolice) spojeného s konotacemi sadistickými a panovačnými, vyloučení orální předpokládá pokoru, podrobení se a důvěru k terapeutovi. Tím ukazuje a projevuje přání „sklonit hlavu“ a osvobodit se od „démonů“, které má uvnitř. Pacient se rozhodne „vrátit“ to, co omylem přijal, fyzickou, mentální a spirituální „potravu“, kterou pozřel, aniž by měl schopnost strávit, vstřebat ji“.

Na základě pozorování autorky lze vyslovit předpoklad, že na purgativních sezeních také pracuje mechanismus averze. Pacientům se často objevují vzpomínky týkající se konzumace drog, obvykle ve spojení s negativními pocity viny, studu, hněvu, lítosti, atd., navíc doprovázeny silně nepříjemným fyzickým stavem. Giove (2002) hovoří o tom, že je mnohdy během sezení cítit z vyzvracených obsahů zápach drog, které pacient užíval. To vše vytváří podmínky k tomu, aby si pacient drogu a její konzumaci spojil se silnou averzí. Navíc tento pocit může dále na symbolické rovině zpracovat tím, že ho na některém z dalších sezeních „vyzvrací“ a tím se od drog a života s nimi spojeného symbolicky osvobodí.

Podle Yona, Mabita a Hidalgo (1991) působí zvracení terapeuticky na 3 úrovních:

- 1) dochází k eliminaci drogy jakožto toxické látky
- 2) utěšuje emoce
- 3) otevírá opětovné spojení se spirituální rovinou.

Toto přeuspořádání umožňuje dotyčnému přijmout základní hodnoty, pochopit jasněji svoji situaci a posílit motivaci pokračovat v léčbě.

#### Průběh purgativního sezení

V letech 1992 až 1999 se v Takiwasi konalo 456 purgativních sezení (Giove, 2002). Pacienti se jich pravidelně, s frekvencí jednou týdně, zúčastňují zejména během prvních dvou měsíců léčby. Dále je pak jejich účast na purgativních sezeních dobrovolná, často indikovaná na základě dohody s psychoterapeutem.

Purgativní sezení se konají jednou týdně pod vedením curandera a jeho asistenta a za doprovodu rituálu. Účastní se jich společně interní i ambulantní pacienti, zaměstnanci centra,

stážisti i tak zvaní návštěvníci centra (lidé, často cizinci, kteří dočasně docházejí do centra za účelem sebezkušenosti). Kontraindikací účasti na purgativním sezení jsou žaludeční vředy, gastritida, epilepsie, diabetes mellitus, kardiovaskulární problémy, chronická hypotenze, těhotenství, velmi pokročilý věk nebo fyzická křehkost (Giove, 2002, Doménech, 2008).

Purgativní sezení začíná v 16 hodin. Minimálně 3 hodiny před sezením se již nesmí konzumovat žádné jídlo, k obědu se doporučuje pouze lehká strava, například polévka nebo salát. Účastníci se sejdou v maloce (menší chýše kulatého půdorysu), kde mají po jejím obvodu nachystané nízké stoličky na sezení. Vedle nich má každý připravený na jedné straně kyblík na zvracení a na druhé plastový džbán na pití vody. Na začátku purgativního sezení curandero za doprovodu zpívaných ícaros ofouká tabákovým kouřem připravené extrakty z rostlin a ty dá pacientům postupně vypít. Jejich množství záleží na tom, o kterou rostlinu se jedná, obvykle se ale pohybuje kolem 2 dl. Výjimku tvoří například extrakt z tabáku, kterého se pije 2 l. Když mají všichni pacienti nápoje vypité, zopakuje curandero pravidla související s rituálním užíváním rostlin. Po té, zhruba za 10-15 minut po požití, začíná samotná očista. Pacienti si do džbánů nabírají vodu, podle typu rostliny studenou nebo vlažnou, a tu pijí. Během celého sezení je obvykle třeba vypít průměrně 4 l vody (konkrétní množství opět záleží na typu užívané rostliny). Kombinace vody a extraktu z rostliny způsobí nevolnost a následné zvracení. Konzumace vody celý proces urychluje a umožňuje důkladné vyloučení zbytků rostliny z trávicího traktu. Zatímco pacienti pijí vodu a zvracejí, curandero na celou situaci dohlíží - kontroluje jejich fyzický a psychický stav a provází celé sezení zpěvem ícaros. Několikrát během sezení pacienty okuřuje tabákem. Tento rituál má podle tradice amazonského šamanismu sloužit k ochraně a zesílení účinků rostlin (Furst, 1996). Během sezení procházejí pacienti nejen náročnou fyzickou činností, ale zejména silnými psychickými stavy. Sezení končí v okamžik, kdy vypijí patřičné množství vody a necítí se již fyzicky špatně. Curandero sezení rituálně ukončí a účastníci odcházejí domů. Tam se osprchují, převléknou a až do večera odpočívají. Není dovoleno konzumovat žádnou potravu, v případě přetrvávající nevolnosti je možno vypít slazený bylinkový čaj, který uklidní žaludek a zmírní účinky působení rostlin.



Obr. č. 8: Purgativní sezení – pacienti očekávající začátek sezení (foto z archívu autora).



Obr. č. 9: Purgativní sezení – práce curandera (foto z archívu autora).

### Užívané rostliny

Volba konkrétní rostliny užívané během purgativního sezení se odvíjí od procesu každého pacienta. Každý týden jsou případy pacientů na poradě týmu psychoterapeutů a curanderů probírány a společnou dohodou je rozhodnuto o dalším postupu a plánu užívání rostlin na další týden.

Nejčastěji používané purgativní rostliny a jejich účinky shrnuje následující tabulka:

| Název rostliny     | Latinský název              | Účinky                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Yawar panga</b> | <i>Aristologia didyma</i>   | komplexní očista na všech úrovních (fyzické, psychické, spirituální), zejména ve střední části těla (torax a abdomen), aktivizuje snovou činnost                       |
| <b>Rosa sisa</b>   | <i>Tagetes erecta</i>       | pročištění dýchacích cest, střev a žaludečních stěn, působení na mentální úrovni (pocit „čisté hlavy“, urovnání myšlenek), uklidnění                                   |
| <b>Tabák</b>       | <i>Nicotiana tabacum</i>    | často užívaný v případě závislosti na tabáku, celková detoxikace těla, posílení rozhodnosti, vytrvalosti a celkově maskulinních vlastností, někdy účinky psychoaktivní |
| <b>Azuzena</b>     | <i>Lilium japonicum</i>     | celková očista těla, zejména pak v oblasti břicha (oblast genito-sexuální), zmírnění napětí                                                                            |
| <b>Saúco</b>       | <i>Sambucus peruviana</i>   | užití zejména v případech chronické bronchitidy, očista dýchacích cest, eliminuje střevní parazity                                                                     |
| <b>Purgahuasca</b> | <i>Banisteriopsis caapi</i> | celkové pročištění těla, výrazné psychoaktivní účinky a tedy působení zejména na psychické úrovni                                                                      |

Tab. č. 3: Rostliny užívané při purgativních sezeních v Takiwasi (Cruz, n.d., Giove, 2002, Horák, 2010).

Ačkoliv se může zdát, že jsou účinky jednotlivých rostlin velice podobné, ve skutečnosti tomu tak není. Jejich použití se totiž opírá nejen o poznatky biochemických účinků, ale také o penzum znalostí tradičního amazonského šamanismu, který operuje s pojmy velice vzdálenými našemu pozitivistickému přístupu (například, zda je rostlina maskulinní či femininní, jak působí na energetické tělo člověka, jaké dovednosti dokáže člověka „naučit“, apod.). Z tohoto důvodu nám nepřišlo vhodné uvádět tyto charakteristiky v odborné práci.

Nejsilnější z purgativních rostlin užívaných v Takiwasi je **Yawar panga** (v kečunáštine *yawar* „krev“ a *panga* „list“, tedy krvácející list, podle červené mízy, která z listu vytéká), se kterou se pacient setkává zejména na počátku léčby. Purgativní sezení s užíváním této rostliny bývají velice náročná – je třeba vypít nejméně 6 l vody (ale doporučuje se větší množství) a nevolnost obvykle přetrvává do pozdních nočních hodin. Sekundární efekty pozorované na pacientech nejsou vždy stejné, ale obvykle mezi ně patří pocit těžkosti v hlavě, zima, pokles krevního tlaku, třes, „opilost“, závrať, pocit slabosti, pocity deprese, ospalost (Yon, Mabit, Hidalgo, 1991). Tyto zkušenosti mnohdy vedou k tomu, že pacient z léčby dobrovolně odejde. Přesto však má její užití velký význam. Dokáže tělo důkladně zbavit nakumulovaných toxických látek, a tak výrazně snížit abstinenci syndrom. „Kromě toho usnadňuje počátek léčby, protože zúčastněný okamžitě cítí, že je medicína silnější než droga. Úleva je tak očividná a zřejmá, že posiluje motivaci subjektu jít dál“ (Ibid., s. 1). Jak je tedy patrné, užití Yawar pangu má silný vliv na motivaci pacientů. Zatímco některé od léčby definitivně odradí, jiné přesvědčí o potenciálu tradiční medicíny a posílí tak jejich odhodlání léčit se.

Při užívání yawar pangu byly také pozorovány zajímavé fenomény související s rituálem jejího podávání. Zkušenosti popisované Yonem, Mabittem a Hidalgem (Ibid.) ukazují, že pokud přípravek podává neiniciováný terapeut (namísto curandera), emetické efekty se objevují až po více než hodině, narozdíl od běžných 10 až 15 minut, a nedosahují úspěšnosti, které se dosahuje v rámci rituálu. Sezení trvají dlouhou dobu, pacienti bývají vyčerpaní, někdy nepřestávají zvracet, zvracení bývá bolestivé, s vylučováním žluče.



Obr. č. 10: Yawar panga („krvácející list“) (foto z archívu autora).



Poněkud diskutabilní se může jevit téma **užívání tabáku** jakožto léčivé rostliny. Ačkoliv má v naší kultuře tabák a jeho užívání převážně negativní konotaci, v případě tradičního amazonského šamanismu je tomu naopak. Tabák (*Nicotiana rustica*) je považován za zásadní rostlinu a hraje zde fundamentální roli. Od předkolumbovské éry až do současnosti představuje mezi přírodními kmeny Jižní Ameriky významnou psychotropní látku užívanou pro magicko-náboženské a medicínské účely a je se šamanismem velice úzce spjat (Wilbert, 1991). Dodnes doprovází všechny typy léčebných rituálů a ceremonií. Někteří curanderos (tak zvaní tabaqueros) se dokonce věnují výhradně léčení pomocí tabáku. V tekuté formě - šťáva získaná máčením či svařováním listů (Furst, 1996), se v tradiční medicíně používá zejména k „čištění“ těla a psychiky, ke stimulaci snové činnosti, k ochraně, jako regulátor energetického těla a k posílení těla a mysli (Dómenech, 2008). Bourgogne (2009, s. 1) na základě mnohaletých zkušeností s terapeutickým využitím tabáku uvádí, že „tabák čistí a projasňuje v oblasti emocí, posiluje rozhodnost, pozvedá ducha, podněcuje k odvaze a přímosti, restrukturalizuje a ochraňuje energetické tělo a dává pocit tepla.“. Dále hovoří o možnosti jeho využití ve formě purgativních sezení při léčbě deprese, fobií, závislostí a neurotických konfliktů (Ibid.). Wilbert (1991, s. 7) uvádí, že „porovnání etnografických záznamů o používání tabáku s experimentálními a klinickými studiemi dokazuje přínos velkého množství léčebných praktik tabákového šamanismu v Jižní Americe“.

Rozdíl v užívání tabáku tradiční medicínou Jižní Ameriky a v užívání naší společnosti spočívá zejména ve dvou faktorech – kontextu a chemickém složení. Zatímco v naší společnosti je tabák užíván rekreačně a svévolně, jeho tradiční užití je vždy pevně spjato s kontextem rituálu, posvátna nebo léčení. Je zde chápán jako posvátná rostlina, která je užívána výhradně při vybraných příležitostech. To ovlivňuje i následky jeho užívání. Například kouření cigaret dospívajícími v naší společnosti je právem považováno za rizikové chování s negativním dopadem na další život, zatímco ceremoniální kouření tabáku při slavnosti Pachamama mezi dospívajícími andských kmenů funguje jako prevence zneužívání tabáku, napomáhá osvojit si normy a hodnoty komunity a prohloubit ekologické cítění (Adrete, Becharano, Kaplan, Ericsson, Pérez-Stable, 2009). Chemické složení tabáku užívaného tradiční medicínou nelze zaměňovat s chemickým složením cigaret užívaných naší společností. V prvním případě se jedná o užití přírodními metodami fermentovaných listů bez jakýchkoliv dalších přidaných chemických látek. Navíc jde o odlišné botanické druhy. Zatímco listy tabáku virginského typu (*Nicotiana tabacum*) užívaného pro většinu industriálně vyráběných cigaret obsahují 0,5-1% nikotinu v Evropě a až 2% nikotinu v USA, listy druhu tabáku užívaného tradiční medicínou (*Nicotiana rustica*) mají obsah nikotinu až 18% (Dómenech, 2008).

Užití tabáku jakožto léku není nic nového ani pro západní společnost. Francouzský lékař Jean Nicot jím v 16. století úspěšně léčil některé nádory. Sevillský lékař Nicolás Monardés v roce 1565 publikoval knihu „*Historia Medicinal de las cosas que se traen de Nueva España*“ přeloženou do několika jazyků, která byla zaměřena na léčivé účinky tabáku. Hovoří zde zejména o příznivých účincích obnovení a očisty na lidský mozek a mnoha dalších benefitech. Objev alkaloidu nikotinu v roce 1828 podnítil novou sérii výzkumů. Odborné studie publikované ve vědeckých časopisech uváděly, že je nikotin účinným prostředkem k léčbě poruch nervového systému, hemeroidů, malárie, tetanu, antidotum proti několika typům látek, například některým hadím jedům, pokud je podáván ve správné dávce (Ibid.). I v současné době probíhají vědecké studie lékařského využití tabáku. Například, v roce 2006 publikoval Zao Bauru v British Journal of Pharmacology výsledek 20 let probíhající studie možnosti využití tabáku k terapeutickým účelům k prevenci neurologických onemocnění jako Alzheimerova nemoc a Parkinsonova nemoc.

Široké a četné využití tabáku jakožto léčebné rostliny v tradiční medicíně Jižní Ameriky inspirovalo i vznik některých moderních psychoterapeutických pracovišť, které využívají tabák (zejména jeho extrakty užívané orální formou) jako hlavní léčebný nástroj. Jedná se například o centrum „Runawasi“ nacházející se v Buenos Aires nebo francouzské „La Maison Qui Chante“ působící v Lyonu (Bourgogne, 2009).

Současné empirické studie ukazují, že tabák má při vhodném způsobu využití terapeutický potenciál. Užitý k purgativním účelům provokuje silnou detoxikaci, zejména dýchacích cest, což značně urychluje eliminaci toxických látek a regeneraci organismu, a napomáhá léčbě závislosti na cigaretách (mimo jiné také díky lepší kontrole automatismů a kompulzivního chování) (Dómenech, 2008).

Méně obvyklou formou purgativního sezení je tak zvaná **purgahuasca**. Jedná se o využití liány ayahuasky (*Banisteriopsis caapi*) k purgativním účelům. Hlavní rozdíly mezi dvěma hlavními formami využití *Banisteriopsis caapi* (purgahuaska a „ayahuaska-nápoj“) shrnuje Horák (2010, s. 76) v následující tabulce:

| PURGAHUASCA                         | AYAHUASCA                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Neobsahuje DMT                      | Obsahuje DMT                        |
| Pije se ve vysokých dávkách (2-3 l) | Pije se v malém množství (10-20 ml) |
| Zvrací se, co se vypije             | Pokaždé nevyvolává zvracení         |
| „Učí“ ve snech                      | „Učí“ v bdělém stavu                |

Tab. č. 4: Hlavní rozdíly mezi Purgahuaskou a Ayahuaskou (Horák, 2010)

Purgahuasca je původně iniciační rituál rozšířený zejména mezi peruánským kmenem Awajun určený především pro dospívající chlapce a dívky, jenž slouží k tomu, aby „iniciovaný vstoupil do kontaktu s duchovním světem, aby zde našel odpovědi na své osobní životní starosti a pro svoji komunitu“ (Torres, 2009, s. 2). Tento typ procedury také umožňuje léčit některé fyzické nemoci (Ibid.).

Purgahuaskové sezení absolvují pacienti přibližně jednou za dva měsíce, neboť je mnohem náročnější než jiná purgativní sezení. Vzhledem k mírným psychoaktivním účinkům *Banisteriopsis caapi* (však mnohem nižším, než když je užívána v kombinaci s *Psychotria viridis* v nápoji zvaném ayahuasca) zde obvykle dochází i k silným psychickým zážitkům jako jsou vyplavení vzpomínek, výrazné živé sny nebo vize asi v jedné čtvrtině případů (Horák, 2010). I proto po skončení sezení pacienti v malocce nocují a sezení je zakončeno až ráno očistnou rituální koupelí v řece při východu slunce.

Jak je z výše uvedeného patrné, během osmnáctileté historie své existence získalo centrum Takiwasi bohaté zkušenosti s využitím purgativních sezení k terapeutickým účelům. Při jejich organizaci se opírají nejen o tyto zkušenosti, ale zejména o znalosti tradiční medicíny čítající již několik století až tisíciletí své existence. Samozřejmě zde nejsou opomíjeny ani pravidelný lékařský screening a odborné psychoterapeutické vedení pacienta, které umožňuje získané zkušenosti zpracovat, integrovat a využít pro léčbu a osobní růst. Vše nasvědčuje tomu, že zvracení nehraje roli placebo, nýbrž že se jedná o účinnou terapeutickou metodu (Giove, 2002).

### **3.5.2 Ayahuasca**

#### **Stručná charakteristika**

Ayahuasca je silně halucinogenní nápoj, který vzniká kombinací dvou rostlin, které se spolu vaří po dobu delší než 12 hodin – ayahuasky (*Banisteriopsis caapi*) (zdroj IMAO) a chacruny (*Psychotria viridis*) (zdroj DMT). Podrobněji se složení ayahuasky a jejímu léčebnému potenciálu věnuje kapitola 2.

Nejprve je třeba zaměřit pozornost na otázku legitimacy využití ayahuasky pro léčbu závislostí. Ačkoliv je užívání tohoto rostlinného halucinogenu v Peru legální, je opravdu vhodné? Je možné léčit drogovou závislost za pomoci „drogy“, jak namítají někteří odpůrci?

V prvním případě je třeba definovat **pojem droga**. Zde se můžeme setkat minimálně se třemi úrovněmi významu – droga jakožto jakákoliv látka, droga jako látka mající vliv na fyziologii organismu a droga jako látka s psychotropním účinkem vyvolávající závislost.

Definice WHO (1994, s. 34) říká, že termínem droga je v medicíně označována „jakákoliv látka s potenciálem předejít nemoci nebo ji léčit nebo zvýšit tělesný a mentální prospěch“. V oblasti farmakologie je dle WHO (Ibid.) droga definována jako „jakýkoliv chemický agens, který mění biochemické fyziologické procesy ve tkáních nebo organismu“. Na základě těchto definic ayahuasku označit drogou lze. Droga je zde vnímána mimo jiné jako synonymum k léku a tato definice s sebou nese a priori negativní konotaci.

WHO (Ibid.) dále uvádí, že v běžném užívání chápeme drogou psychoaktivní drogy, nezákonné, užívané mimo lékařský kontext. Presl (in Zábranský, 2003) definuje drogu jako každou látku, která splňuje 2 kritéria: má psychotropní účinek a může vyvolat závislost. Z hlediska těchto dvou aspektů ayahuasku jako drogu označit nelze. Návykovost v případě ayahuasky nikdy pozorována ani prokázána nebyla. Dle Mabita (in Melho, 2006) nebyly dosud popsány žádné případy tělesné či psychické závislosti na ayahuasce ani nárůstu tolerance k ní mezi andskými a mazanskými kulturami, které ji tradičně používaly. Užívání psychotropních látek v rámci rituálu s předcházející iniciací nikdy k závislosti nevede. Fericgla (1997, s. 32) uvádí, že „nemůžeme mluvit o látce, na které vzniká psychická nebo fyzická závislost, pokud nikdo z těch, kteří ji pravidelně konzumují, nemá přání nebo kompulzivní či nepřekonatelný impulz užívat ji znovu“.

Mabit (1997, s.31) v této souvislosti podtrhuje význam kontextu a způsobu použití látky: „Žádná psychotropní sama o sobě nevyvolává závislost. Dokonce může být ta samá látka v různém kontextu léčivým medikamentem nebo jedem“. Většina „drog“ dnes vnímaných jako škodlivých byla po dlouhou dobu užívána jako lék. Mabit (1997) také zdůrazňuje rozdíl mezi svévolným užíváním psychotropních látek v moderní společnosti a mezi jeho tradičním využitím k léčebným účelům. Mabit (2007) spatřuje **výhody uplatnění ayahuasky při léčbě drogové závislosti** v následujícím:

- 1) Vizionářský efekt ayahuasky umožňuje přístup do reality neviditelného světa pacienta, který se tak stane viditelný nebo jinak pozorovatelný, díky čemuž jsou objeveny aktivní elementy nacházející se v nevědomí objektu.
- 2) Ayahuasca umožňuje pacientovi jít dále, za hranici slovního vyjadřování a s ním spojených omezení. Zejména pacienti s malou schopností symbolizace a ti, pro které je terapie slovem málo účinná, mají prospěch z materiálu získaného prostřednictvím vizí, jež nevyžaduje bezprostřední slovní výklad.

- 3) Při pití ayahuasky nedochází ke ztrátě vědomí během sezení, takže je pacient ve stejnou dobu pozorujícím i pozorovaným. Může aktivně zasahovat do svého vnitřního procesu, a tak být přímým protagonistou své léčby. To napomáhá významnému nárůstu jeho sebevědomí a sebedůvěry.
- 4) Ayahuaska odhaluje osobní skutečnosti, aniž by byla narušována intimita dotyčného.
- 5) Ayahuaska umožňuje přesunout životní problémy pacienta do prostředí imaginace a tam zpracovat intrapsychické konflikty jiným způsobem (objevit nová řešení a alternativy).
- 6) Nebyl pozorován žádný závislostní jev ve spojení s ayahuaskou. Naopak dochází k nárůstu senzitivity pacienta a pomalé redukci dávek.
- 7) Ayahuaska slouží jako silný facilitátor psychotherapeutické práce a sebepoznávání.
- 8) Při použití ayahuasky standardním způsobem neexistuje riziko toxicity, mimo jiné díky přirozenému mechanismu auto-regulace prostřednictvím vylučovacích funkcí (průjem, zvracení, pocení, moč). Ve studii Callawaye (1996) bylo letální množství pro člověka standardní váhy (75 kg) stanoveno na 7,8 l ayahuasky, což je zhruba 50 násobek obvyklé terapeutické dávky.
- 9) Ayahuaska má čistící efekt na úrovni fyzické i psychické, současně dochází k opětovnému nastavení rovnováhy autonomního nervového systému a k „hojení“ emočních zranění. Klinicky je v Takiwasi pozorováno výrazné posílení imunitního systému, i když odborné studie v této oblasti chybí.
- 10) Ayahuaska se přímo zaměřuje na transpersonální a transgenerační aspekty, což dovoluje překonat kulturní, sociální, intelektový, jazykový nebo náboženský rámec účastníka sezení.
- 11) Na psychické úrovni ayahuaska aktivuje proces psychického obnovení. Mezi pozorovanými jevy je patrné zejména:
  - nárůst intelektové kapacity a koncentrace
  - zlepšení paměti a schopnosti rozvzpomínání se
  - reformulace konfliktů
  - snížení úzkosti
  - stimulace snové činnosti
  - identifikace s vlastním „stínem“
  - snížení projektivních fenoménů
  - větší radost z vynaloženého úsilí
  - nárůst frustrační tolerance

- zvýšení sebevědomí
- facilitace procesu diferenciaci a individualizace

Všechny tyto elementy otvírají pacienta novým perspektivám, dělají ho flexibilnějším, a tak urychlují a zefektivňují psychoterapeutickou intervenci. Podle závěrů studie Aedo (2009, s.76) „zkušenost s ayahuaskou je zkušenost, která od základů změní jedince“ a zkušenost s ayahuaskou přispívá k facilitaci, dynamizaci a potencializaci terapeutické práce.

### **Organizace ayahuaskového sezení v Takiwasi**

Ayahuasková sezení pro pacienty se v Takiwasi konají s frekvencí jednou týdně. V průměru tak každý pacient absolvuje za dobu své léčby 25 sezení (Mabit, 2007). Mimo to se v Takiwasi nepravidelně konají samostatná ayahuasková sezení pro zaměstnance, pro curanderos, pro ambulantní pacienty a návštěvníky centra, pro seminaristy.

Účast na ayahuaskovém sezení je opět podmíněna přísným dodržováním pravidel spojených s užíváním rostlin. Pacienti a další zájemci o účast na ayahuaskovém sezení jsou před akceptací všestranně vyšetřeni – je požadována zpráva o osobní historii, psychologickém a zdravotním stavu a u pacientů navíc proveden lékařský a psychologický screening.

**Kontraindikací účasti na ayahuaskovém sezení** v Takiwasi jsou (Horák, 2010, Mabit, 2001b):

- **závažné somatické obtíže** – pokročilý diabetes, chronické ledvinové problémy, srdeční onemocnění, respirační obtíže (astma, rozedma plic, atd.), závažná hepatitická onemocnění (hepatitida, cirhóza, steatóza, atd.), prudké alergie
- **některé psychiatrické obtíže** – epilepsie, psychotická onemocnění, panické ataky, pacienti s psychickou strukturou „border line“, stavy deliria; dále je nutné uvést stavy deprese, zejména pokud byly někdy doprovázeny sebevražednými pokusy
- **užívání psychofarmak**, zejména antidepresiv skupiny IMAO (riziko serotoninového šoku). Užívání dalších léků je vždy nutné předem zkontrolovat, obecně se ale doporučuje jeho dočasné přerušení
- **těhotenství** – mezi přírodními kmeny těhotenství kontraindikací účasti na ayahuaskovém sezení není, naopak zde panuje názor, že účast na ayahuaskovém sezení může prospět neuropsychickému vývoji dítěte. Dle Mabita (2001b) je však účast na ayahuaskových sezeních spojena s rizikem potratu způsobeného silným

zvracením a průjmem, avšak uvádí, že se jedná o teoretické předpoklady a že zatím nebyl žádný z těchto fenoménů zaznamenán a uveden v odborné literatuře.

- absence přání účastnit se sezení a **slabá motivace** účastníka
- omezení na základě věku nebo pohlaví není. Ayahuaskového sezení se mohou účastnit i děti, pokud vedoucí sezení jejich přítomnost po zvážení podmínek (motivace, patologie, doprovod rodiči, atd.) akceptuje

Ayahuaskového sezení se společně s pacienty účastní i psychoterapeuti, případně další zaměstnanci centra. Zážitek společné účasti na ayahuaskových sezeních u pacientů vysoce zvyšuje respekt k jejich psychoterapeutům. Tento respekt je založen zejména na společně prožitém zážitku a umožňuje pacientům sdílet s psychoterapeutem více otevřeně své zkušenosti. Také zde napomáhá fakt, že pacienti mají možnost poznat psychoterapeuta z „lidské“ stránky (Harrington, 2008).



Obr. č. 11: Ayahuaskové sezení v Takiwasi (příprava) (foto z archívu autora).

### **Průběh ayahuaskového sezení**

Ayahuaskovému sezení předchází patřičná příprava. Účastníci jsou detailně informováni o průběhu sezení i provázejícího rituálu, o pravidlech, která jsou povinni během sezení dodržovat i o možných nepříjemnostech, které se mohou objevit. Den, ve který ayahuaskové sezení probíhá, se doporučuje trávit v klidu, bez působení silných vnějších podnětů. Je nutné dodržovat dietní opatření (vyvarovat se konzumaci čili, kořeněné potravy, vepřového masa, alkoholu, smaženým a tučným pokrmům) a zdržet se jakýchkoliv sexuálních aktivit včetně masturbace. Posledním jídlem, které účastníci sezení jedí, je lehký oběd (např. salát, polévka). Ayahuaskové sezení začíná 21 hodin a končí mezi 3. – 5. hodinou ranní. Sezení se kompletně odehrává v kontextu rituálu a jeho průběh a struktura jsou inspirovány tradičním užíváním

ayahuasky mezi domorodými kmeny Amazonie (Mabit, Sieber, 2006). Oproti tradičnímu užití zde ale nacházíme i specifické odlišnosti: sezení je mnohem delší, než je obvyklé, je mnohem intenzivnější, užívá prvky katolicismu, je zaměřené především na léčbu pacienta (více než na návštěvy „jiných světů“). Jeho základní funkcí je očista fyzická, mentální, emoční a spirituální, což bere v potaz také spirituální komponentu závislosti (Aedo, 2009). Téměř po celou dobu sezení jsou pacienti vedeni pomocí rituálních písní ícaros, která kromě toho, že napomáhají vyvolat změněný stav vědomí, mají kruciální funkci při provádění pacienta v „jiném“ nebo „vnitřním“ světě (Mabit, Sieber, 2006). „Písně utvářejí podobu vizí a aktivizují už dříve existující kulturně specifické vzory motivů.“ (Andritzky, 1989, s. 80).

Celé sezení se odehrává po tmě. Účastníci oblečení v bílém oděvu (nebo v co nejsvětlejším) jsou rozsazeni do kruhu po obvodu maloky. Sezení vede tým dvou až tří curanderos, kteří se střídají ve zpěvu ícaros a kontrole stavu pacientů.

Ayahuasca je podávána orálně. Mabit a Sieber (2006, s. 27) uvádějí, že „při orálním užití psychoaktivních látek je riziko otravy velmi malé, protože náš zažívací systém zajistí přirozený obranný systém proti předávkování. V případě předávkování (což se stává velmi zřídka kvůli nepříjemné chuti většiny rostlin), zažívací trakt přirozeně vyloučí nadbytečné látky pomocí zvracení.“. Efekt vlastní ayahuasce se dostavuje mezi 30 až 50 minutami u lidí z Evropy a USA a během 10 až 15 minut mezi amazonskými domorodci (zřejmě díky větší synaptické citlivosti na beta-karbolíny obsažené v ayahuasce). Často bývá doprovázen typickým zvukem podobným bzučení vzdáleného letadla nebo elektřiny vysokého napětí (Fericgla, 1997). Nejsilnější efekt má ayahuasca mezi 60 a 120 minutami po požití (Riba et al., 2001).

Průběh ayahuaskového sezení v Takiwasi bývá ovlivněn kromě vlastního působení chemických látek několika dalšími faktory (Mabit, Giove, Vega, 1996):

1. Vliv **curandera**, který vede sezení – jeho schopnostmi, zkušeností, praxe, ale i aktuálního stavu.
2. **Psychosomatický stav pacienta** - emočně-afektivní rozpoložení pacienta na vědomé či nevědomé úrovni potencuje nebo naopak neutralizuje efekty ayahuasky. Doktor Mabit (1992) zdůrazňuje faktory jako dobrovolnost užívání, důvěru, přístup k emocím či závazek vůči terapeutické skupině jako podněty, které zvyšují efekt a odpověď na požití ayahuasky. Rezistenci mohou naopak vyvolat špatné stravování, intoxikace léky nebo drogami, chronická patologie. I tyto faktory jsou ale velmi relativní a dotyčný může někdy reagovat právě naopak. Optimálními podmínkami pro „dobré sezení“



jsou, když má pacient důvěru ve svého terapeuta a řídí se jeho radami, které zahrnují i základní pravidla každodenního života (nejíst vepřové, čili, alkohol, nemít sexuální vztahy před sezením, atd.).

3. **Prostředí** - efekt ayahuasky ovlivňuje i prostředí a podmínky, za kterých se užívá. Je proto vyžadovaná kontrola světla, okolních zvuků, vůní, tělesného postoje subjektu atd. Každý z těchto prvků může hluboce změnit účinek ayahuasky, v extrému vyvolat halucinační „opojenost“ nebo ji neutralizovat, dát vize rajske nebo strašlivé, vyprovokovat zvracení nebo naopak uklidnit tělo i duši (Mabit, Campos, Arce, 1992).
4. **Interakce mezi pacienty** - Mabit (1992) na základě pozorování uvádí, že během sezení dochází i k vzájemné interferenci mezi jednotlivými účastníky. Dochází k jemným vzájemným výměnám, které nelze kvalifikovat jinak než obecným termínem „energie“.

Všechny tyto faktory se podílejí na utváření specifického průběhu každého ayahuaskového sezení.

Účinky ayahuasky se obvykle projevují na fyzické i psychické úrovni. Není to ale pravidlem. Někdy pacienti pocítují účinky pouze na jedné z těchto úrovní nebo nemusí dokonce pocítovat žádný ze zjevných účinků (Mabit, Campos, Arce, 1992). Během ayahuaskových sezení v Takiwasi byly u participantů pozorovány následující projevy (Torres, n. d., Giove, 2002, Horák, 2010):

- **Fyzické** – pocity zimy nebo tepla, závrat', točení hlavy, bušení srdce, lehký třes, sucho v ústech, nevolnost, pocit slabosti, přecitlivělost, pocity fyzické pohody, mechanismy autoregulace – zvracení a průjem
- **Psychické** – percepce barev, často živých a zářivých, vůní, světla, obrazů, zkřížená percepce (synestézie), disociace, zmatenost, změněné vnímání času a prostoru, uvědomění si, vybavení vzpomínek, pocit synchronicity, potřeba usmíření se se sebou samým a s druhými, emoční katarze, vize o sobě samém a o druhých, iniciační smrt.
- **Spirituální** – pocit kosmického vědomí, spojení s transcendentnem, pocit úcty k životu a posvátnu

Vize, které pacienti mají, se podobají snům, s tím rozdílem, že je zde zachované bdělé vědomí a pacienti si tudíž jejich obsahy pamatují (Torres, n.d.). Vynořuje se zde velké množství materiálu, který je pak zpracováván v průběhu léčby.

## **Terapeutický potenciál ayahuasky užívané v Takiwasi**

Problematicke možnosti psychoterapeutického využití ayahuasky se podrobně věnuje kapitola 2. Cílem této části práce je nastínit psychoterapeutický potenciál užití ayahuasky konkrétně v centru Takiwasi – popsat jevy pozorované u tohoto specifického typu participantů (pacienti léčící se z drogové závislosti) a specifického typu organizace léčby (kombinace tradiční medicíny s psychoterapií).

Jak bylo uvedeno výše, během ayahuaskových sezení dochází k mimořádným psychickým zážitkům, které napomáhají léčbě pacienta. Z jungiánské perspektivy můžeme říci, že produkované vize souvisejí s osobním a kolektivním nevědomí pacienta a zobrazují se zde i aspekty jeho stínu (Ojeda, 2002). Na základě zkušeností curanderos a psychoterapeutů se lze domnívat, že tomuto jevu napomáhá i **dočasná redukce funkcí obranných mechanismů** a snížení zábran na straně pacientů, což jim umožňuje kontaktovat se s nevědomými nebo jinak potlačenými obsahy. Torres (in Mujica, 1997, s. 33) uvádí, že „ayahuasca má potenciál potlačit rozumovou stránku pacientů. Jsou studie, které dokázaly, že ayahuasca snižuje úroveň rozumové kritiky. Eliminace tohoto rozumového bloku dovoluje pacientovi spojit se s ostatními úrovněmi, více citovými, více nevědomými. V tomto smyslu naplňuje roli podobnou snu, protože eliminuje všechny ospravedlňování a racionalizace. Ayahuasca spojuje pacienta s tím, co potřebuje.“ Giove (in Mujica, 1997, s. 49) přirovnává ayahuasková sezení ke „zrychlené psychoanalýze“: „Věci, které způsobují, že se cítíme špatně, jsou z pohledu, jakým je vidíme dnes, hloupé, ale v okamžiku, kdy se přihodily, byly emočně silně zatěžující, a proto se ukryly hodně hluboko a potlačily natolik, že se už později nikdy neobjevily. Vnitřní zážitek toho, že pacient viděl něco, co je důležité a pochopil to, je velmi důležitý pro jeho léčbu.“

Je tedy patrné, že během efektu ayahuasky hrají klíčovou roli **vzpomínky**. Pacient znovu prožije sérii událostí z různých životních etap, které byly z jeho paměti prakticky vymazány a má možnost je opětovně zpracovat při absenci cenzury. Čelí tváří v tvář svým traumatům a nepříjemným zážitkům a může tak dojít ke katarznímu vyjádření emocí (Mabit, 2002) a následné integraci zážitku. Torres upozorňuje na význam, který přístup k těmto vzpomínkám má: „Takto zpracované vzpomínky umožňují emoční osvobození, psychickou detoxikaci“ (in Mujica, 1997, s. 33).

Pocit **katarze a osvobození** bývá často doprovázen fyzickými projevy, nejčastěji zvracením nebo průjmem. Afektivně-emoční obsahy, které byly dříve skryté v hlubokých vrstvách nevědomí, se nyní mohou uvolnit. Pacient zažívá pocit osvobození, usmíření a následné integrace již zpracovaného materiálu. Vyjádření emocí prostřednictvím pláče nebo smíchu

pacienta „odblokuje“, pomůže mu prožít to, co dočasně potlačil a pochopit, jaký vliv měla tato témata na jeho dosavadní život a rozvoj jeho problémů (Giove, 2002).

Velká část **obsahu** vizí pacientů se přímo **týká drogové závislosti**. Tu pacienti během sezení prožívají často jako stav posedlosti děblem. Droga je zde vnímána jako dábelská entita s vlastní vůlí, která se živí jejich životní energií. Postupně se zmocnila života pacienta, změnila jeho hodnotový systém, nutila ho lhát a dělat mnoho věcí, za které se styděl. Droga-děbel tak reprezentuje všechny potlačované charakteristiky pacienta. Pacient je zde v roli oběti a často během sezení prosí o pomoc v boji s tímto „démonem“ curandery nebo psychoterapeuty. Během procesu léčby se pak tyto vize postupně přeměňují. Pacient získává odvahu a nakonec je schopný sám „démona“ porazit a integrovat svou stinnou stránku. Ve vizích a ve snech pacientů se také často objevují vzpomínky na konkrétní situace užívání drog, na spoluúčastel, na efekt, který droga vyvolávala, na pocity viny, na škodu, kterou pacient působil sobě a svým blízkým (Giove, 2002). Pacienti si uvědomují negativní dopad užívání drog na svůj fyzický stav, více si váží svého těla, objevuje se nový pocit fyzické „čistoty“ a zdraví (Aedo, 2009). Je pozorováno, že se pacienti během sezení často svého těla láskyplně dotýkají, jako by se s ním znovu seznamovali a navazovali s ním nový vztah (Ojeda, 2002).

Pacient si také prostřednictvím vizí může **uvědomit** některé **souvislosti**, které mu dříve unikaly, nebo získat **jiný pohled na svoji situaci**. „Na jednu stranu nám [ayahuasca] pomáhá v tom, abychom si uvědomili věci, kterých jsme si nikdy nevšimli, respektive abychom je nahlédli z jiného úhlu. Na druhou nám umožňuje, abychom přišli na to, co z našeho chování je neadekvátní“ (Horák, 2010). Toto „učení se“ prostřednictvím ayahuaskových vizí považují pacienti za fundamentální v procesu své léčby (Aedo, 2009). Aedo (Ibid.) uvádí, že sezení s ayahuaskou poskytují pacientům informace o sobě samých, pomáhají uvědomit si své problémy, objevit, co je jejich podstatou a podívat se na ně z jiné perspektivy. Všechny tyto obsahy jsou osobní povahy, a tudíž každému pochopitelné. K pochopení dochází díky tomu, že pacienti mají možnost vidět, co se nachází v jejich nitru. Tato zkušenost je odlišná od zkušenosti, kdy jsou s těmito obsahy pacienti konfrontováni prostřednictvím jiné osoby (např. psychoterapeuta). Zážitek „vidět namísto věřit“ eliminuje pochybnosti a pacienti tak nabývají jistoty, že se jedná o obsahy, které jsou jejich součástí. Pacient může vést vnitřní dialog se sebou samým (Ballón, 1999).

Významnou psychickou zkušeností spojenou s užíváním ayahuasky je tzv. **iniciační (symbolická) smrt**. Ta má během ayahuaskového sezení tři podoby – pocit smrti, pocit zbláznění se nebo zážitek pozření hadem (Mabit, 2007). Tato konfrontace se smrtí nutí

pacienty k přehodnocení svého života, jeho významu a životních hodnot. Pacienti si cenní své existence a jejich život jim připadá smysluplnější. Po této zkušenosti si také mnohem zřetelněji uvědomují, jak blízko riziku smrti se nacházeli v době, kdy užívali drogy a že smrt není jejich preferencí, ačkoliv o svém přání žít v minulosti pochybovali (Mabit, Sieber, 2006). Giove (2002) uvádí, že pacienti, kteří zažili zkušenost symbolické smrti, vykazovali velké pozitivní změny ve svých vztazích ke druhým, k sobě a k životu vůbec. Zkušenost zážitku symbolické smrti prožítá v chráněném a bezpečném rámci, kdy nedošlo k žádnému ohrožení životních funkcí, umožňuje individuu změnit jeho způsob pohledu na svět (Denys, 2005).

Psychoterapeutický potenciál ayahuasky spočívá také v její schopnosti **spojit** s člověka **se spiritualitou**. Giove (in Mujica, 1997, s. 52) uvádí, že „účelem vyvolávání těchto stavů je otevřít mysl, otevřít brány a vidět věci, které jsou dál, které dosud nebyly prozkoumané. Je to způsob, jakým si uvědomit, že to, co vnímáme prostřednictvím smyslů, není všechno a zároveň, že se tyto smysly mohou rozšířit. Když tyto smysly rozšíříme, můžeme vidět věci z jiného úhlu pohledu.“ Giove (2002) uvádí, že se během léčby se spirituálními zážitky setkají všichni pacienti bez ohledu na jejich předchozí víru, vzdělání nebo původ. Navázání kontaktu s touto rovinou u pacientů relativizuje důležitost, která je přikládána všedním věcem, včetně drog, umožňuje vnímat svět ze širší perspektivy, stanovit si vyšší a dlouhodobější cíle a cenit si léčivé hodnoty spirituality. Účastníci studie Aedo (2009, s. 80), pacienti centra Takiwasi, také referovali o zkušenosti „spojení se s něčím transcendentálním, něčím pozitivním, co mohou cítit a co je přítomno v jejich každodenním životě, co jim pomáhá být lepšími lidmi, cítit se přijímaný a mnohem více si vychutnávat malé běžné věci“. Součástí spojení s duchovní rovinou člověka je i navázání intenzivního vztahu s přírodou. Pocit splynutí s přírodou popisovalo při dotazování 11 z 15 pacientů (Mabit, 2007). Rozvoj spirituality zaznamenala u pacientů léčících se v centru Takiwasi ve své studii i Harrington (2008).

### **Následná psychoterapeutická práce**

Následující den po ayahuaskovém sezení zpracovávají pacienti své zážitky na skupinovém setkání. Nejprve je externalizují pomocí obrázků a barev a poté rozebírají ve skupině pod vedením psychoterapeuta, který se také sezení zúčastnil (Torres, n. d.). Nabízí se zde mnoho způsobů práce se získaným materiálem, konkrétní podoba se pak obvykle odvíjí od zaměření psychoterapeuta, který skupinu vede.

Kromě materiálu získaného během ayahuaskového sezení můžeme u pacientů pozorovat další déleodobější benefity. Mnozí z nich popisují větší otevřenost ke druhým, pozitivní změny ve způsobu organizace myšlenek a schopnosti přemýšlet, zlepšení vztahu k vlastnímu tělu,

rozvoj intuice a zesílení pocitu bezpečí (Aedo, 2009). Pfitzner (2009) popisuje, že pacienti léčení v centru Takiwasi referují o vztahu mezi stavy změněného vědomí a konkrétními dlouhodobými změnami ve způsobu života. Zároveň však zdůrazňuje nezbytnost vlastní iniciativy pacienta přenést získané poznatky do každodenního života jako předpoklad trvalého úspěchu terapie.

### **3.5.3 Plantas maestras (diety)**

Během léčby trvající 9 měsíců pacient podstoupí 3-4 procedury nazývané dieta. Průměrně (při zahrnutí pacientů, kteří léčbu ukončili předčasně) absolvoval každý pacient v Takiwasi 2 diety (Horák, 2010). Jedná se o izolovaný pobyt v džungli spojený s eliminací podnětů a pravidelným užíváním rostlin, které mohou mít mírný psychoaktivní účinek (v tradiční medicíně označovaných jako „plantas maestras“) (Cárcamo, Obreque, 2008). Označení „plantas maestras“ („rostliny učitelky“) vychází z konotace, kterou mají tyto rostliny v pojetí tradiční amazonské medicíny a odkazuje na jejich schopnost vyvolat vize, vést člověka k uvědomění a vhledům, facilitovat snovou činnost (Graña, 2009). Druh užívané rostliny i podávané množství je stanoveno curanderem, který tak činí v závislosti na individuálních potřebách pacienta. Administrace extraktů probíhá ritualizovaným způsobem (Horák, 2010). Hlavním cílem diety je očištění organismu a spojení s vnitřním světem jedince (Graña, 2009). Podle názoru curanderos se jedná o nejvýznamnější léčebnou praktiku tradiční medicíny vůbec - dochází během ní k uvědoměním, která jsou mnohem více strukturovaná, než při jakýchkoliv jiných šamanských praktikách, a která mění psychickou strukturu individua (Aedo, 2009). Zkušenosti z praxe curanderů ukazují, že rostliny užívané při dietě pracují ve srovnání s ayahuaskou sice pomaleji a mírněji, zato však dlouhodoběji (po dobu několika dnů) a zkušenosti s nimi jsou tedy hluboké a dobře asimilované. (Ibid),

Dieta v praxi vypadá tak, že se pacienti přesunou do džungle (na rozsáhlé pozemky ve vlastnictví Takiwasi), kde tráví 8 dní každý o samotě v malém polootevřeném přístřešku ze dřeva (tzv. „tambo“) vybaveném prostou postelí s matrací, hamakem (houpací sítí) a někdy poličkou na osobní věci. Jednou až dvakrát za den pacienta navštíví curandero, který mu přinese jídlo a extrakt z rostliny, jež pacient na dietě užívá. Strava konzumovaná během diety je velice jednostranná - je zde vyžadována naprostá eliminace soli, cukru (včetně ovoce) a jakýchkoliv koření a dochucovadel. Obvykle se podává neochucená vařená rýže. Pacienti se mohou na základě dobrovolného rozhodnutí postit (Sieber, 2007). Je nutné vyvarovat se všem vům, které by mohly vzhledem k vysoké senzitivitě pacienta dotyčného silně poškodit

(Cárcamo, Obreque, 2008). Není tedy dovoleno používat jakékoliv chemické prostředky osobní hygieny, včetně zubní pasty, mýdla nebo šamponu. Během pobytu na dietě pacienti odpočívají, je doporučeno zprostit se veškeré fyzické námahy.



Obr. č. 12: Tambo – přístřešek, ve které pobývají pacienti na dietě (foto z archívu Takiwasi).

Dominantní je v tomto období aktivita psychická. Dochází k nárůstu citlivosti pacienta, k velmi intenzivní snové činnosti, vybavování nezpracovaných situací z minulosti, k hluboké introspekci, k setkání s „vnitřním učitelem“ (Giove, 2002). Rostliny užívané na dietě také pomáhají pacientovi plánovat budoucnost a porozumět jeho problémům, mimo jiné díky tomu, že dochází k zintenzivnění myšlenek a emocí (Aedo, 2009). V analýze 44 protokolů o dietě, které pacienti pravidelně vyplňují, identifikoval Horák (2010) dva pacienty nejvíce popisované fenomény: „učení se“ a „získání doporučení“ pro život. Mezi nejčastějšími tématy, která se v protokolech objevovala, byly: minulost, rodina, život, budoucnost, práce a spiritualita.

Během pobytu na dietě pacienta třikrát navštíví na krátkou dobu psychoterapeut, aby zkontroloval jeho psychický stav, případně mu poskytl podporu. Také s ním pacient může v krátkosti sdílet své zkušenosti. K jejich hlubšímu psychologickému zpracování pak dochází zejména v období následujícím po ukončení diety. Tato následná psychoterapeutická práce se získaným materiálem je nutnou součástí diety. Obsahy, kterých se pacient během diety dotýká, zahrnují důležité životní události a aspekty, obvykle velmi intimní a silné, často související s jeho bloky a traumaty. Proto je třeba tyto obsahy za pomoci psychoterapeutické práce zanalyzovat, objasnit a aplikovat do každodenního života (Giove, 2002).

Psychické a fyzické efekty diety se odvíjejí od preference konkrétní rostliny užívané pacientem. O její volbě rozhodují společně tým curanderů a psychoterapeutů na základě psychoterapeutického procesu každého pacienta (Cárcamo, Obreque, 2008). Mezi obecně

popisovanými fyzickými efekty jsou uváděny nespavost, zvýšení smyslové vnímavosti, únava, nevolnost, pocity celkové nebo lokalizované bolesti, zvracení, závratě, průjem, zácpa. Na úrovni psychologické pacienti popisují příjemný dojem splynutí s přírodou, pocit všeobecné spokojenosti („well-being“), obnovení vzpomínek s emocionálně nabitými obsahy, rozšíření vědomí, spojení se spiritualitou a transcendentem aj.“ (Giove, 1997).

Příkladem rostliny často podávané pacientům během diety je tzv. „ushpawasha sanango“ (*Rauwolfia sp.*), mezi jejíž popisované účinky patří „schopnost vytvářet živé vzpomínky na emočně důležité okamžiky, čímž nám umožňuje vstřebat traumatické události z minulosti. Tyto obrazy se objevují jako vhledy („insights“) nebo jako aktivní imaginace, ačkoliv zaznamenáváme také zvýšení snové aktivity, vize, vynoření se emocí, které dotyční už dlouho nezažívali, intenzivní vnímání přírody a pocit rozšíření emocionality.“ (Ibid., s.13)

Na období diety navazuje dvoutýdenní období tzv. **postdiety**. Po tuto dobu musí pacient dodržovat řadu „postdietních“ opatření vycházející z tradiční amazonské medicíny. Je nutné konzumovat kvalitní lehkou, netučnou stravu, vyvarovat se cukru v jakékoliv formě (včetně ovoce), užívání alkoholických nápojů, sexuální aktivitě a také silným čichovým podnětům (Giove, 2002). Dodržením těchto pravidel lze nejen prohloubit proces započatý během diety, ale zejména eliminovat vznik psychických a somatických obtíží (Horák, 2010). V období postdiety dochází k plynulému dozrívání účinků rostlin intenzivně užívaných během diety. Objevují se výrazné sny, silné emoční zážitky, pacient je citlivý a zranitelný. Doba postdiety je zakončena rituálem v jehož závěru je pacientovi předán ke konzumaci první kousek ovoce.

Podle studie Aedo (2009, s. 39) vnímají pacienti dietu jako velmi významnou, „jako proces léčby a učení se“ a čas, kdy dochází k „facilitaci osobní práce a posílení aspektů osobnosti, ve kterých se cítí být slabí“. Giove (1997) u pacientů pozoruje dlouhodobé změny v životním rytmu, vztazích s druhými, více flexibility a sebejistoty, zvýšení intuice, lepší schopnost citově se vyjadřovat. První dieta obvykle vede k posílení pacientovy motivace a vůle léčit se a k větší upřímnosti a otevřenosti vůči terapeutům (Mabit, Giove, Vega, 1996).

Giove (2002) upozorňuje, že působení rostlinných extraktů není jediným faktorem, který se podílí na hluboké psychické práci pacienta. Pozitivní efekty jsou výsledkem koexistence několika příznivých podmínek jako jsou dostatek času, pobyt v kontaktu s přírodou, samota, absence fyzické aktivity, alimentární dieta, kontext rituálu a rostlin, které jsou užívány.

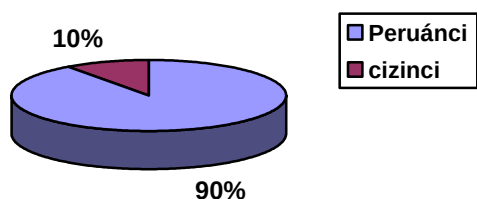
### 3.6 Charakteristika pacientů

Od roku 1992 prošlo centrem Takiwasi více než 700 pacientů. Převážnou většinu tvoří Peruánci z regionu San Martín, kde se Takiwasi nachází, stále více však roste i zájem pacientů ze zahraničí – za posledních deset let jejich podíl činil v průměru 32% (Horák, 2010) oproti 10% v letech 1992- 1999 (Giove, 2002). I když byla převážná část pacientů polytoxikomany, převládající hlavní zneužívanou drogou byly alkohol a PBC - kokainová pasta, látka, která vzniká jako meziprodukt při výrobě kokainu. Vzhledem k vysokému obsahu rezidua ředidel je silně návyková a vysoce toxická (Sieber, 2007). Účinek na psychiku je podobný jako při užívání cracku (Mabit, Sieber, 2006). Průměrný věk pacientů při vstupu byl 31 let.

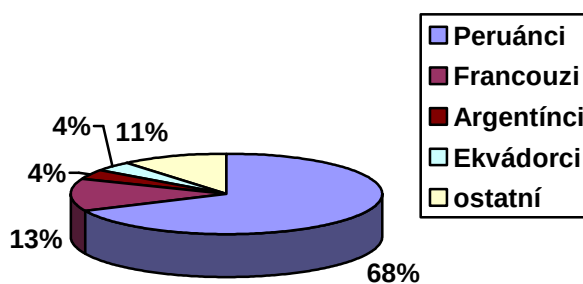
Na základě analýzy archivních dat byly v Takiwasi provedeny dvě statistiky zaměřené na charakteristiku pacientů léčených v centru - první provedla Giove (2002) a analyzuje data 329 pacientů z let 1992-1999, druhá, kterou provedl Horák (2010), se zaměřuje na roky 1999-2009 a vzorek 379 pacientů. Následující grafy ukazují výsledky těchto statistik, jak souhrnně, tak i samostatně pro možnost porovnání vzorků.

#### Národnost pacientů

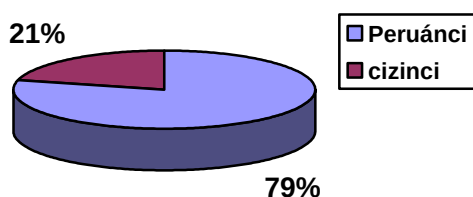
Národnost pacientů, kteří prošli léčbou v centru, popisují Giove i Horák rozdílným způsobem. Zatímco Giove pouze rozlišuje pacienty zahraniční (10%) a místní (90% z regionu San Martín a 21% z ostatních částí Peru), Horák podrobněji rozlišuje i národnosti zahraničních pacientů.



Graf č. 1: Národnost pacientů (1992-1999).



Graf č. 2: Národnost pacientů (1999-2009).



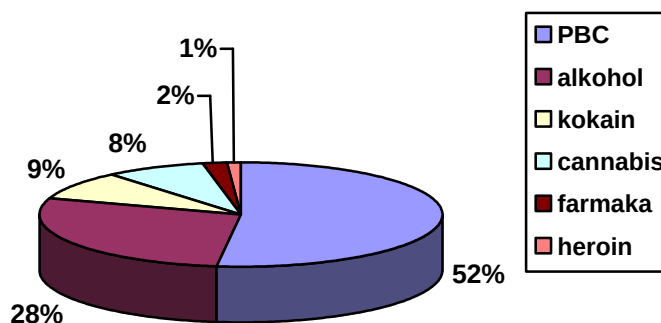
Graf č. 3: Národnost pacientů – souhrnně za roky 1992-2009.



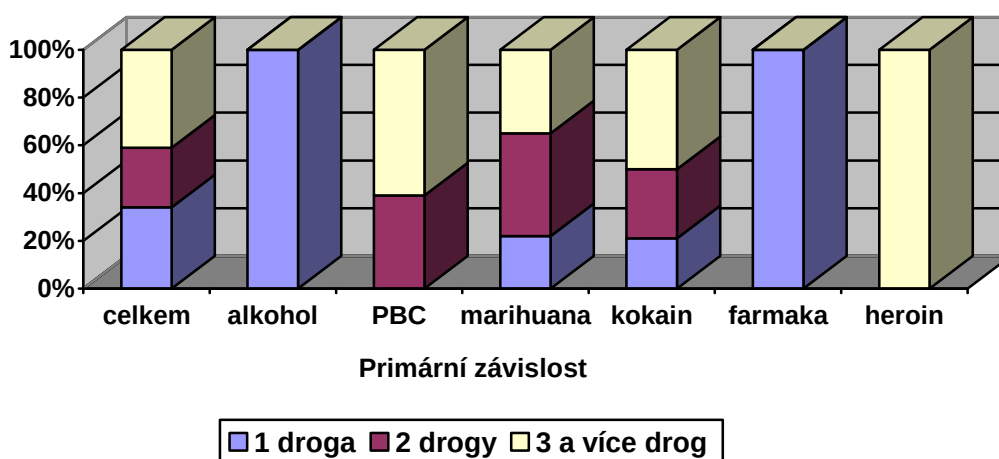
Jak ukazují grafy, v posledním desetiletí přibýlo více zahraničních klientů, především z Francie. Tento fakt se dá přisuzovat mimo jiné rozšíření povědomí o existenci centra a účinnosti jeho léčby, zejména pak mezi francouzskou odbornou veřejností. Převládající část pacientů však stále tvoří Peruánci.

### Závislost pacientů

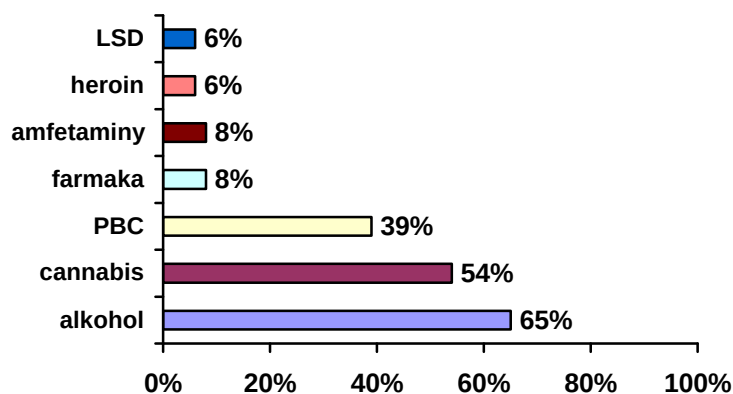
Otázku drogy, na které byli pacienti závislí, také zpracovává každá statistika odlišně. Zatímco Giove (2002) předkládá samostatné hodnocení primární závislosti (droga, na které byl pacient, dle jeho subjektivního posouzení, nejvíce závislý) a dále pak simultánní konzumaci (počet drog, které pacient zneužíval), Horák nabízí pouze souhrnnou statistiku, která zahrnuje všechny látky, na kterých byl pacient závislý.



Graf č. 4: Primární závislost pacientů (1992-1999).

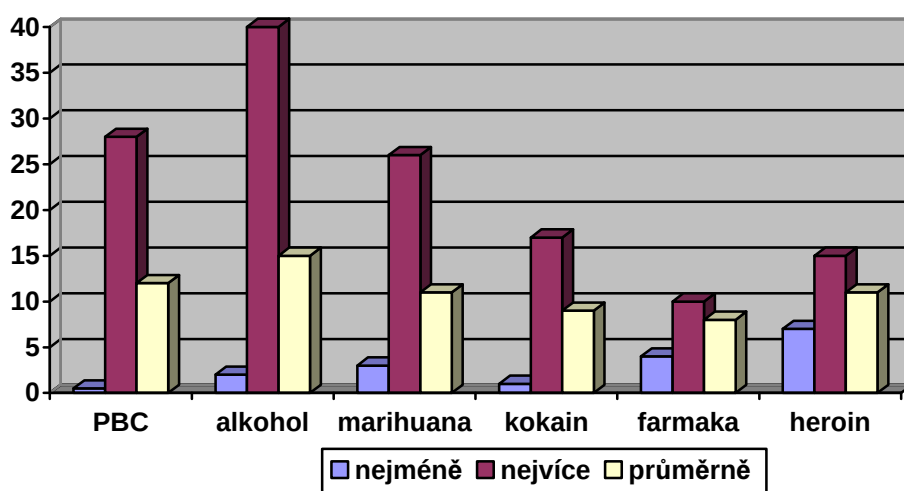


Graf č. 5: Simultánní konzumace (1992-1999).



Graf č. 6: Závislost pacientů (1999-2009).

Jak ukazují grafy, zatímco dominující drogou byla v prvních sedmi letech PBC (52%), v posledním desetiletí přibýlo pacientů závislých na alkoholu a cannabis. Dále vzrostl počet závislých na heroinu (z 1% na 6%) a objevili se pacienti závislí na amfetaminech a LSD. Tyto změny lze pravděpodobně přičíst nárůstu počtu pacientů ze zahraničí, zejména pak z Evropy. Graf dle statistiky Giove zobrazující simultánní závislost ukazuje, že velká část pacientů (65,5%) trpěla závislostí na několika návykových látkách současně. Jednalo se zejména o pacienty s primární závislostí na heroinu a PBC. Naopak pacienti závislí na alkoholu a farmakách už jinou závislost nevykazovali.



Graf č. 7: Doba konzumace v letech (1992-1999).

Poslední graf týkající se závislosti pacientů v Takiwasi v letech 1992-1999 zobrazuje dobu, po kterou danou drogu konzumovali. Nejdelší dobu konzumace vykazují pacienti závislí na alkoholu (v průměru 15 let), což Giove připisuje faktu, že se tato závislost rozvíjí pomalu a

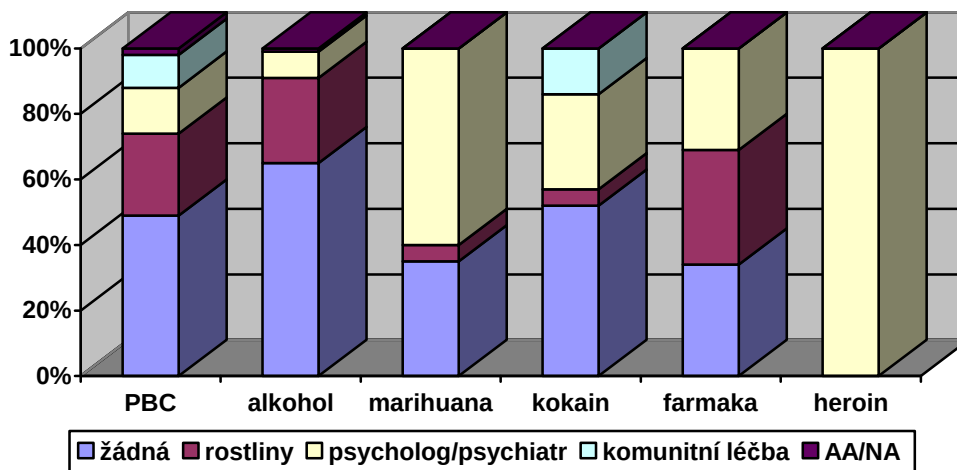
postupně a je třeba mnoho let, než dojde k znatelnému fyzickému poškození. Závislost na alkoholu je také v porovnání s ostatním typem závislostí lépe sociálně přijatelná. Pravidelné pití alkoholu časné ráno před prací (zejména lihovin obsahujících léčené byliny proti revmatismu, anémii, atd.) je mezi místními zemědělci běžným zvykem, a proto se v tomto kontextu každodenní pití alkoholu za alkoholismus nepovažuje, až do doby, kdy dochází k závažným konfliktům v rodině nebo širší společnosti, fyzickému poškození nebo závažné deterioraci mentálních funkcí.

Jak je z grafů patrné, závislost mnoha pacientů, kteří léčbu v Takiwasi podstoupili, je otázkou dlouhého časového období, celkově průměrně 12,5 let.

### Předchozí léčba

Giove se ve své statistice také zaměřuje na předchozí léčbu pacientů. Uvádí, že 53,5% pacientů již ve svém životě nějakou léčbu drogové závislosti podstoupilo, ovšem bez většího úspěchu. Jednalo se v 42,4% o léčbu tradiční medicínou, v 34,3% o běžnou psychiatrickou léčbu (pobyt v nemocnici, na soukromé klinice nebo ambulantní léčba), v 14,4% o léčbu v terapeutické komunitě, v 6% o léčbu v rámci náboženských sekt a v 3% o účast na svépomocné skupině (Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani).

Následující graf zobrazuje předchozí léčbu pacientů podle jejich primární závislosti.



Graf č. 8: Předchozí léčba (1992-1999).

Jak ukazuje předchozí graf, více než polovina pacientů podstoupila v minulosti neúspěšnou léčbu. Neúspěch této léčby přičítá Giove (2002) různým faktorům v závislosti na typu léčby. V případě léčby v terapeutických komunitách a náboženských sektách je to mimo jiné fakt, že se příliš soustředí na abstinenci a její udržení namísto toho, aby do hloubky řešily původ

problému. Pacienti často ještě během pobytu v komunitě drogy potajmu užívají. Běžná psychiatrická léčba probíhá ve velké části případů formou substituce nebo je zaměřena paliativně. Jen malá část institucí pracuje také psychoterapeuticky a věnuje se do hloubky problémům pacienta. Neúspěch předchozí léčby tradiční medicínou zase Giove připisuje faktu, že tito pacienti nebyli schopni respektovat striktní pravidla, které užívání rostlin vyžaduje, nebo se nesetkali s dostatečně kvalifikovanou osobou – v této oblasti pracuje i velké množství šarlatánů a dalších nedůvěryhodných osob.

Někteří pacienti si z předchozí léčby v komunitě přinášejí nepříjemné zkušenosti. Mnohé komunity v Peru fungují bez oficiálního povolení a jejich praktiky jsou na hranici etických zásad (Horák, 2010).

### Primární rodina

Dalších zajímavá zjištění Giove se týkají primární rodiny pacientů. Statistiky ukazují, že pouze 37,4% pacientů pocházelo z rodiny stabilní, kde žili rodiče společně s dětmi, zbytek, 62,6%, vyrůstal v rodině nestabilní a desintegrované. Významné bylo také procento dětí, které rodiče v dětství opustili - vyrůstaly tedy bez jejich přítomnosti, 12,5% z celého vzorku. Častá byla také kombinace chybějícího otce a fúze s matkou (splnutí, záměna rolí) – 27,5%.

| <b>Závislost/typ<br/>vztahu</b> | <b>Matka<br/>fúze</b> | <b>Otec<br/>absence</b> | <b>Matka fúze<br/>+ otec absence</b> | <b>Otec fúze</b> | <b>Normální</b> | <b>Opuštění v<br/>dětství</b> |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------|-------------------------------|
| PBC                             | 54,4%                 | 42,2%                   | 23,3%                                | 7,8%             | 17,8%           | 15,6%                         |
| Alkohol                         | 75%                   | 25%                     | 16,7%                                | 0%               | 16,7%           | 8,3%                          |
| Cannabis a kokain               | 66,7%                 | 66,7%                   | 66,7%                                | 16,7%            | 16,7%           | 0%                            |
| Celkem                          | 57,5%                 | 43,3%                   | 27,5%                                | 6,7%             | 20%             | 12,5%                         |

Tabulka č. 5: Vztah pacientů s rodiči (1992-1999).

Giove i Mabit (1997) upozorňují v souvislosti se vznikem a rozvojem závislosti zejména na kombinaci hyperprotektivní matky a pocitu opuštění ze strany otce. Dochází zde často k fúzi s matkou (splnutí rolí, propojení), která pacientovi brání v kontaktu s vnějším světem i s otcem. Tito pacienti často potřebují hranice, uznání od otce nebo jiné otcovské figury (terapeut, autorita, atd.) a projevení vzdoru vůči matce, kvůli které se nemohli individualizovat a na které byli závislí. Tito pacienti bývají často křehcí a zranitelní a nejsou si vědomi své osobní síly a zodpovědnosti. Je nutné obnovit u nich otcovský obraz a narušit

tak strukturu závislosti nebo jim nabídnout jiný pohled na maskulinitu a to, co představuje: hranice, ale také ochranu, podporu a spiritualitu.

O problematickém vztahu s otcem u pacientů Takiwasi hovoří také Mabit (1997). Na pozadí jejich chování je podle jeho zkušeností hledání otcovské figury. Svého otce popisují jako autoritativního, trestajícího a přísného, případně v rodině chyběl úplně. „Otec by měl být pevný, vřelý, záruka bezpečí, jeho hlavními funkcemi jsou ochrana a podpora. Pokud taková postava v rodině není, ani ji nezastane jiný muž zvenku, má dotyčný potíže strukturovat se, obzvláště je-li to muž“ (Ibid., s. 38). Ve vztahu mnoha pacientů s otcem měla klíčovou roli i jejich matka. Právě ta často stála mezi nimi a znemožňovala tak pacientovi, aby svého otce poznal. Hovořila o otci pejorativně, nepodporovala otcovsko-synovský vztah, vytvářela v synovi negativní obraz otce i mužství vůbec. Někdy v rodinách pacientů docházelo k převrácení atributů otcovské a mateřské figury. Matka byla autoritativní, dominantní, hyperprotektivní a udržovala své děti v závislém vztahu. Otec pak přijal pasivní a femininní roli.

V rodinách pacientů se také často vyskytovala další osoba trpící závislosti na psychoaktivních látkách – 46,3% pacientů uvedlo závislost nějakého blízkého rodinného příbuzného. Nejčastěji se jednalo o závislost na alkoholu (73%) a PBC (Giove, 2002).

### **Asociální chování**

Podle statistiky Giove (2002) mělo 52,6% pacientů předchozí trestní delikty. Z tohoto procenta se jednalo v 39,9% o krátkodobé zadržení v souvislosti s drobnými přestupky jako jsou drobné krádeže, řízení v opilosti nebo nenošení dokumentů. S dlouhodobým pobytem ve vězení mělo zkušenost 9% pacientů – z toho většina (75%) z důvodu krádeže a zbytek pro obchod s drogami. Obchodu s drogami jakožto hlavnímu zaměstnání se někdy během života věnovalo 19,5% všech pacientů.

V souvislosti s agresivitou přiznává 18% násilí vůči neznámým osobám z nepřiměřených důvodů, 30% se považovalo za neschopné kontrolovat se a někdy fyzicky napadlo své blízké, 5,3% se pokusilo o sebevraždu.

Giove upozorňuje na rozdílné charakteristiky a psychosociální chování v souvislosti s různým druhem závislosti. Pacienti závislí na alkoholu, vykazovali v době, kdy byli pod vlivem alkoholu, vyšší míru agresivity a byli častěji zadrženi pro pobuřování okolí nebo napadení příbuzných. Nedocházelo zde však k větším deliktům ani dlouhodobému pobytu ve vězení. Závislí na PBC měli vysoké procento uvěznění a závažných deliktů, často za účelem získat

drogu nebo během stavu paranoie vyvolaného drogou. Mezi konzumenty cannabis převládá jako základní charakteristika nenásilnost, ale často zde dochází k antisociálnímu nastavení, převrácení hodnot, účast v sektách nebo partách, zejména zaměřených na marginální rituály (satanismus, černá magie, esoterické praktiky).

### **3.7 Fáze léčby**

Léčba v Takiwasi je rozdělena do několika fází, které se liší svým zaměřením i terapeutickými metodami, které v danou fázi převládají.

Vlastnímu přijetí do centra předchází několik vstupních pohovorů zaměřených na specifikaci problémů pacienta, na odhalení případných kontraindikací k léčbě a zejména na zjištění pacientovi motivace. Ta je pro léčbu v Takiwasi klíčová a je nezbytným požadavkem, bez něhož do léčby nelze nastoupit. Je nutné, aby pacient vstoupil do léčby dobrovolně a na vlastní žádost. Před přijetím do centra je také pacient povinen podstoupit lékařské vyšetření zaměřené na odhalení případných zdravotních problémů. Pokud se u klienta prokáže patřičná motivace a zdravotní stav, který není kontraindikací léčby, je do léčby přijat.

Prvních deset dní v Takiwasi tráví pacient v izolaci v samostatném domku nacházejícím se v zadní části centra. Po celou tuto dobu nesmí budovu opustit ani komunikovat s dalšími pacienty. V této etapě prochází pacient podrobným psychologickým vyšetřením. Provádí se psychologický screening pomocí několika rozhovorů, podrobného dotazníku zaměřeného na pacienta, jeho minulost a vztahy s druhými, zahrnující otázky např. na rodinu, dětství, nemoci a obtíže v rodině, dospívání, vztahy, první kontakt s drogou, typ a dobu konzumace, vzdělání, pracovní zkušenosti a další. Dále je klientům vždy administrován test H-T-P (House-Tree-Person), ASI a dle potřeby také některé další testy, např. STAI (State-Trait Anxiety Inventory), ZUNG (The Zung Self-Rating Depression Scale), kresba postavy barevná i černobílá, Saachzovy nedokončené věty, BDI (Beck's Depress Inventory), ROR nebo Inventář procesu změny, který se zadává opakovaně v průběhu léčby.

Toto období je také charakteristické silnými projevy abstinčního syndromu. Pacient prožívá silnou úzkost, trpí nespavostí, nočními můrami, sny o užívání drogy, nepříjemnými vegetativními stavy a cítí silné bažení po droze. Mohou se také objevit nové symptomy, které byly dříve zakryty drogou, nebo zhoršení symptomů starých: alergie, bolesti zubů, astma, bolesti břicha, problémy s plícemi a kožní infekce (Mabit, Giove, Vega, 1996). Tyto stavy jsou částečně redukovány užíváním purgativních rostlin, které mu pomáhají vyloučit z těla toxické látky a celý proces tak urychlují (Mendive, 2008). Po týdnu až deseti dnech

abstinenční syndrom mizí a pacienti už nevykazují problémy s ním spojené (Cárdenas, 2009). Dalšími terapeutickými technikami jsou v tomto období rozhovory s psychoterapeutem, masáže, sauny a rostlinné koupele.

Touto dobou také pacient přemýšlí nad dosavadním životem, sepisuje svůj životopis, ujasňuje si motivaci k léčbě. Období izolace je zakončeno „rituálem přechodu“, který se koná za přítomnosti celého terapeutického týmu a všech pacientů. Nový pacient zde mimo jiné čte prohlášení, které sepsal a které se týká aspektů, jež by na sobě rád změnil, jeho chyb z minulosti a očekávání a nadějí do budoucna. Po té se stává právoplatným členem komunity a stěhuje se do domu k ostatním pacientům. Přijímací rituál je chápán jako obřadné přivítání nového klienta, jeho přijetí mezi skupinu a potvrzení jako člena společenství. Bývá často spojen s připomenutím hodnot, zásad a tradic příslušné terapeutické komunity (Kalina, 2008b).

Podrobnou strukturalizaci procesu léčby předkládá Giove (2002), která toto období rozděluje na 7 dílčích etap:

- 1) *Úvodní etapa* – trvá 10 dnů, pacient žádá o přijetí do léčby. Úkolem psychologa v této fázi je sledovat motivaci pacienta a informovat ho o léčbě. Pacient je podrobně vyšetřen psychologicky i lékařsky. Bere první čistící rostliny.
- 2) *Přijetí: etapa izolace* – 8 dnů, úkolem je snížení abstinenčního syndromu a čištění těla. Pacient má denně rozhovor s terapeutem, čistí se pomocí rostlin, navštěvuje ho curandero a léčí ho.
- 3) *Obnovení fyzické: „Já a moje minulost“* – trvá přibližně dva měsíce, pacient se detoxikuje tělesně i mentálně, řeší svoji minulost a svůj vztah k droze. Stále užívá čistící rostliny, zapojuje se do skupinového dění. Ke konci této etapy se účastní prvního ayahuaskového sezení.
- 4) *Psycho-emocionální restrukturalizace: „Já a druzí“* – asi tři měsíce, klient řeší otázku „Kdo jsem já?“ a vztahy k druhým. Navazuje se kontakt a spolupráce s rodinou. Pacient jde na první dietu, pokračuje v užívání čistících rostlin a účasti na ayahuaskových sezeních.
- 5) *Existenciální restrukturalizace: „Já a život“* – trvá v průměru dva měsíce. Pacient mimo jiné navazuje spojení s transcendentnem.
- 6) *Znovu-zapojení* – přibližně dva měsíce. Klient se připravuje na odchod z centra. Znovu se vrací k tématu drog. Plánuje konkrétní kroky po propuštění. Při odchodu pacient prochází obřadem odchodu.

- 7) *Pokračování* – dva roky. Klient dochází na sezení s psychologem. Sleduje se, jak se mu daří, řeší problémy, které se vyskytly po návratu do běžného života.

Pokud bychom tyto fáze popsali poněkud obecněji, můžeme říci, že **na počátku léčby** prochází pacient **fyzickou detoxikací** – léčba je tedy zaměřena zejména na zlepšení fyzického stavu, na snížení až postupné vymizení abstinenčního syndromu, na vyloučení toxických látek z těla a „nastartování“ správného fungování organismu. Již během druhého měsíce pozorujeme výrazné zlepšení fyzického stavu pacienta. Dochází k nárůstu váhy, hemoglobin se ustavuje na normální hladině, funkce jater je již téměř zotavena (Mabit, Giove, Vega, 1996). Klíčovou roli zde hrají purgativní rostliny. Toto období trvá 2-3 měsíce. Na konci tohoto období má velké množství pacientů pocit, že jsou už vyléčení a žádají odchod z centra. Proto je v této na konci této fáze obzvlášť důležité vytvoření dobrého vztahu s terapeutem a zaměření na motivaci pacienta k další práci na sobě samém.

**Druhá fáze** se soustředí zejména na **psychickou rovinu pacienta** – na konfrontování se se svou minulostí, setkání se sebou samým a ujasnění si vztahu k důležitým lidem z jeho okolí. Po uplynutí třech měsíců se může pacient poprvé zkontaktovat se svojí rodinou a přáteli, případně požádat o jejich osobní návštěvu. Frekvence a preference konkrétních osob závisí na každém pacientovi. Mabit, Giove a Vega (1996) poukazují na zajímavý jev – první osobou, kterou chtějí téměř všichni pacienti vidět, je jejich matka, a to i v případě pacientů ženatých nebo majících vlastní děti. To může být interpretováno jako demonstrace silného vztahu k matce nebo jako znak závislosti. Úkolem této fáze je mimo jiné přejít z role závislého dítěte do role zodpovědného otce. Kontakt s rodinou umožní pacientům měnit stávající vzorce chování, nastavovat nová pravidla, měnit roli, kterou v rodině zastává. Pokud projeví pacient a jeho rodina zájem, mohou i rodinní příslušníci (případně partnerka pacienta) podstoupit částečnou práci na sobě pomocí purgativních rostlin a participaci na několika ayahuaskových sezeních.

Na začátku této fáze pacient absolvuje svoji **první dietu**. Ta obvykle upevňuje jeho motivaci k léčbě, přináší klíčová témata pro další psychoterapeutickou práci a naznačuje její zaměření v následujícím období. V této době se pacienti svým psychoterapeutům více otevírají, jsou upřímnější a sdílnější. Často hovoří o svým ambivalentních pocitech z léčby, o předchozích touhách z léčby odejít, o tom, jak a kdy porušovali pravidla, o negativním vztahu k některým pacientům či zaměstnancům. Užívání purgativních rostlin v této fázi pokračuje, i když je hlavní důraz kladen zejména na užívání ayahuasky a dalších psychoaktivních rostlin a na život v terapeutické komunitě (soužití s ostatními pacienty, dodržování pravidel). Zkušenosti,



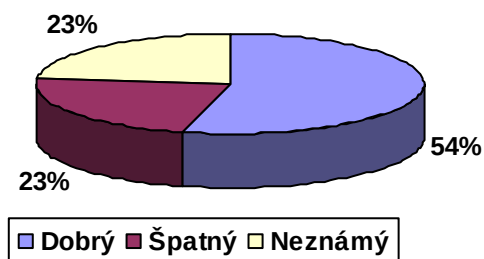
kteřé tímto pacient získá, jsou pak dále zpracovávány během pravidelných psychoterapeutických sezení. Konec této fáze, přibližně po 6 měsících léčby, je opět rizikovým obdobím, kdy mnoho pacientů uvažuje o ukončení léčby. Mají pocit, že již vyřešili problémy z minulosti, porozuměli mechanismu své závislosti, vědí, kým jsou a projevují velké nadšení realizovat své plány. Nemají chuť se dále a hlouběji zabývat sami sebou a léčbu opouštějí (El saber médico, 1997).

**Poslední fáze** léčby, která trvá zhruba od šestého měsíce do konce léčby, se pak zaměřuje na prohloubení práce na psychické stránce pacienta a zejména pak na rozvoj v dimenzi duchovní. Pacienti spontánně začínají řešit otázky smyslu života, svého životního poslání a naplnění, víru. Tato témata se i objevují během ayahuaskových sezení a ve snech pacientů. Purgativní rostliny jsou užívány už jen minimálně a v posledním měsíci se pozvolna odstupuje i od užívání rostlin dalších. Zhruba dva měsíce před odchodem z centra, podle individuálního tempa každého pacienta, začínají pacienti svůj proces znovu-začleňování do společnosti. Na část dne docházejí do města, kde jako dobrovolníci pomáhají v instituci dle svých osobních preferencí a schopností (např. vesnička pro děti bez domova, řemeslná dílna, farma) a účastní se již jen vybraných terapeutických aktivit. Pacient se připravuje na návrat domů a vytváří svůj plán – sepisuje seznam rizik, kterým je třeba se vyvarovat, podpor, které mu mohou pomoci v případě krize, a aktivit, které chce pravidelně provozovat. Tento svůj plán systematicky konzultuje s terapeutem a upravuje do realistické a funkční podoby. **Odchod z centra** bývá provázen silnými a ambivalentními pocity. Vedle radosti, naděje, očekávání, víry v příznivou budoucnost a touhy realizovat své plány, zde mají svou silnou pozici i úzkost, strach a obavy z toho, co pacienta čeká. Po devítiměsíčním pobytu v chráněném prostoru centra a intenzivní „práci“ na sobě samém, která se obvykle demonstruje výraznou osobnostní proměnou, se má pacient vydat zpět, do světa, který má spojený s předchozím způsobem života, do rodiny, kde se nic nezměnilo a kde panují předchozí role a vzorce chování, do světa, kde nebude chráněný a který pro něho nebude mít takové pochopení. Dalším strachem často popisovaným pacienty je strach z vlastního selhání. Čeká ho konfrontace se skutečným životem s reálnými situacemi, jež by mohly vést k relapsu. Právě toto bývají témata posledních terapeutických sezení. Pobyt v centru je završen malou oslavou, kdy pacient zorganizuje svůj oběd na rozloučenou.

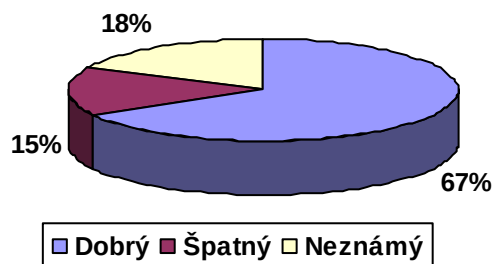
Kompletní léčbu v Takiwasi absolvovalo 25% ze všech přijatých pacientů. Většina pacientů (47%) ukončila léčbu předčasně dobrovolným odchodem na základě předchozí domluvy s

terapeutů. Zbylí pacienti buď z léčby utekli (19%) nebo byli vyloučeni (9%) (Giove, 2002, Horák, 2010).

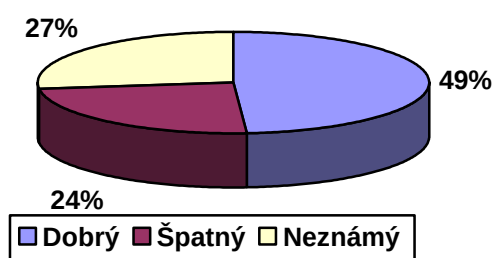
Studie Giove (Ibid.) ukazuje, že je forma ukončení léčby faktorem, který úzce souvisí s její účinností a následným stavem pacientů. Stav pacientů léčených v Takiwasi v letech 1992-1997 k prosinci 1999 (tedy po 2 a více letech od ukončení léčby) zobrazují následující grafy:



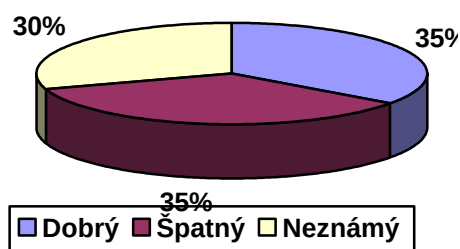
Graf č.9: Stav pacientů po ukončení léčby (celkem).



Graf č. 10: Stav pacientů po ukončení léčby (kompletně dokončená léčba).



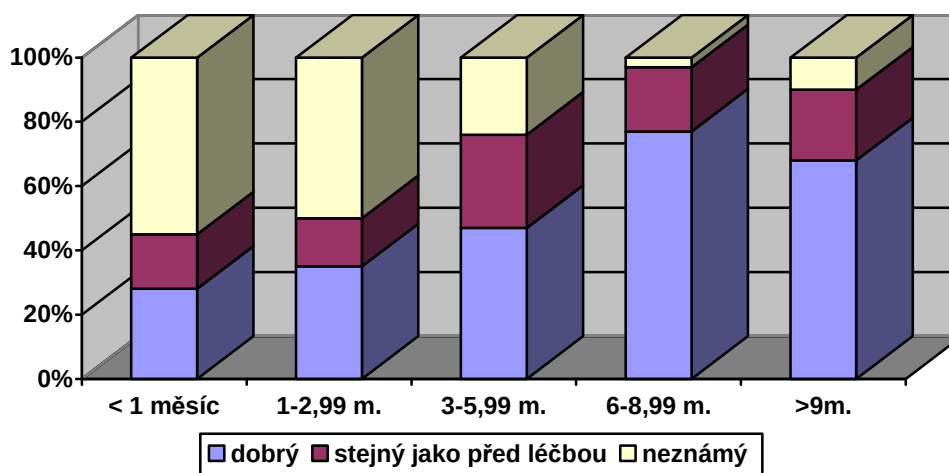
Graf č. 11: Stav pacientů po ukončení léčby (dobrovolný odchod).



Graf č. 12: Stav pacientů po ukončení léčby (útěk).

Z pacientů, jež léčbu absolvovali kompletně, hodnotilo při dotazování s odstupem času svůj celkový stav jako dobrý 67%, z těch, kteří z léčby odešli dobrovolně, to bylo 49% a z pacientů, kteří utekli, již pouze 35%.

Vliv doby pobytu v léčbě na stav pacientů po dvou a více letech od ukončení léčby zobrazuje také graf uvedený na následující straně.



Graf č. 13: Vztah doby pobytu v léčbě a stavu pacientů po ukončení léčby.

Jak ukazuje graf, nejúčinnější je léčba po dobu 6-9 měsíců. Nižší účinnost v době překračující 9 měsíců může být způsobena i faktem, že po tuto dobu zůstávají pacienti s komplikovanější osobnostní strukturou nebo náročnějšími problémy.

Další důležitou otázkou související s účinností léčby je míra recidivy. Ta je u pacientů, jež dokončili léčbu, 15% (Giove, 2002). Giove (Ibid.) také popisuje **strategie, které pacienti subjektivně hodnotili jako účinné při prevenci relapsu:**

- vrátit se k praktikování víry, ať už individuálně nebo prostřednictvím konkrétní církve
- vyhledat společnost rodiny nebo „zdravých“ přátel
- praktikovat sport nebo náročnou fyzickou práci; vysílit se
- používat prostředky využívané během léčby jako meditaci nebo rostlinné koupele
- požádat o podporu Takiwasi nebo jinou terapeutickou komunitu
- účast na svépomocných skupinách jako Anonymní narkomani nebo Anonymní alkoholici (pacienti, kteří nežijí v Tarapotu)

Mnozí pacienti spontánně udržují kontakt s centrem Takiwasi a informují psychology o svém stavu. Obecně se pacientům doporučuje další provázení formou dlouhodobé psychoterapie v místě bydliště.

Velká část pacientů (59%) se na Takiwasi obrací také v případě dalších potíží. Obvykle se chtějí svěřit se svým problémem, hledají radu a podporu. V případě jejich prosby vrátit se a podstoupit krátký ambulantní program žádají především purgativní rostliny, které preferují před psychoaktivními, s výjimkou okamžiků rozhodování se nebo pochybností. Někteří také

přicházejí s odstupem času, aby podstoupili dietu v džungli, nebo absolvovali několik čistících a ayahuaskových sezení společně s členy rodiny nebo partnerkou. Do Takiwasi se vracejí také pacienti, kteří z léčby zde v minulosti utekli – 75% z nich později žádá o novou šanci vstoupit do programu (Mabit, 2001a). To vše naznačuje, že pacienti subjektivně vnímají léčbu v Takiwasi jako účinnou a mají v ní důvěru.

Účinnost léčby v centru Takiwasi hodnotí pozitivně i závěry některých výzkumných studií (Aedo, 2009, Horák, 2010). Harrington (2008) na základě své studie provedené v centru Takiwasi poukazuje na terapeutický potenciál entheogenů a možnost jejich inkorporace do paradigmatu funkční psychologické léčby. Podobně Guirrimán a Saldaña (2008, s. 17) tvrdí, že „způsobem, jakým je pracováno v Takiwasi, jsou terapie s rostlinami jako ayahuasca a osobní duchovní růst vhodné pro kohokoliv, kdo si skutečně přeje vyléčit se.“

## 4. Drogová závislost

V následující kapitole se chceme věnovat definici drogové závislosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o jev známý a hojně popsáný v odborné literatuře, uvedeme na tomto místě pouze stručně základní informace.

### 4.1 Definice drogové závislosti

Základní terminologie rozlišuje termíny **úzus** (užívání, které nevede k poškození uživatele), **abúzus** (škodlivé užívání, kde již dochází k poškození jedince) a **syndrom závislosti**.

**Syndrom závislosti** je definován Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10). „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák“ (Nešpor, 2007, s.9-10).

Dle **MKN-10** může být definice drogové závislosti stanovena pouze tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke 3 nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit buzení užívat látku
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
- c) tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku
- d) průkaz k tolerance účinku látky – vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Definice syndromu závislosti dle **DSM-IV** je v mnoha bodech podobná, hlavní rozdíl spočívá v tom, že nezahrnuje bod a) (tj., craving) a naopak klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

## **4.2 Vznik a rozvoj drogové závislosti**

V souvislosti s otázkou vzniku a rozvoje drogové závislosti nacházíme řadu teorií – od biologických přes psychologické až po spirituální. V souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem psychických nemocí včetně závislostí je třeba věnovat pozornost všem těmto faktorům.

Jeřábek (2008) v kontextu rozvoje abúsu psychoaktivních látek hovoří o třech okruzích hypotéz:

- 1) Jedná se o civilizační **karikaturu** původně adaptivního **šamanismu**.
- 2) **Hédonistický model** – jedinec se necítí zle, ale chce, aby mu bylo ještě lépe, později vzniká závislost.
- 3) **Autosanační model** – předpoklad nějakého základního deficitu, který se jedinec snaží sanovat z vnějších zdrojů, motivace je nevědomá a silná.

### **Neurobiologický model závislosti**

Biologické modely pohlíží na závislost jako na nemoc v lékařském slova smyslu – pokládají ji za chronické, obtížně léčitelné onemocnění s častými recidivami, které je spíše nevyléčitelné (Kalina, 2003). V posledních 15 letech se jako hlavní medicínský model závislosti prosadil model neurobiologický. Tento model vychází z dopaminové hypotézy, která tvrdí, že „odměňující efekt drog je závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích“ (Dvořáček, 2008, s.25), a bývá též označován jako **systém odměny**. Vychází z předpokladu, že droga jakožto umělý zdroj odměny nahradí zdroje přirozené. Tato změna je podpořena několika faktory (Ibid.):

- 1) dosažení odměny za pomocí drog je rychlejší a jednodušší
- 2) odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná
- 3) organismus nemá k dispozici zpětněvazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny

Tento model považuje závislost za chronické recidivující onemocnění mozku s následujícími behaviorálními projevy (Ibid.):

- užívání drog získává kompulzivní charakter
- závislý jednoznačně preferuje užívání drog před jinými zdroji odměny
- podměty spojené s užitím drogy (nebo s možností jejího užití) silně kontrolují chování
- vysoká tendence k relapsu (i po letech abstinence od drog)

### **Psychologické mechanismy**

Při hledání odpovědi na otázku, proč člověk užívá psychoaktivní látky a stává se na nich závislý, nacházíme i vysvětlení psychologická. Hájný (2008) v této souvislosti popisuje následující přístupy:

- **teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje**
- **závislost jako nezávislé uspokojování** - užívání psychoaktivních látek je formou relativně snadného uspokojování, které nevyžaduje angažování ve vztazích a dlouhodobé usilování
- **drogy jako náhradní prostředek při zvládání psychických stavů** – předpokládaný deficit určitých psychických funkcí (schopnost ovládat citové stavy a nálady narušena v době, kdy se měla přirozeně utvářet) a celkovou slabost či křehkost „já“
- **teorie o obranných mechanismech** – droga jako způsob ochrany duševní rovnováhy
- **psychoaktivní účinky jako manická obrana** – časté účinky návykových látek (euforie, stimulace, pocit, že vše zvládnou aj.) odpovídají tomu, co přináší mánie člověku trpícímu bipolární poruchou osobnosti; dotýčný se tedy touto formou brání depresivním stavům a poklesům nálad, které by nedovedl unést
- **psychoaktivní účinky jako externalizace** – závislý hledá mimo sebe řešení vnitřního problému nebo naplnění vnitřní prázdnoty
- **bludný kruh účinků drogy** – selhání→negativní pocity (smutek, zklamání, zlost, aj.) →emoční regrese→snaha najít něco, co pomůže→užití drogy→odosobnění (je užívajícím a zároveň i pozorovatelem) →pocit naplnění a uvolnění→vymizení účinku→opakování mechanismu
- **teorie attachmentu** – deficitní typ vazby
- **„křehké já“** – obtížně zvládá emoce, nedovede dobře udržet své hranice, neovládá konstruktivní strategie zvládání - integrační funkci v období dospívání neplní „já“, ale vnější integrační prvek - droga

## **Rodinné faktory**

Při vzniku a udržování drogové závislosti hraje důležitou roli i rodina a vztahy v ní. Hajný (2008) uvádí následující faktory na straně rodiny:

- **spoluzávislost** (kodependence) – partner nebo rodina závislé chování umožňují (např. popírají, nedodržují pravidla a hranice, obviňování namísto hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace, aj.)
- **závislost jako „náhradní problém“**
- **falešné osamostatnění** (separace) – dospívající dítě se v souvislosti se svým „vývojovým úkolem“ snaží odejít z rodiny, podmínky ale přirozenou separaci neumožní a dospívající se dostává do vnitřního konfliktu, jehož kompromisním řešením může být právě problémové užívání drog
- **hyperprotektivní matka**
- **vzdálený či nepřítomný otec**
- **některé problémy v rodinných vztazích** – např. užívání drog rodiči nebo jejich trestná činnost, špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími, nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti, nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování, nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům, aj.

Tyto faktory jsou pouze ukázkou možných vlivů, které mohou za závislostí stát a jejich přehled jistě není vyčerpávající. Jak upozorňuje Kudrle (2003), příčiny alkoholové a drogové závislosti jsou velmi komplexní a nejčastěji se jedná o kombinaci řady faktorů.



## 5. Vztah k sobě

Disertační práce se zabývá vlivem léčby v Takiwasi na formování vztahu k sobě. Z tohoto důvodu je třeba vymezit tento pojem (vztah k sobě) a zasadit ho do širšího kontextu.

### 5.1 Já

Pokud chceme hovořit o vztahu k sobě, je nutné nejprve vymezit, co je to vlastně Já. Pojem Já je ústřední kategorií psychologie osobnosti a je předmětem zájmu i dalších psychologických oblastí, jako například psychologie sociální nebo psychoterapie. Studium Já a vztahu k sobě se zabývali zejména symboličtí interakcionisté (Cooley, Mead), reformátoři klasické psychoanalýzy (Hartmann, Rapaport, Freudová, Kleinová), sociální psychologové (Wylieová, Suls, Greenwald, Markusová, Wurfová aj.) a humanističtí psychologové (Maslow, Rogers). Za zakladatele psychologie Já je považován William James.

Cakirpaloglu (2012, s. 162) definuje Já jako „ústřední, cílevědomou a výkonnou složku člověka“ a vymezuje **rozdíl mezi pojmem Já a blízkými pojmy Ego, osobnost a organismus**. Pojmům Já a Ego je společné, že odkazují na vědomí, racionální uvažování a intencionální činnost. Rozdíl však spočívá zejména v tom, že Já je obecnější než Ego a zahrnuje i vlastnosti, které Freud vymezil pro Superego. Já nelze taktéž zaměňovat s osobností, neboť Já představuje pouze část osobnosti – její ústřední uvědomělou a výkonnou složku, kterou člověk prožívá a se kterou se ztotožňuje. Mezi Já a ostatními složkami osobnosti dochází k dynamickým vztahům. Rozdíl mezi Já a organismem spočívá především v tom, že organismus představuje biologickou entitu přístupnou objektivnímu pozorování ze stany druhých, kdežto Já je fenomén subjektivní.

#### 5.1.1 Historické přístupy k chápání Já

Za zakladatele psychologie Já je považován William James. Jeho přínos v této oblasti spočívá zejména v tom, že rozlišil dva aspekty Já - **Já jako objekt** (poznávané Já, „self-as-known“) a **Já jako subjekt** (poznávající Já, „self-as-knower“). Vymezit jednoznačně tyto pojmy je psychologii poměrně složité. Říčan (2007, s. 171) oba pojmy vymezuje následovně: „Já jako subjekt je nám v prožitku dáno jako stále přítomné schéma vědomí, cítění a jednání. Mé prožitky jsou mé, a nikoho jiného. Jakmile si však uvědomím, že jsem to já, kdo cítí či jedná, že jsem subjektem, jsem již také objektem tohoto uvědomění a patrně i uvažování, cítění,

chtění a hodnocení. Máme tedy Já jako subjekt psychicky dáno v předmětném prožitku Self.“ Sám James však upozorňoval na to, že tyto složky Já jsou neoddělitelné a uvedené rozlišení viděl možné pouze na teoretické úrovni (Blatný, 2010).

**Symboličtí interakcionisté** kladli důraz na význam sociálních interakcí při formování Já. Já chápali primárně jako sociální konstrukt, který vzniká na základě symbolických interakcí. Klíčovými pojmy symbolických interakcionistů v souvislosti s Já jsou Cooleyovo „**zrcadlové já**“ (druzí pro člověka představují jakési „sociální zrcadlo“, podle kterého se vytváří naše Já – Já je tedy naše představa o tom, co si o nás druzí myslí), Cooleyova „**představa sebe**“ (skládá se ze tří složek – představa o tom, jak se jevíme druhému, představa o tom, jak nás druhý hodnotí a určitý druh citu k sobě) a Meadův „**zobecněný druhý**“ (lidé přejímají postoje k sobě spíše od generalizované skupiny významných osob, které na ně sdílejí určitý pohled, než že by reagovali na konkrétní osoby v konkrétních situacích) (Ibid.).

Současný pohled na sebepojetí se od historických přístupů liší zejména v tom, že jej přestalo vnímat jako globální, celistvou představu sebe konzistentní v čase a situacích. Naopak je zdůrazňována jeho „multifacetová hierarchicky uspořádaná struktura a dynamika fungování v závislosti jak na tzv. Já-motivech, tak na situačním kontextu“ (Blatný, 2010, s. 111). Multifacetové pojetí odkazuje na skutečnost, že je sebepojetí tvořeno řadou dílčích mentálních reprezentací Já (označovaných např. jako percepce, schémata, prototypy), které tvoří určitý systém. Poznatky o sobě jsou hierarchicky uspořádané podle míry abstrakce od konkrétních, specifikovaných prvků až po obecné kategorie. V závislosti na odlišných situacích je pak aktivizována některá z reprezentací Já, která má v danou chvíli centrální a řídící funkci.

### 5.1.2 Dvojakost jáství

Vzhledem k tomu, že zkoumání Já vychází z metody introspekce a případného zprostředkování touto metodou získaných poznatků druhým, výchozím bodem pro přístup k Já je tzv. jáská zkušenost. Tato zkušenost může mít různé formy – od prosté percepce svého obrazu v zrcadle, přes pohled na sebe například na fotografii, až po prožitek intenzivních příjemných či nepříjemných pocitů (např. stud, pýcha, bezmoc, pocit vlastní kompetence, pocit sounáležitosti s druhým aj.). Jáskou zkušenost zažíváme pouze bezprostředně a vždy v jedinečné podobě. Je tedy neopakovatelná, nepřenositelná a nesdělitelná (Výrost, Slaměník, 1997). Jak vysvětlují Výrost a Slaměník (Ibid., s. 182), „základem jáské zkušenosti je obvykle nějaký pocit, který člověk identifikuje jako nedílnou součást sebe.“ V okamžiku,

kdy si tento pocit uvědomí, dojde obvykle ke konfrontaci s dřívější zkušeností, která vede k rozšíření aktuálního pocitu a k tomu, že tento pocit nabývá nových kvalit.

Jelikož je zážitek jáství zprostředkovatelný pouze na základě vlastního uvědomění (a následné výpovědi), předpokládáme jistou dualitu Já, na kterou upozorňoval již William James. Výrost a Slaměník (1997, s.183) tuto dualitu shrnují do věty „Já jsem si vědom sám sebe“. Můžeme tedy rozlišit (Výrost, Slaměník, 1997, Blatný, 2010):

- **Já jako objekt** – empirické Já; člověk je schopný nahlížet na sebe jako na objekt stejně jako na jiné objekty ve vnějším prostředí; v tomto pojetí je Já definováno jako mentální reprezentace, která se v zásadě neliší od mentálních reprezentací, které má člověk ohledně jiných pojmů, objektů atd.
- **Já jako subjekt** – činné Já, člověk jakožto předmět svého poznávání; studium Já jako subjektu zahrnuje zkoumání intrapersonálních aktivit a procesů, které utváří a organizují (často implicitní a neuvědomované ) obsahy související s Já

Rozlišení mezi Já jako objektem a Já jako subjektem poznání přehledně shrnuje Blatný (2010, s. 115) v následující tabulce:

|                              | <b>Já jako subjekt</b>                 | <b>Já jako objekt</b>              |
|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| kognitivně vědecké kategorie | procedurální znalosti                  | deklaratorní znalosti              |
| termíny počítačové metafory  | program                                | vstup, výstup, uložená data        |
| kognitivní funkce Já         | egocentrická paměť a posuzování        | sebepojetí, sebeobraz              |
| běžné termíny                | mentální proces<br>nevědomé schopnosti | mentální obsah<br>vědomá zkušenost |
| filozofické kategorie        | Já jako činitel                        | empirické Já                       |

Tab. č. 6: Rozlišení mezi Já jako subjektem a já jako objektem poznání podle Greenwalda a Pratkanise (1984, in Blatný, 2010, s. 115).

**Činné Já** (Já jako subjekt) je charakterizované atributy jako činitel a nositel vůle, spojitost, zvláštnost či unikátnost nebo integrace. Jeho předpokladem je selektivní vědomí a pozornost (je tedy citlivým detektorem sebe-relevantních podnětů, ale i aktivním iniciátorem nezaměřené pozornosti). Je úzce provázáno s pamětí a není možné jej od paměti oddělit. Činné já průběh paměťových procesů ovlivňuje (viz. např. sebeprodukční efekt, sebe-referenční efekt či sebezapojující efekt) (Výrost, Slaměník, 1997) a snaží se uchovat soulad

mezi jednotlivými percepcemi Já a mezi těmito percepcemi a vstupující informací (ztv. konzistence Já) (Blatný, 2010).

**Empirické Já** (Já jako objekt) úzce souvisí se schopností sebereflexe, tj. vědomého sebezpoznávání, sebevymezení a sebehodnocení. Obsah sebereflexe je u každého jedinečný a je determinovaný dispozičně, interpersonálně, kulturně a historicky. Všechny aspekty sebereflexe bývají souhrnně označovány termínem sebesystém. Jasná a konzistentní představa o sobě samém („mít v sobě jasno“) bývá v naší kultuře považována za ukazatele zralosti osobnosti a bývá vysoce společensky ceněna. Vnímání Já jako objektu souvisí s utvářením vztahu k sobě – nutným předpokladem formování tohoto vztahu je totiž odlišit sebe sama od okolního prostředí (Výrost, Slaměník, 1997).

### 5.1.3 Rogersovo Self

V souvislosti s pojmem Já bývá užíván také pojem **Self** spojovaný především s humanistickým pojetím C. Rogerse. Rogers (1998, s. 34, cit. Cakirpaloglu, s. 142) považoval Self za „organizovaný, konzistentní pojmový gestalt, který je složený z vjemů charakteristik „Já“ nebo „Mě“ a z vjemů vztahů „Já“ nebo „Mě“ vůči druhým lidem a vůči různým aspektům života spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojené“.

Rogers rozlišoval dva aspekty Self (Cakirpaloglu, 2012) - **Self objektivní** (vyrůstající z individuálních zkušeností s lidskou situací, tedy vyjadřující interakční povahu osobnosti) a **Self subjektivní** (intimní aspekt vlastní totožnosti). Oba tyto aspekty se vzájemně ovlivňují a vzniká tak **Self-koncept** neboli „organizovaný, konzistentní pojmový útvar (gestalt) složený z vjemů charakteristik Já („I“ nebo „me“) a vjemů vztahů Já k druhým lidem a k různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojeny“ (Rogers, 1959, s. 200, cit. Říčan, 2007, s. 177). Tento Self-koncept tedy slučuje obsahy sebehodnocení s hodnocením vnějších pozorovatelů. Jeho význam může být kladný nebo záporný. Self-koncept také zahrnuje dvě roviny sebezpoznání (Cakirpaloglu, 2012):

- **Self jako objekt** – představa o vlastních fyzických, osobnostních a sociálních vlastnostech (např. jsem středně vysoká štíhlá bruneta)
- **Self jako subjekt** – intimní rovina Self, představa o vlastní zdatnosti, kontinuitě a jedinečné totožnosti (sebehodnocení, sebereflexe a sebeúcta)

Toto pojetí může být matoucí v souvislosti s pojetím uvedeným v předchozí kapitole (Já jako subjekt, Já jako objekt), jelikož se tyto dvě charakteristiky vzájemně rozcházejí. Například

vztah k sobě, sebehodnocení a sebereflexi řadí Výrost a Slaměník (1997) podobně jako Blatný (2010) do kategorie Já jako objekt, zatímco u Cakirpaloglu (2012) tyto fenomény nalézáme v oblasti Já (Self) jako subjekt. Tento rozdíl lze pravděpodobně přičíst rozdílným teoretickým východiskům (sociální psychologie x humanistická psychologie).

Tomu, co v této práci chápeme jako vztah k sobě, odpovídá tedy Rogersovo chápání Self jako subjektu (intimní rovina Self) a chápání Já jako objektu tak, jak jej popisují Výrost, Slaměník (1997) nebo Blatný (2010).

#### 5.1.4 Tři aspekty já

Jak uvádějí někteří autoři (Výrost, Slaměník, 1997, Smékal, 2004, Blatný, 2010) sebesystém každého člověka zahrnuje 3 základní složky:

- 1) **Kognitivní složku** – poznatky o vlastním Já; tento aspekt se týká obsahu a struktury sebepojetí
- 2) **Emoční složku** – emocionální prožitky Já, tedy vztah k sobě, sebehodnocení
- 3) **Konativní složku** – motivační aspekt Já, seberegulace

#### Kognitivní aspekt Já

Kognitivní aspekt Já bývá ztotožňován s pojmem sebepojetí, respektive s jeho obsahem a strukturou. Sebepojetí můžeme nejjednodušeji definovat jako poznatky o vlastním já (Výrost, Slaměník, 1997). Tyto poznatky jsou potom určitým způsobem a podle určitých kritérií uspořádány, strukturovány a organizovány. Sebepojetí se vytváří v procesu socializace člověka (během jeho interakce se sociálním prostředím) postupným narůstáním informací o sobě na základě zpětných vazeb z okolí nebo na základě vlastního úsudku v průběhu sebepozorování (vlastní činnosti, duševních procesů a stavů) (Blatný, 2010). Tyto informace potom bývají určitým způsobem kognitivně organizovány. Existuje celá řada modelů, které se tuto organizaci snaží vysvětlit, mezi v současné době nejvlivnější patří následující čtyři (Výrost, Slaměník, 1997, Blatný, 2010):

- 1) **Já jako sebeschématata** – model H. Markusové nazývá kognitivní jednotky sebepojetí sebeschématata. Jedná se o vodítka, které informace budeme považovat za seberelevantní a které ne. Tato schémata vznikají jako výsledek opakovaného procesu sebepercepce, kategorizace a interpretace sebe sama v různých situacích – jedná se tedy o generalizaci poznatků o sobě, která obsahuje informace o minulé

zkušenosti a osobních charakteristikách. Já je v tomto modelu tedy chápáno jako paměťová struktura tvořená souborem schémat.

- 2) **Já jako prototyp** – pojem já je reprezentován prototypem složeným ze souboru centrálních a okrajových rysů. Prototyp já je abstrahován z pozorování vlastního chování ve specifickém sociálním kontextu, a proto existuje řada prototypů Já (např. Já sám, Já s partnerem, Já v zaměstnání, aj.). Na základě srovnání s prototypem Já potom zařazujeme do kategorie pojmu Já nové informace. Narozdíl od předchozího modelu, který chápe schéma jako generalizaci celé třídy jevů, prototypické pojetí předpokládá, že kategorie je reprezentována prototypickým případem (k jejímu vytvoření tedy stačí určitý počet rysů typických pro členy dané kategorie, které jsou však v tomto ohledu významné).
- 3) **Já jako hierarchická kategoriální struktura** – tento model vychází ze stejného základu jako prototypický model Já – z předpokladu jeho konceptualizace. Toto pojetí chápe Já jako kognitivní kategorii s vnitřní hierarchickou organizací. Termíny relevantní pro deskripci Já (rysy, hodnoty, specifické vzorce chování, minulé události) jsou hierarchicky uspořádány podle míry abstrakce, od konkrétních, specifických prvků (např. jsem psycholog, navštívila jsem Peru) po obecné kategorie (např. jsem žena).
- 4) **Já jako asociativní systém** – tento model předpokládá, že jsou informace o sobě uloženy v paměti ve formě propozic. Obdobně jako v předchozích modelech vznikají tyto informace na základě generalizací znalostí o Já. Propozice tvoří síť, v níž jsou jednotlivé informace propojeny asociativními cestami do funkčního systému.

### **Emoční aspekt Já**

Sebepojetí nelze považovat za pouhou smysluplnou organizaci představ o sobě. Jeho podstatnou součástí je i vztah k sobě, charakterizovaný emocionálními prožitky Já. Zatímco kognice funguje jako prostředek poznání, emoce dodávají psychice rozměr citového prožívání. Tento vztah k sobě se manifestuje zejména jako průvodní reakce sebepoznávání nebo jako sebehodnocení, při kterém se člověk srovnává s nějakými standardy, nejčastěji s ideálním Já (Výrost, Slaměník, 1997). Vztah k sobě je věcně a terminologicky ukotven v pojmech jako sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra a pod. Na obecnější úrovni hovoříme o globálním vztahu k sobě. Tento vztah k sobě plní v nejširším smyslu funkci

adaptační – jedná se o obranu Já, která umožňuje anticipaci a vyhnutí se stresu. Dále hraje důležitou roli v organizaci sebepojetí ((Blatný, 2010). Emočnímu aspektu Já se podrobněji věnujeme v kapitole 5.2.

### **Konativní aspekt Já**

Konativní aspekt Já lze charakterizovat jako „tendenci či připravenost jednat takovým způsobem, který koresponduje s poznáním a s hodnocením sebe sama“ (Výrost, Slaměník, 1997, s. 200). Bývá též označován jako motivační či behaviorální aspekt sebesystému nebo jako seberegulace. Sociálně-kognitivní přístup v souvislosti se seberegulací hovoří o tzv. „osobních standardech“, tedy normách, cílech a aspiracích, které jsou hlavními měřítky sebehodnocení a pohnutkami chování. Konativní aspekt Já také souvisí s naší snahou ovlivnit to, co si o nás myslí druhí (a tedy i to, co si na jejich základě o sobě myslíme my). Tato snaha bývá označována jako sebe prezentace a může nabývat různých forem (uvědomovaných i neuvědomovaných) (Výrost, Slaměník, 1997). K výkladu seberegulace přispěly koncepce Snydera (sebemonitorování), Carvera a Scheidera (kontrolní model seberegulace), Higgins (teorie diskrepancí v sebepojetí) a Bandury (Sociálně kognitivní pojetí seberegulace) (Blatný, 2010).

## **5.2 Vztah k sobě**

Na základě výše uvedených poznatků můžeme konstatovat, že pokud v této práci hovoříme o vztahu k sobě, chápeme tento fenomén jako:

- a) Self jako subjekt (intimní rovina Self) v Rogersově pojetí
- b) Já jako objekt - tak, jak jej popisují Výrost, Slaměník (1997) nebo Blatný (2010)
- c) jako emoční aspekt Já

Pro další charakteristiku vztahu k sobě použijeme pojetí Cakirpaloglu (2012), který (vycházejíce Rogerse) uvádí, že tuto rovinu Self tvoří sebehodnocení, sebereflexe a sebeúcta.

### **5.2.1 Sebehodnocení**

Sebehodnocení můžeme definovat jako „představu sebe z hlediska vlastní hodnoty a kompetence“ (Blatný, 2010, s. 125). Sebehodnocení je jádrem jáství a má dva póly – spokojenost a nespokojenost se sebou. Smékal (2004) tento pojem zaměňuje s pojmem

sebedůvěra nebo sebevědomí. Někteří autoři v minulost zaměňovali pojem sebehodnocení s pojem sebepojetí - vycházeli z předpokladu, že lidé v běžném životě mezi těmito pojmy nerozlišují. Blatný (2012) doporučuje tyto pojmy rozlišovat, neboť sebepojetí kromě hodnotící složky obsahuje i deskriptivní znalosti o sobě, čemuž nasvědčují i výzkumy v této oblasti. Například McGuire a McGuireová (1981, in Ibid.) na základě obsahové analýzy volné výpovědi zjistili, že kategorie obsahující sebehodnocení vlastní osoby představovala pouze 7% z celkové výpovědi o sobě.

Sebehodnocení je poměrně stabilní fenomén, proto někdy bývá též označován jako „rysové sebehodnocení“ jako protiklad k situačně podmíněným změnám v hodnocení vlastní osoby (tzv. „stavovému sebehodnocení“) (Ibid.). Základy sebehodnotících kritérií se utvářejí v dětství zejména v kontaktu s rodiči a jinými významnými osobami. S postupujícím vývojem narůstá v tomto ohledu vliv vrstevníků, který je v období adolescence srovnatelný s rodičovskou oporou. V dospělosti do skupiny osob majících vliv na formování sebehodnocení přibývají spolupracovníci a lidé z referenčních skupin. Sebehodnocení je tedy do značné míry provázané s hodnocením, které dostáváme od druhých lidí. Během vývoje se původně vnější hodnocení v období dospívání internalizuje, zvyšuje se jeho distance od externích zdrojů a stává se trvalou součástí sebepojetí (Ibid.).

Člověk má tendenci udržet si kladné sebehodnocení a pozitivní vztah k sobě, což se projevuje sklonem k benefekanci (např. hodnotí-li druhí pozitivně výsledky naší práce, připisujeme to především vlastním schopnostem, zatímco při negativním hodnocení hledáme důvody mimo sebe). Pozitivní vztah k sobě je obvykle spojen se strukturovaným, jasně vymezeným sebepojetím, které je vnitřně konzistentní a relativně stabilní (Výrost, Slaměník, 1997).

Sebehodnocení má mnoho aspektů, mezi ty nejdůležitější řadí Blatný (2010):

- **Pozitivitu či negativitu sebevědomí** - hovoří pak o vysokém nebo nízkém sebevědomí
- **Stabilitu sebevědomí** – ukázalo se, že je pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu důležitější než to, zda je sebevědomí vysoké nebo nízké

Globální sebehodnocení bylo tradičně chápáno jako jednodimenzionální konstrukt, v poslední době se však objevují názory, podle kterých globální sebehodnocení obsahuje složky dvě – **kompetentnost** (hodnocení schopnosti dosahovat žádaných výsledků) a **sebepřijetí** (internalizovaný citový vztah druhých k vlastní osobě) (Ibid.).



### 5.2.2 Sebereflexe

Sebereflexe je „uvědomování si obsahu svého vědomí a charakteristik osobnosti i výsledků jednání na pozadí, resp. v konfrontaci s morálními normami nebo aspoň obrazy ideálního já“ (Smékal, 2004, s. 354). Uvažování o vlastní osobě a její hodnocení je jedinečným fenoménem lidské psychiky a souvisí s vývojem nejvyšších kognitivních procesů a odpovídajících nervových struktur – tzv. terciární oblasti mozkové kůry. Tyto oblasti kortexu dosahují optimální funkčnosti v pubertě (Cakirpaloglu, 2012). Sebereflexe je variantou schopnosti introspekce a pravděpodobně souvisí s niterností a introverzí (Smékal, 2004).

Souvislost sebereflexe a prožívaných emočních stavů popisuje tzv. sebediskrepanční teorie (Výrost, Slaměník, 1997). Tato teorie hovoří o vztahu subjektivních norem a očekávaného stavu Já (ideálního Já, požadovaného Já). Zažíváme-li diskrepanci mezi aktuálním já a vlastním ideálem, prožíváme zklamání, frustraci a pocit provinění. Nenaplnujeme-li požadavky druhých, zažíváme depresivní pocity a pocit studu a hanby.

### 5.2.3 Sebeúcta

Sebeúcta je dle Cakirpaloglu (2012, s. 169) „přesvědčení, že moje vlastnosti a projevy jsou dobré a žádoucí“. Jedná se tedy o emoční postoje vůči vlastní osobě, které se vyskytují u zdravých i narušených osobností. Podle Rogerse (in Ibid.) je přijetí sebe sama jedním z cílů a východisek terapie. Při úspěšné terapii počet negativních postojů vůči sobě klesá a počet kladných postojů naopak roste. Klient nejen, že sebe samotného akceptuje takového, jaký je, ale dokonce začíná sám sebe milovat. Sebeúcta je zdrojem pocitu pohody a mentálního zdraví člověka. Komplexní pocit sebeúcty je dítě schopno prožít přibližně od věku osmi let.

Pocit vlastní hodnoty ovlivňuje řada činitelů. Mezi ty hlavní řadí Cakirpaloglu (ibid.) následující:

- a) Úspěšnost člověka zejména ve vztahu k vysoce hodnoceným cílům
- b) Kladné hodnocení vlastní osoby ze strany vnějších pozorovatelů
- c) Souběžné působení prožitku vlastního úspěchu či neúspěchu a kladných či záporných hodnot externích pozorovatelů

Smékal (2004) v souvislosti s budováním sebeúcty hovoří o dvou typech sebeúcty:

- a) **Internalistický typ** sebeúcty – sebeúcta budovaná na základě toho, jak se nám daří dosahovat cílů, které jsme si vytyčili

#### b) **Externalistický typ sebeúcty** – sebeúcta založená na respektu a uznání druhými lidmi

Sebeúcta je fenomén proměnlivý a kolísavý. Sebeúcta kolísá zejména na základě vnímaného rozdílu mezi významným cílem a vlastní kompetencí – čím vyšší rozpor, tím nižší sebeúcta. Sebeúctu zvyšuje také kladné sebehodnocení. Nezbytným předpokladem sebeúcty je sebeakceptace a sebeláska.

Výzkumy (Cakirpaloglu, 2012) ukazují, že kladné hodnocení vlastního já příznivě působí na psychiku, fyzické zdraví i sociální vztahy člověka. Osoby s vyšší sebeúctou trpí méně žaludečními vředy, nespavostí a jsou odolnější vůči alkoholu drogám a jiným závislostem. Tito lidé jsou také optimističtější, méně konformní, společenštější, chápavější, altruističtější a snadněji řeší náročné situace. Naopak nízké sebevědomí souvisí se špatnou náladou, s pocity zoufalství a neštěstí, se snížením odolnosti vůči frustraci, se snížením motivace a adaptační schopnosti člověka.

### **5.3 Formování vztahu k sobě**

Názory na formování vztahu k sobě a faktory, které ho ovlivňují, nejsou mezi odborníky věnujícími se této problematice jednotné.

Nutným předpokladem formování vztahu k sobě, je odlišení sebe sama od okolního prostředí. K tomuto odlišení dochází podle názoru většiny psychologů již ve velmi raném věku. Pocit tělesné ohraničenosti a oddělenosti od okolí získává dítě již během aktivního přemísťování v prostoru (lezení, chůze). Důležitou roli v procesu formování vztahu k sobě mají paměť, interpersonální interakce a jejich kvalita a rozvoj řeči a myšlení (Výrost, Slaměník, 1997). Výrazný vliv na formování vztahu k sobě má rodina, kde kromě samotných zážitků projevované lásky vůči dítěti (nezbytných pro vytvoření pozitivního vztahu k sobě) a citlivého vztahu matky pozorujeme dva další vlivné mechanismy (Čačka, 1997):

- **Zrcadlovou teorii** – na formování sebehodnocení mají podstatný vliv projevy převažující vážnosti nebo naopak podceňování ze strany rodičů
- **Teorii modelu** – důležité je vlastní sebehodnocení rodičů, které pak dítě přejímá jako vzor

Vývoj Já, seberegulačních mechanismů a vymezení Self přehledně znázorňuje následující tabulka převzatá (a mírně modifikovaná) od Cakirpaloglu (2012):

| Věk dítěte        | Charakteristické projevy Já a seberegulace                                                                                                                                                 |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.-9. měsíc       | Rodiče stimulují postupy související s regulací aktivity kojence.                                                                                                                          |
| 12.-15. měsíc     | Batole již projevuje první známky seberegulace.                                                                                                                                            |
| 15.-18. měsíc     | V zrcadle a na fotkách rozpoznává svůj obličej, zvyšuje zájem o svou vlastní osobu a svoji nezávislost.                                                                                    |
| 18.-30. měsíc     | Projevuje schopnost odkládání uspokojení.                                                                                                                                                  |
| 30. měsíc – 6 let | Vymezuje Self pomocí kategoriálního usuzování, uplatňuje seberegulaci prostřednictvím řeči.                                                                                                |
| 6-9 let           | Vymezuje Self pomocí sociálního přirovnání, projevuje obecnou sebeúctu, rozpoznává prostředky pro dosažení sociální úspěšnosti, uplatňuje seberegulaci prostřednictvím vnitřní řeči.       |
| 10-13 let         | Vymezuje Self pomocí sociálních rolí, začíná používat autonomní kritéria k hodnocení sama sebe, rozpoznává neslučitelné názory vůči Self, projevuje metakognitivní pochopení seberegulace. |
| 13 a více let     | Vymezuje Self pomocí zásadových hodnot, začíná uznávat a řešit protikladné názory na Self, začíná řešit problémy identity, rozpoznává Self v rámci obecné společnosti.                     |

Tab. č. 7: Ontogenetický vývoj Já (Cakirpaloglu, 2012).

Sebepojetí se kontinuálně utváří a mění v průběhu celého života, v souvislosti s dispozičními charakteristikami a vztahy s druhými lidmi. Gergenovi (1986, in Výrost, Slaměník, 1997) uvádějí čtyři hlavní procesy, které se podílejí na utváření vztahu k sobě a na jeho změnách v průběhu života:

- 1) Fenomén „**zrcadlového Já**“ („*looking-glass self*“) – druzí lidé slouží jako zrcadlo, ve kterém může člověk spatřit sám sebe; naše Já je tedy představa o tom, jak se domníváme, že nás vnímají a hodnotí pro nás důležití lidé („*significant others*“).
- 2) **Sociální srovnávání** – sebehodnocení člověka se odvíjí od jeho sledování toho, co je sociálním okolím akceptováno a považováno za správné či naopak nežádoucí.
- 3) **Přijímání sociálních rolí** – pozitivní vztah k sobě posiluje to, když na sebe člověk bere sociální role, které jsou všeobecně akceptované a společensky oceňované.

- 4) **Percepce sociální odlišnosti** – člověk má potřebu zdůrazňovat vlastní jedinečnost (pokud toto chování není společensky sankcionováno).

Cakirpaloglu (2012) uvádí, že se Self jako subjekt (tedy vztah k sobě) vyvíjí na základě následujících představ:

- **Představa o vlastní zdatnosti** – přesvědčení o tom, že jsme schopni vykonávat určité úkoly a zvládat akutní nebo budoucí situace. Pocit vlastní zdatnosti motivuje člověka, určuje jeho náladu a výkon. Jedná se o konstrukt vytvořený A. Bandurou, který vymezuje jako činitele pocitu vlastní zdatnosti předešlý výkon a odpovídající zkušenost, nepřímou zkušenost na základě chování jiné osoby (pozorováním chování jiných osob), sociální mínění (hodnocení ze strany jiných osob) a fyziologické a emoční stavy (např. euforická nálada dodává energii, zatímco úzkost psychickou energii blokuje).
- **Představa o stabilitě a kontinuitě vlastní totožnosti** – člověk prožívá od narození do smrti vlastní Já jako poměrně stálé, navzdory evidentním změnám, které na sobě pozoruje (např. na svém těle). Kontinuitu identity podněcují dílčí vlastnosti a atributy jako například jméno, pohlaví, tělesné vlastnosti, etnická příslušnost či osobní předměty. U malých dětí spočívá pocit stability Já na očividných, fyzických vlastnostech. Později nabývají na významu i uvědomělé psychické a sociální vlastnosti.
- **Představa jedinečnosti** – vědomí o tom, co je pro mou osobu speciální a v čem se odlišuje mé Já od Já jiných lidí. Tato představa souvisí s vývojem poznávacích schopností, věkem a zkušenostmi člověka. Obdobně jako představa o stabilitě vlastní totožnosti prohází vývojem od dětského vymezení sebe sama jménem, rodinnou příslušností, fyzickými vlastnostmi a věcmi, které vlastní, po nahrazení konkrétních atributů abstraktními kategoriemi psychického, sociálního a morálního významu v pozdějším věku.

Proces formování vztahu k sobě není nikdy definitivně završen. I u dospělých jedinců rozeznáváme různé úrovně kvalit sebevědomí a sebepojetí (Smékal, 1989):

- 1) **Jedinci „zmatení“** - jejich sebevědomí kolísá, neví si se sebou rady, nejsou schopni orientovat se v požadavcích společnosti, jednají často neuváženě, pocit důležitosti někdy posilují společensky nežádoucími projevy.

- 2) **Jedinci „závislí“** – své sebepojetí a sebevědomí přebírají od postoje autorit, toto sebevědomí nevykazuje krize, zůstávají ale trvale nesamostatní, konformní a manipulovatelní.
- 3) **Jedinci „hledající“** – jejich sebepojetí ještě není ustáleno a postupně se formuje, vyhraňuje a stabilizuje, jejich životní cíle se teprve zpřesňují, angažováním v různých činnostech zkoušejí své síly.
- 4) **Jedinci se zdravě formovaným sebevědomím** – jejich sebeobraz je v souladu s realitou, vědí, co chtějí, a dobře zvládají i komplikovanější požadavky okolí, jejich sebevědomí není závislé na dané situaci nebo referenční skupině.

### 5.3.1 Patologie vztahu k sobě

Většina lidí se v souvislosti se vztahem k sobě pohybuje blíže jedné či druhé krajnosti tohoto jevu – tedy mezi přebytkem sebeúcty nebo jejím nedostatkem. Oba tyto extrémy mohou způsobovat subjektivní a společenské problémy.

**Přbytek sebeúcty** snižuje kritičnost člověka a vytváří u něho komplex nadřazenosti. Přemíra sebeúcty má negativní vliv na osobnost, komplikuje její sociální vztahy a může se přenést na širší společnost (například jako základ etnické nebo náboženské nesnášenlivosti). Lidé s vysokým sebehodnocením mají tendenci dělat o sobě nadhodnocené závěry a jejich předpoklady o vlastním výkonu často překračují jejich schopnosti, což vede v závěru k selhání. Naopak **nedostatek sebeúcty** vede k přehnané kritičnosti k vlastní osobě a ke znevažování vlastních sil a skutečných možností. Postoj vůči vlastní osobě je pasivní a odpovídá vnějšímu místu kontroly (Blatný, 2010, Cakirpaloglu, 2012).

Pokud hovoříme o přebytku nebo nedostatku sebeúcty, pohybujeme se stále ještě v extrémních hodnotách normy. Proces utváření Já však může v důsledku vážnějších úskalí ztroskotat a vést k **nevytvoření nebo ztrátě sociální či psychofyzilogické identity**. Mezi tato úskalí radíme například zavrhujeví či bezcitnou výchovu, nepřijetí kolektivem, nemožnost „zapustit kořeny“ v důsledku častého stěhování, vážnější onemocnění, úrazy s trvalými následky, opoždění sexuálního zrání aj. (Výrost, Slaměník, 1997). Nevytvoření psychofyzilogické identity může v některých případech vyústit v **depersonalizaci** (porucha subjektivního pocitu prožívání osobnosti jako Já) nebo v **autismus** (nevytvoření nebo zpretrhání pout, která jedince váží k druhým).

Negativní schéma Já také úzce souvisí s **depresivitou** a její fixací, respektive tato porucha afektivity vede k vytvoření negativního kognitivního schématu Já. Na vytvoření tohoto negativního schématu se podílejí i tzv. kognitivní chyby (hl. nepodložené závěry, zkreslený výběr faktů, nepřiměřená zobecnění a černobílé myšlení) (Blatný, 2010). Souvislost negativního sebepojetí s depresivitou potvrzují i klinické studie (Chen, 2010). Problémy v sebepojetí bývají také dávány do souvislosti s **drogovou závislostí** (Kalina, 2008).

## **5.4 Metody výzkumu sebepojetí**

Výzkum sebepojetí zaznamenal v posledních dvaceti letech značný rozmach (Výrost, Slaměník, 1997). Mezi tradiční metody výzkumu sebepojetí řadíme následující (Blatný, 2010, Cakirpaloglu, 2012):

- **Třídící techniky** – známá je především technika Q-třídění (Q-sort), která představuje základní metodu sebehodnocení. Postup vyvinul anglický psycholog W. Stephenson, metoda je však známá především díky C. Rogersovi, který původní postup modifikoval pro potřeby psychoterapie. Při této technice třídí respondent sebedopisné výroky (zaznamenané na jednotlivých kartách) do kategorií na základě jejich vhodnosti pro své sebezpozování (vyjadřuje tedy míru vlastního souhlasu nebo nesouhlasu s uvedeným výrokiem).
- **Sebezpozovací škály** – respondent sám sebe posuzuje na adjektivních škálách, které mohou obsahovat jeden pól nebo mohou být bipolární (dva póly s adjektivy s protikladným významem). Míru svého souhlasu s uvedeným výrokiem zaznamenává respondent na škále o pěti až devíti bodech. Příkladem této škály je metoda sémantického diferenciálu.
- **Strukturované dotazníky** – tyto metody jsou značně diskutabilní, neboť sebepojetí respondenta předem omezují určitými výroky nebo oblastmi, ke kterým se vztahují. Nejznámějším sebehodnotícím dotazníkem je Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) měřící celkovou úroveň sebehodnocení.
- **Metoda volné výpovědi** – respondent má za úkol poskytnout o sobě v omezeném čase libovolnou výpověď. Tato výpověď potom může být vyhodnocena metodou obsahové analýzy nebo za pomoci základní kategorizace výtoků s následným statistickým vyhodnocením. Výhodou této metody je to, že respondent není předem limitován výběrem výzkumníka.

- **Sledování reakčního času na podnětová slova** – tato metoda vychází z předpokladu, že délka reakčního času mezi podnětem a odpovědí svědčí o osobní významnosti výroku. Tato metoda slouží zejména k validizaci výsledků získaných jinými metodami.

## **Výzkumná část**



## 6. Metodologie výzkumu

### 6.1 Vývoj výzkumného designu

Metodologický rámec výzkumu prošel v průběhu jeho realizace značným vývojem. V první fázi (období plánování) bylo zamýšleným cílem zkoumat vliv léčby v Takiwasi na motivaci pacientů k léčbě a na jejich sebepojetí. Tento původní cíl byl ale modifikován stejně jako i původně plánovaná metodologie. Na tomto místě bychom chtěli poukázat na nejzásadnější změny a blíže vysvětlit důvody, které nás k jejich provedení vedly.

Původní design byl zamýšlen jako smíšený výzkum (Hendl, 2008) kombinující metodologii kvalitativní a kvantitativní. Pro výzkum motivace k léčbě bylo plánované použití Dotazníku motivační struktury (Stuchlíková, Kliner, Man, 1998; Stuchlíková, Man, Popov, 1999). Sebepojetí mělo být měřeno metodou sémantického diferenciálu (Blatný, Osecká, 1998) a Rosenbergovou škálou sebehodnocení (Rosenberg, 1965). Kromě toho měly být oba fenomény zkoumány kvalitativně – za využití několika případových studií a opakovaných polostrukturovaných interview s pacienty centra Takiwasi.

K prvním zásadním změnám v designu výzkumu došlo na jaře 2009, kdy byl tento design konzultován s výzkumným týmem centra Takiwasi, který nás upozornil na nutnost počítat s velmi malým výzkumným souborem a tedy i s limity použití kvantitativních metod. Léčby se účastní paralelně nanejvýš 15 pacientů a trvá obvykle 9-12 měsíců, z čehož vyplývá, že větší množství pacientů není možné během plánované desetiměsíční stáže do výzkumu zahrnout. Z tohoto důvodu jsme výzkum zaměřili zejména kvalitativně. Rozhodli jsme se využít velkého množství dat, které Takiwasi získalo během 17 let svého fungování, a zařadit další výzkumnou metodu - obsahovou analýzu (Plichtová, 1996) složek bývalých pacientů. Dotazníky měly být použity pouze jako metoda doplňková.

Na počátku výzkumné stáže autorky práce v centru Takiwasi (září 2009) byly provedeny další změny metodologie výzkumu. Po administraci Dotazníku motivační struktury několika pacientům bylo zřejmé, že tento dotazník nebude možné v praxi použít. Pacienti opakovaně nerozuměli zadání a dotazník vyplňovali chybně a neúplně, a to i přes opakovaný zácvik autorkou práce. Toto vyplňování pro ně bylo navíc natolik frustrující, že rapidně snižovalo jejich motivaci k zapojení do výzkumu. Z těchto důvodů bylo nakonec od užití Dotazníku motivační struktury upuštěno. Vzhledem k tomu, že se jednalo o jediný nástroj zvolený k měření motivace k léčbě a také vzhledem k tomu, že již samotné téma sebepojetí je velmi

obsáhlé, rozhodli jsme se zaměřit práci pouze na fenomén sebepojetí, respektive na vliv léčby v Takiwasi na vývoj sebepojetí pacientů.

Poslední změny byly provedeny ve fázi analýzy dat (leden 2011). Během této analýzy jsme došli k poznatku, že vzhledem k rozsáhlému množství sebraných dat je i téma sebepojetí příliš rozsáhlé. Z tohoto důvodu jej zredukovali pouze na jednu jeho dílčí část - vztah k sobě samému. V této fázi jsme také řešili otázku využitelnosti výsledků dotazníků měřících sebepojetí a sebehodnocení vzhledem k jejich malému počtu (17). Nakonec jsme se rozhodli dotazníky do výzkumu také zařadit, byť jen jako metodu doplňkovou a okrajovou.

## **6.2 Výzkumný cíl a otázky**

Cílem disertační práce bylo zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí.

Na základě tohoto cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

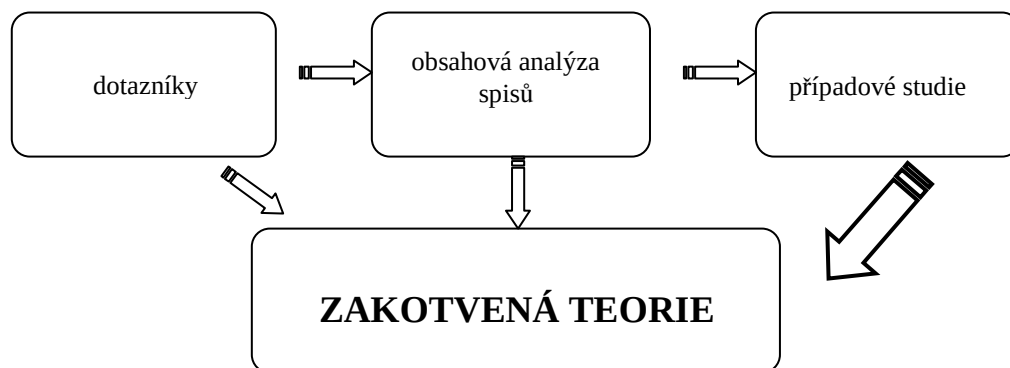
- 1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?**
- 2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**
- 3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?**

Na tyto otázky jsme se pokoušeli odpovědět ve výzkumné části práce a v souladu s nimi stanovili i níže pospanou výzkumnou metodologii.

## **6.3 Použitá metodologie**

Z metodologického hlediska se jedná o kvalitativně-quantitativní výzkum, který je koncipován jako **zakotvená teorie**. Zakotvená teorie je „teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje“ (Srauss, Corbinová, 1999, s. 14), tedy teorie vytvořena a prozatím ověřena analýzou shromážděných údajů o zkoumaném jevu. Nezačínáme tedy teorií nebo hypotézami, které bychom následně ověřovaly, ale postupujeme právě naopak. Cílem zakotvené teorie je vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji. Zakotvená teorie je vědecká metoda, jejíž postupy „zcela splňují požadavky kladené na „dobrou“ vědu: validita, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost“ (Srauss, Corbinová, 1999, s. 17).

Výzkum kombinuje na různých úrovních různé výzkumné metody. V základě zde nacházíme 3 roviny výzkumu (dílčí studie), které na sebe navazují a které dále uvádíme v samostatných kapitolách (Empirická část 1, Empirická část 2 a Empirická část 3). Jedná se o dotazníkové šetření, obsahovou analýzu spisů bývalých pacientů a případové studie. Tato triangulace metod má přispět k větší komplexnosti zjištěných poznatků a tedy i k vyšší objektivitě a validitě vzniklé teorie.



Obr. č. 13: Metodologie výzkumu.

Jak naznačuje schematický obrázek, všechny 3 metody se doplňují, navazují na sebe (následující výzkum vychází ze zjištění předcházejícího výzkumu) a tvoří tak podklady pro zakotvenou teorii, která se tvoří již v průběhu realizace výzkumu. Na základě výsledků dotazníkového šetření vzniknou první náznaky možného vývoje zkoumaného jevu. Obsahová analýza spisů pak tyto náznaky doplní již konkrétnějšími poznatky. Tyto poznatky jsou pak za pomoci případových studií dále ověřovány, korigovány a rozšiřovány.

## 6.4 Metody sběru dat

Jak je uvedeno výše, hlavními výzkumnými metodami byly dotazníkové šetření, obsahová analýza spisů bývalých pacientů a případové studie. Podrobný popis těchto metod (včetně metod sběru a analýzy dat) je uveden v příslušných kapitolách v následujících částech práce. Na tomto místě se chceme věnovat především jejich stručné charakteristice a odůvodnění jejich volby.

Výzkum se realizoval v centru Takiwasi (Tarapoto, Peru) v období září 2009 – červen 2010. Touto dobou zde autorka práce pobývala na odborné stáži, všechna data tedy sbírala osobně. Náplň její výzkumné stáže tvořily zejména účast na skupinových aktivitách pacientů, analýza

archivních dat, studium teoretických pramenů, rozhovory s pacienty a rozhovory se členy psychologického týmu. Autorka práce také vedla seminář pro pacienty o šesti setkáních. Dlouhodobý pobyt v místě výzkumu přinesl kromě dostatku času pro sběr dat také další výhody:

- možnost seznámit se důkladně se zkoumaným prostředím a jevem (zejména za pomoci zúčastněného pozorování), stát se dočasně „součástí“ zkoumaného prostředí
- navázání důvěrného vztahu s respondenty
- přístup k velkému množství teoretických pramenů v souvislosti s tématem práce
- kontakt s dalšími výzkumníky v této oblasti
- možnost absolvovat sebezkušenostní terapeutický proces v centru Takiwasi, a tedy poznat tento proces „na vlastní kůži“, optikou „pacienta“

Výzkum probíhal s informovaným souhlasem pacientů a se souhlasem vedení centra Takiwasi. Použití všech výzkumných metod probíhalo paralelně, tedy po celou dobu realizace výzkumu byly aplikovány všechny použité výzkumné metody.

První použitou metodou bylo **dotazníkové šetření**. Pro účely této studie byly zvoleny 2 dotazníky měřící vztah k sobě samému – **Rosenbergova škála sebehodnocení** (Rosenberg, 1965) primárně určená ke sledování úrovně sebehodnocení pacientů a **sémantický diferenciál** (Blatný, Osecká, 1998) ke zjišťování obsahu sebepojetí. Vycházeli jsme zejména z metod, které bývají používány ke zjišťování vztahu k sobě jinými autory v ČR (Blatný, Osecká, 1998, Macek, 1991) a také z faktu, že je Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) dle Blascoviche a Tomaky (in Blatný, Osecká, 1997a) nejčastěji užívanou škálou sebehodnocení. Ačkoliv nemá normy pro českou ani pro peruánskou populaci, její předností jsou silná reliabilita a validita (Ibid.). Konstrukce sémantického diferenciálu vycházela ze sémantického diferenciálu používaného Blatným a Oseckou (1998). Rosenbergova škála sebehodnocení a sémantický diferenciál byly respondentům administrovány ve 3 fázích léčby: na počátku léčby, v polovině léčby, na konci léčby.

Druhou zvolenou výzkumnou metodou byla **obsahová analýza** (Plichtová, 1996). Krippendorff (in Ibid., s. 307) ji charakterizuje jako metodu, „kterou se vyvozují inference, a to na základě charakteristik jednotek textu, které jsou systematicky a objektivně identifikované“ a doporučuje její užití mimo jiné v případě psaných osobních dokumentů. Jedná se tedy o neinvazivní techniku, která umožňuje zpracovat i data nestrukturovaná, symbolická a velkého obsahu. Z těchto důvodů se nám zdála být vhodná pro cíle disertační

práce. Obsahová analýza byla použita jako nástroj zpracování složek bývalých pacientů centra Takiwasi. Konkrétní postup je podrobně popsán v příslušné části práce (Metody sběru a analýzy dat empirické části 2). Miovský (2006) hovoří o možnosti kombinovat metodu obsahové analýzy s participativním pozorováním, interview nebo jinými výpověďními metodami, což bylo uskutečněno i v případě této práce.

Třetí výzkumnou metodou byla **případová studie**, konkrétně mnohonásobná osobní případová studie (Hendl, 2008). Tento typ výzkumné strategie byl vybrán z několika důvodů. Tím nejzásadnějším je snaha poskytnout detailní analýzu procesu léčby v Takiwasi, protože je případová studie optimální strategií. Umožňuje nám „sledování, popisování a vysvětlování případu v celé jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům“ (Mioviský, 2006, s. 94). Yin (in Mioviský, 2006) navrhuje použití případové studie tehdy, když jsou výzkumné otázky typu „proč“ a „jak“, když máme možnost malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi, když je zkoumaný problém aktuální, soudobý a v reálném životním kontextu a když jsou nejasné hranice mezi jevem a kontextem a tedy je žádoucí využít více zdrojů důkazů. Hendl (2008) kromě těchto případů doporučuje použití případové studie v situaci, která je nová a neznámá, případně při zkoumání inovativních metod léčby, čímž koncept léčby v Takiwasi (pro nás velice alternativní a neobvyklý) jistě je. Dalším důvodem pro výběr této výzkumné strategie je vhodnost jejího využití ke zpětné kontrole výsledků dosažených předchozím psychologickým výzkumem (ověření na případové studii) (Mioviský, 2006).

Data pro případové studie byla sesbírána metodami zúčastněného a nezúčastněného pozorování, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s pacienty a prostřednictvím elektronické korespondence (po ukončení léčby). Podrobnější informace o průběhu sběru dat a realizace této části výzkumu uvádíme v kap. 9.3.

Použití výzkumných metod během procesu léčby pacienta shrnuje následující tabulka.

| Měsíc v léčbě     | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <b>Dotazník</b>   | X  |    |    |    | X  |    |    |    | X  |
| <b>Rozhovor</b>   | X  |    | X  |    | X  |    |    |    | X  |
| <b>Pozorování</b> | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  |

Tab. č. 8: Přehled použitých výzkumných metod během procesu léčby pacienta.

Tabulka nezahrnuje metodu obsahové analýzy, protože ta byla realizována na základě archivních dat (složky bývalých pacientů) po celou dobu odborné stáže bez souvislosti s pobytem pacientů v léčbě.

Kromě těchto metod bylo využíváno i některých „doplňkových“ výzkumných metod jako strukturované, polostrukturované a nestrukturované rozhovory se zaměstnanci centra Takiwasi (psychologové, lékaři, curanderos, výzkumný tým, pomocný personál) a s bývalými pacienty, zúčastněné pozorování celého procesu léčby a studium teoretických pramenů v souvislosti s tématem práce.

## **6.5 Charakteristika výzkumného souboru**

Jak uvádíme výše, výzkum se skládal ze 3 dílčích studií. Každou z těchto studií tvořil samostatný výzkumný soubor. Všem respondentům bylo společné, že se jednalo o muže, pacienty centra Takiwasi, kteří zde v době mezi lety 2000 – 2010 podstoupili léčbu drogové nebo alkoholové závislosti.

Počet respondentů výzkumných souborů jednotlivých studií shrnuje následující tabulka. Podrobněji jsou pak tyto soubory charakterizovány v příslušných částech práce.

| <b>Metoda</b>          | <b>Počet respondentů</b> |
|------------------------|--------------------------|
| Dotazníkové šetření    | 17                       |
| Obsahová analýza spisů | 84                       |
| Případové studie       | 5                        |
| celkem                 | 106                      |

Tab. č. 9: Základní charakteristika výzkumného souboru.

## **6.6 Metody zpracování a analýzy dat**

Metody zpracování a analýzy dat jsou podrobně popsány v příslušných částech práce, na tomto místě pouze chceme popsat jejich časovou souslednost a vysvětlit jejich vzájemnou souvislost a propojenost.

Ačkoliv použití všech výzkumných metod probíhalo paralelně (po celou dobu realizace výzkumu byly aplikovány všechny použité výzkumné metody), při analýze sebraných dat jsme postupovali v určitém pořadí. Toto pořadí vycházelo z rozsahu a pestrosti dat, která byla danou metodou získána. Začínali jsme vyhodnocením dotazníkového šetření, na ně

navazovala analýza spisů bývalých pacientů a nakonec byly zpracovány případové studie, které přinášely nejpestřejší a nejzajímavější materiál (zejména díky možnosti „doptat se“ a díky možnosti obohatit tyto studie terénními poznámkami pořízenými během zúčastněného pozorování výzkumníka. Výsledky dotazníkového šetření tedy načrtly určitou tendenci, výsledky obsahové analýzy poskytly první teoretické předpoklady (základní kostru teorie) a případové studie tyto předpoklady ověřovaly, korigovaly a doplňovaly (obalily původní kostru předivem dalších zjištění).

## **7. Empirická část 1 – dotazníkové šetření**

Jak uvádíme v kapitole věnující se metodologii výzkumu (Metodologická část), výzkum se skládal ze 3 dílčích studií. Empirická část 1 prezentuje první z těchto dílčích studií – dotazníkové šetření mezi pacienty centra Takiwasi ve vybraných fázích léčby.

### **7.1 Výzkumný cíl a otázky**

Cílem disertační práce je zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí.

Dotazníkové šetření mělo přispět k zodpovězení jedné z výzkumných otázek práce, otázky č.1.: Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?

Na jejím základě byly stanoveny 2 hypotézy pro dotazníkové šetření:

H1: Sebehodnocení pacientů Takiwasi vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny.

H2: Sebepojetí pacientů Takiwasi vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny.

### **7.2 Charakteristika výzkumného souboru 1**

Výzkumný soubor empirické části 1 tvořili pacienti centra Takiwasi, kteří se zde v období září 2009 – červen 2010 (tedy v době výzkumné stáže autorky práce a realizace výzkumu) léčili z drogové či alkoholové závislosti. Jedinou podmínkou pro účast ve výzkumu byl jejich dobrovolný souhlas s účastí. Jednalo se tedy o záměrný výběr přes instituci (Miovský, 2006). Do výzkumu bylo zařazeno 17 pacientů v různých fázích léčby z celkových 21, kteří tou dobou v Takiwasi podstupovali léčbu. Jeden pacient odmítl svou účast na výzkumu, zbývajících 3 odešli z léčby ve velmi krátké časové době od jejího zahájení (méně než 3 dny) a dotazník jim tedy ani nestihl být administrován. Charakteristiku výzkumného souboru shrnuje následující tabulka:



| Č.  | Věk | Národnost  | Vzdělání | Droga          | Doba užívání v letech | Frekvence    | Fáze administrace dotazníku |    |    |
|-----|-----|------------|----------|----------------|-----------------------|--------------|-----------------------------|----|----|
|     |     |            |          |                |                       |              | 1.                          | 2. | 3. |
| 1.  | 41  | USA        | VŠ       | alkohol,kokain | 21                    | denně        | X                           | X  | X  |
| 2.  | 34  | Francouz   | SŠ       | heroin         | 6                     | denně        | X                           | X  | X  |
| 3.  | 20  | Francouz   | SŠ       | marihuana      | 9                     | denně        | X                           | X  | X  |
| 4.  | 23  | Švýcar     | SŠ       | alkohol        | 6                     | denně        |                             | X  | X  |
| 5.  | 32  | Peruánec   | SŠ       | kokain         | 15                    | denně        | X                           | X  | X  |
| 6.  | 20  | Argentinec | ZŠ       | marihuana      | 6                     | denně        | X                           | X  | X  |
| 7.  | 36  | Peruánec   | VŠ       | kokain         | 8                     | 3-4x týdně   | X                           | X  |    |
| 8.  | 31  | Brazilec   | SŠ       | kokain         | 4                     | denně        | X                           |    |    |
| 9.  | 28  | Peruánec   | VŠ       | kokain         | 5                     | 3-4x týdně   |                             | X  | X  |
| 10. | 21  | Francouz   | SŠ       | alkohol        | 4                     | denně        |                             | X  | X  |
| 11. | 38  | Peruánec   | VŠ       | PBC, alkohol   | 10                    | denně        | X                           |    |    |
| 12. | 20  | Argentinec | SŠ       | marihuana      | 3                     | denně        |                             | X  |    |
| 13. | 35  | Peruánec   | SŠ       | kokain         | 6                     | 3-4x týdně   | X                           |    |    |
| 14. | 34  | Peruánec   | VŠ       | PBC            | 19                    | nepravidelně | X                           |    |    |
| 15. | 35  | Španěl     | VŠ       | kokain         | 12                    | denně        |                             |    | X  |
| 16. | 33  | Francouz   | SŠ       | heroin         | ?                     | denně        |                             |    | X  |
| 17. | 29  | Peruánec   | SŠ       | alkohol        | 10                    | denně        | X                           |    |    |

Tab. č. 10: Charakteristika výzkumného souboru 1.

Jak je patrné z tabulky, průměrný věk respondentů je 30 let, minimální 20 a maximální 41. Z národností převládá peruánská (7 respondentů), druhou nejčetnější je pak národnost francouzská (4 respondenti). Vzdelání respondentů je nejčastěji středního stupně (10 respondentů). Spektrum závislostí respondentů je pestré, nejčastější zneužívanou primární drogou je kokain (7 respondentů) a alkohol (4 respondenti). Průměrná doba užívání drogy je 9 let, minimální 3 roky, maximální 21 let. Většina respondentů (13) užívala drogu denně.

### 7.3 Metody sběru a zpracování dat empirické části 1

Pro účely této studie byly zvoleny 2 dotazníky měřící vztah k sobě samému – Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) ke sledování úrovně sebehodnocení pacientů a sémantický diferenciál (Blatný, Osecká, 1998) ke zjišťování obsahu sebepojetí.

### **Rosenbergova škála sebehodnocení (Self-Esteem Scale)**

Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) je dle Blatný a Osecká (1997) nejčastěji užívanou škálou sebehodnocení. Škála obsahuje 10 položek, se kterými respondenti vyjadřují míru souhlasu na čtyřbodové škále. Celková úroveň sebehodnocení je vyjádřena součtem skóre. Škály jsou konstruovány tak, že vysoké skóre znamená vysokou úroveň sebehodnocení.

Rosenbergova škála sebehodnocení zjišťuje úroveň globálního vztahu k sobě (Blatný, 2010). Ačkoliv byla koncipována jako jednodimenzionální, faktorová analýza ukazuje, že obsahuje faktory dva – faktor tvořený pozitivně formulovanými položkami a faktor tvořený negativně formulovanými položkami. Interpretace těchto faktorů se u jednotlivých autorů liší. Blatný a Osecká (1994) při analýze struktury Rosenbergovy škály dokonce identifikovali až tři dimenze sebehodnocení měřeného touto škálou – pozitivní složku sebehodnocení, negativní složku sebehodnocení a složku založenou na sociálním srovnání. I přesto někteří autoři považují škálu za jednodimenzionální a dvoufaktorovou strukturu přisuzují důsledku měření, respektive stylu odpovídání. Tento názor v současnosti převládá (Blatný, Osecká, 1997).

Pro účely práce byla použita španělská verze této škály.

### **Sémantický diferenciál**

Sebepojetí pacientů bylo zjišťováno metodou sémantického diferenciálu vycházející ze sémantického diferenciálu používaného Blatným a Oseckou (1998), kteří se inspirovali Mackem (1972). Tato forma sémantického diferenciálu byla zvolena zejména z důvodu možného srovnání s realizovanými studiemi. Jedná se o sebesuzovací škálu zahrnující 42 bipolárních sedmibodových sebesuzovacích škál. Škály jsou konstruovány tak, že vysoké skóre znamená pozitivní sebepojetí (respondent se vnímá kladně). Kompletní použitá metoda je uvedena v příloze práce.

Rosenbergova škála sebehodnocení a sémantický diferenciál byly respondentům administrovány ve 3 fázích léčby:

1. na počátku léčby
2. v polovině léčby
3. na konci léčby

Vzhledem k obtížím uvedeným v kapitole 6.1, zejména pak k nízkému počtu respondentů (vyplývajících z nízkého počtu pacientů v léčbě vůbec) byl původní plán výzkumu

modifikován a téma bylo dotazníky zkoumáno průřezově – do výzkumu byly tedy zařazeni pacienti v různých fázích léčby. Někteří pacienti vyplňovali dotazník pouze 1x (např. z důvodu předčasného odchodu z léčby, ukončení léčby atd.), někteří 2x (ve 2 fázích léčby), jiní 3x (tedy ve všech fázích léčby).

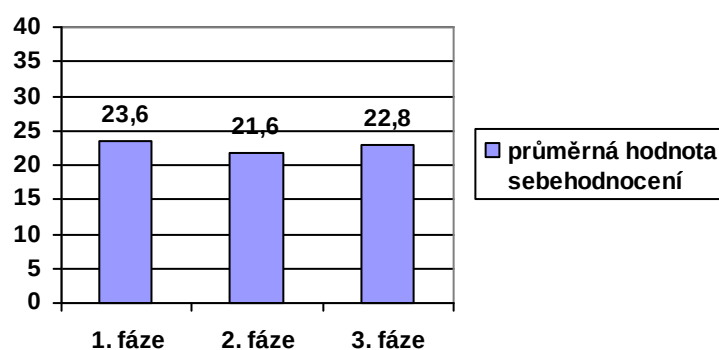
Pacienti poprvé vyplňovali dotazník individuálně, v mé přítomnosti, v kanceláři psychologa, nerušení další osobou. Měli možnost doptat se na případné nejasnosti, problém byl zejména s administrací sémantického diferenciálu, kdy pacienti na počátku nerozuměli škále bipolárních adjektiv a bylo třeba jim instrukci opakovaně vysvětlit. Při druhé a třetí administraci dotazníku jej pacienti již vyplňovali sami ve svém volném čase.

## 7.4 Výsledky empirické části 1

Dotazníky byly vyhodnoceny, utříděny a statisticky zpracovány. Z důvodu malého počtu respondentů byly voleny metody neparametrické, a to deskriptivní statistika a Kruskal-Wallisův test (Hendl, 2009).

### Rosenbergova škála

Na základě výsledků Rosenbergovy škály sebehodnocení můžeme konstatovat, že průměrné celkové sebehodnocení respondentů bylo v 1. fázi léčby 23,6, ve 2. fázi 21,6 a ve 3. fázi 22,8 bodů (z maximálního skóre 40 bodů). Pro přehlednost tato data uvádím i ve formě grafu:



Graf č. 14: Průměrné hodnoty sebehodnocení měřeného Rosenbergovou škálou.

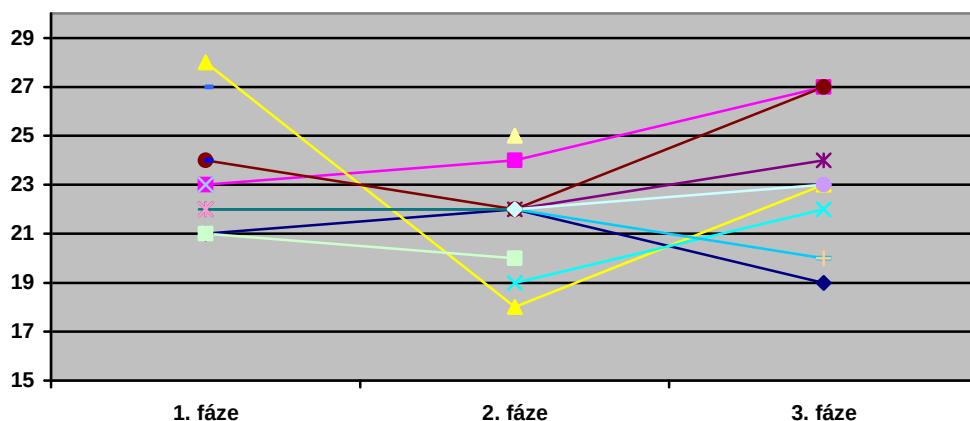
Při pohledu na graf můžeme usuzovat na určité tendence vývoje sebehodnocení pacientů. Zdá se, že ve 2. fázi léčby dochází k poklesu a následně pozvolnému nárůstu ve fázi třetí.

V 1. fázi léčby byl dotazník administrován 11 respondentům. Průměrná hodnota součtového skóru (celkového sebehodnocení) byla 23,6, modus 23 a medián 22. Ve 2. fázi léčby byl dotazník administrován 11 respondentům. Průměrná hodnota součtového skóru (celkového sebehodnocení) byla 21,6, modus 22 a medián 22. Ve 3. fázi léčby byl dotazník administrován 10 respondentům. Průměrná hodnota součtového skóru (celkového sebehodnocení) byla 22,8, modus 27 a medián 23.

Vzhledem k neexistenci norem Rosenbergovy škály pro peruánskou ani pro českou populaci a zejména pak k multikulturalitě výzkumného vzorku (7 Peruánců, 4 Francouzi, 2 Argentinci, 1 Švýcar, 1 Španěl, 1 Brazilec) orientačně porovnáváme naměřené hodnoty s hodnotami zjištěnými studiemi realizovanými v České republice. Blatný a Osecká (1994) uvádějí průměrný celkový skóre pro univerzitní studenty 32. Ve srovnání s ním je tedy sebehodnocení pacientů Takiwasi ve všech fázích léčby podprůměrné. Podobně i ve srovnání s Maierovou (2010), která uvádí hodnoty sebehodnocení zjištěné Rosenbergovou škálou u klientů doléčovacích programů drogových závislostí 2,5-2,8 (na položku, tedy průměrný celkový skóre 25-28) a Chromčákem (2010), který uvádí srovnatelné hodnoty pro pacienty před zahájením 2-3 měsíční režimové léčby závislosti v PL Bohnice a po jejím ukončení, jsou hodnoty sebehodnocení pacientů centra Takiwasi nižší.

Již na základě deskriptivní analýzy můžeme usuzovat, že mezi jednotlivými fázemi léčby nebude významný rozdíl v míře sebehodnocení klientů. Kruskal-Wallisův test tento předpoklad potvrdil ( $p=2,6$ ) - mezi jednotlivými fázemi léčby není významný rozdíl v míře sebehodnocení klientů měřené Rosenbergovou škálou. Na základě těchto výsledků můžeme tedy konstatovat, že se hypotéza H1: Sebehodnocení pacientů Takiwasi vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny, nepotvrdila.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů přikládám pro upřesnění zjištěných výsledků také grafické zobrazení vývoje sebehodnocení (měřeného Rosenbergovou škálou) u jednotlivých respondentů:

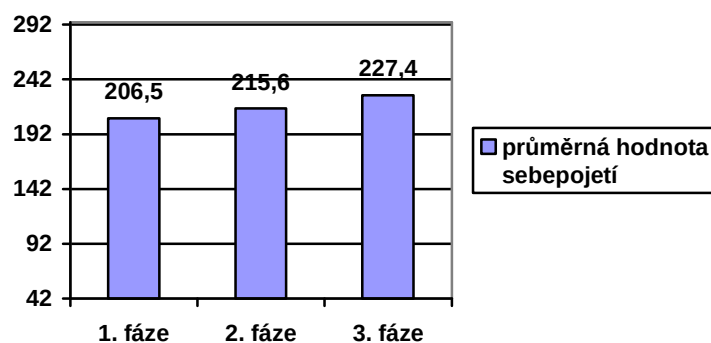


Graf č. 15: Vývoj sebehodnocení u jednotlivých pacientů.

Ani při pohledu na graf není možné nalézt jednu dominantní tendenci, kterou by se sebehodnocení (měřeného Rosenbergovou škálou) u pacientů v průběhu léčby vyvíjelo. Nalézáme zde jak tendenci vzestupnou (tedy plynulý nárůst sebehodnocení), tak vývoj s propadem v 2. fázi nebo nárůst ve 2. fázi a pokles ve fázi třetí.

### Sémantický diferenciál

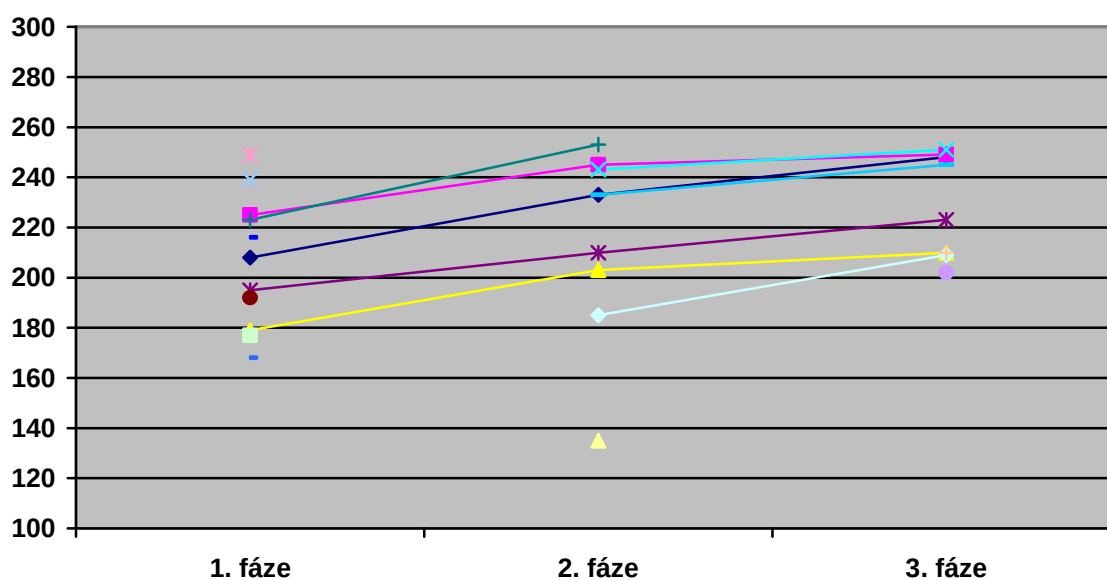
Průměrné hodnoty zjištěné sémantickým diferenciálem pro jednotlivé fáze léčby byly: pro 1. fázi 206,5, pro 2. fázi 215,6 a pro 3. fázi léčby 227,4. Minimální možná hodnota získaná sémantickým diferenciálem je 42, maximální 294, průměrná 168. Čím vyšší hodnota, tím pozitivnější sebepojetí. Hodnoty sebepojetí pacientů centra Takiwasi měřené metodou sémantického diferenciálu byly tedy po celou dobu léčby mírně nadprůměrné (na škále 1-7, v průměru 4,9 pro 1. fázi, 5,1 pro 2. fázi a 5,4 pro 3. fázi léčby). Pro větší názornost tyto údaje zobrazuji i ve formě grafu:



Graf č. 16: Průměrné hodnoty sebepojetí měřeného sémantickým diferenciálem.

Jak je patrné z grafu, hodnota sebepojetí pacientů má v průběhu léčby vzestupnou tendenci (co do jeho positivity). Významnost této tendence však nebyla potvrzena statisticky. Kruskal-Wallisův test ( $p=3,03$ ) neukázal významný statistický rozdíl v sebepojetí měřeným sémantickým diferencíálem mezi jednotlivými fázemi. Na základě těchto výsledků můžeme tedy konstatovat, že se ani hypotéza H2: Sebepečetí pacientů Takiwasi vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny, nepotvrdila.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů přikládám pro upřesnění zjištěných výsledků také grafické zobrazení vývoje sebepojetí (měřeného sémantickým diferencíálem) u jednotlivých respondentů:



Graf č. 17: Vývoj sebepojetí u jednotlivých pacientů.

Ačkoliv Kruskal-Wallisovým test významný rozdíl mezi jednotlivými fázemi nepotvrdil, graf určitou tendenci naznačuje. Sebepečetí respondentů je v průběhu léčby více pozitivní (jeho hodnota plynule narůstá).

## 7.5 Diskuze k empirické části 1

Výsledky empirické části 1 neprokázaly statisticky významné změny v míře sebehodnocení a sebepojetí (jeho positivity) u pacientů v průběhu léčby v Takiwasi. Toto zjištění je však třeba považovat za velice orientační a je otázkou, nakolik může s opatrností sloužit alespoň

k tomuto účelu. Jeho využití spočívá spíše v hrubé orientaci v tématu a v naznačení určité tendence zkoumaného jevu. Pro konstatování závěrů je však třeba dalšího zkoumání.

Hlavním nedostatkem realizovaného výzkumu je velmi nízký počet respondentů (17) a z něj vyplývající nutnost volby neparametrických statistických metod. Tento nedostatek vyplývá již z povahy zařízení, kde byl výzkum realizován. Centrum Takiwasi je schopno internovat současně nanejvýš 15 pacientů a doba léčby trvá 9-12 měsíců, z čehož vyplývá trvale velmi nízký počet potenciálních respondentů. Kvantitativně orientovaný výzkum zde tedy bude vždy narážet na tento nedostatek. Proto jsme se v další fázi výzkumu rozhodli upřednostnit ke zkoumání jevu metody kvalitativní.

Dále je nutné uvažovat nad jistou nereprezentativností výzkumného vzorku, která mohla vést ke zkreslení výsledků. Do výzkumu nebyli zařazeni 3 pacienti, kteří po velmi krátké době (méně než 3 dny) léčbu opustili a také jeden pacient, který s účastí ve výzkumu nesouhlasil. Chybějící údaje od těchto pacientů také mohly (vzhledem k malému vzorku) přispět k určitému zkreslení zjištěných jevů.

Vliv na výsledek také mohla mít nižší motivovanost pacientů, kteří dotazník vyplňovali opakovaně. Z pozorování pacientů v testové situaci bylo patrné, že je opakované vyplňování stejného dotazníku nudí a že nejsou příliš motivovaní opakovaně nad svojí situací přemýšlet a přehodnocovat ji a uchylují se spíše ke stereotypnímu opakování informací, které poskytli v předchozím šetření. Je možné, že pokud by nad svojí aktuální situací hlouběji přemýšleli a znovu ji zhodnotili, byly by získané odpovědi variabilnější a rozdíl mezi jednotlivými fázemi by byl zjištěn.

Nedostatkem výzkumu může být i samotný zkoumaný jev, který je sám o sobě těžko uchopitelný. Předmětem zkoumání této disertační práce je vztah k sobě samému, který úzce souvisí (a v mnohém se prolíná) s fenomény sebehodnocení a sebepojetí. Z tohoto důvodu byly k jeho zkoumání zvoleny dotazníky měřící právě sebehodnocení a sebepojetí. Je však otázkou nakolik jsou tyto dotazníky schopny uvedené fenomény skutečně měřit v celé jejich šíři a komplexnosti. Poskytují nám kvantitativní údaje o míře těchto fenoménů (míra sebehodnocení a míra pozitivivity sebepojetí), nedozvíme se z nich ale nic o kvalitativních změnách, jejich stabilitě v čase a zralosti. Je možné, že ačkoliv dochází např. v případě sebehodnocení k jeho kvantitativnímu poklesu, dochází zároveň ke kvalitativní proměně jevu a respondent se může subjektivně cítit mnohem lépe (jeho sebehodnocení je nižší, ale je stabilní, zralější, stojící na „pevných základech“ a odpovídající reálnému obrazu pacienta). Tyto úvahy vycházejí z pozorování autorky práce během odborné stáže v Takiwasi a

korespondují se zkušenostmi terapeutického týmu Takiwasi. V další fázi výzkumu byly ověřovány za využití kvalitativní metodologie (viz. Empirická část 2 a 3).

Zajímavý je také rozpor mezi výsledky Rosenbergovy škály a sémantického diferenciálu. Zatímco výsledky Rosenbergovy škály ukazovaly podprůměrné sebehodnocení pacientů Takiwasi, sémantický diferenciál zjistil sebepojetí lehce nadprůměrné. Tento rozpor mohl vzniknout mimo jiné na základě toho, že má každá z metod odlišnou strukturu a primárně zaměřena na měření jiného fenoménu (sebehodnocení, sebepojetí), ačkoliv spolu oba fenomény velmi úzce souvisejí.

## **7.6 Závěr empirické části 1**

Rosenbergová škála ani sémantický diferenciál nezjistily významný rozdíl mezi jednotlivými fázemi léčby v míře sebehodnocení a positivity sebepojetí pacientů. Můžeme tedy říci, že výzkumné šetření hypotézy H1 (Sebehodnocení pacientů vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny) ani H2 (Sebepojetí pacientů Takiwasi vykazuje v průběhu léčby statisticky významné změny) nepotvrdilo. Grafické zobrazení zjištěných hodnot naznačuje vzrůstající tendenci vývoje sebepojetí (jeho positivity).

Vzhledem k některým nedostatkům výzkumu (zejména nízkému počtu respondentů) je třeba považovat výsledky za orientační a uvedená zjištění ověřit dalším výzkumem (viz. Empirická část 2 a 3).



## **8. Empirická část 2 – analýza spisů bývalých pacientů**

Jak uvádíme v kapitole věnující se metodologii výzkumu (Metodologická část), výzkum se skládal ze 3 dílčích studií. Empirická část 2 prezentuje jednu z těchto dílčích studií - obsahovou analýzu spisů bývalých pacientů centra Takiwasi.

### **8.1 Výzkumný cíl a otázky**

Cílem disertační práce je zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí.

První realizovaná studie (dotazníkové šetření) se ukázala z metodologického hlediska nevhodnou metodou ke zkoumání zvoleného fenoménu. Neprokázala významný rozdíl mezi jednotlivými fázemi léčby v míře sebehodnocení a pozitivity sebepojetí pacientů, ačkoliv grafické zobrazení zjištěných hodnot naznačovalo vzrůstající tendenci sebepojetí (jeho pozitivity). Tyto výsledky však mohou být (vzhledem k popsáním nedostatkům výzkumu) považovány pouze za hrubě orientační. Druhá studie – obsahová analýza volně navazuje na toto šetření. Téma rozpracovává do hloubky i šířky a snaží se odpovědět na 3 výzkumné otázky:

1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?
2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?
3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?

### **8.2 Charakteristika výzkumného souboru 2**

Výzkumný soubor studie tvořili pacienti, jejichž spisy byly analyzovány metodami kvantitativní a kvalitativní obsahové analýzy. Do výzkumu byli zařazeni všichni pacienti, kteří splňovali následující kritéria:

- pacient centra Takiwasi, který podstoupil léčbu v období 2000-2009
- léčba z důvodu drogové nebo alkoholové závislosti
- pobyt v léčbě minimálně po dobu 6 měsíců

- spis o pacientovi veden ve španělském jazyce<sup>4</sup>
- spis o pacientovi byl dostupný a kompletní (obsahoval minimálně 75% předpokládaného materiálu)

Jelikož byl do výzkumu zahrnut celý základní soubor, ze kterého byl na základě předem stanovených kritérií vybrán soubor výzkumný, můžeme říci, že se jednalo o kombinaci totálního výběru a záměrného výběru přes instituci (Miovský, 2006).

Výzkumný soubor 2 tvořilo 84 pacientů ve věku od 16 do 52 let. Ze srovnání se statistickými údaji Horáka (2010), který uvádí počet pacientů léčených v Takiwasi mezi lety 1999 – 2009 379, můžeme usuzovat<sup>5</sup>, že náš výzkum zahrnuje asi 25% ze všech pacientů, kteří v tomto období podstoupili léčbu. Zbývajících 75% nesplnilo kritéria pro zařazení do výzkumu (častým důvodem byl fakt, že jejich spis nebyl dostupný nebo nebyl kompletní). Podrobnější charakteristiky výzkumného souboru zobrazují následující tabulky a grafy.

### Období léčby

Respondenti podstoupili léčbu v Takiwasi v letech 2000-2009. Jak ukazuje tabulka, největší podíl respondentů tvoří pacienti, kteří podstoupili léčbu v letech 2000, 2002 a 2009. Naopak nejméně jsou pak zastoupeny roky 2003 a 2004.

| Rok nástupu do léčby | Četnost absolutní | Četnost relativní |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| 2000                 | 12                | 14,3%             |
| 2001                 | 5                 | 6%                |
| 2002                 | 12                | 14,3%             |
| 2003                 | 4                 | 4,8%              |
| 2004                 | 4                 | 4,8%              |
| 2005                 | 7                 | 8,3%              |
| 2006                 | 6                 | 7,1%              |
| 2007                 | 11                | 13,1%             |
| 2008                 | 11                | 13,1%             |
| 2009                 | 12                | 14,3%             |

<sup>4</sup> Vzhledem k tomu, že v Takiwasi pracovali i francouzští psychologové, spisy některých pacientů původem z Francie byly vedeny ve francouzském jazyce. Podobně i některé záznamy psané francouzskými pacienty (deníky, protokoly s ayahuaskových sezení, atd.) byly vedeny ve francouzštině.

<sup>5</sup> pokud z hodnoty odečteme hodnotu 38 jako průměrný počet pacientů za rok, jelikož jsou námi sledovaní respondenti až od roku 2000 a ne od roku 1999 jako v případě Horáka

|        |    |      |
|--------|----|------|
| celkem | 84 | 100% |
|--------|----|------|

Tab č. 11: Období léčby respondentů.

### Věk pacientů

Výzkumný soubor tvořili respondenti ve věku 16 – 52 let. Nejvíce zastoupenou kategorií byl věk do 20 let (20% respondentů).

| Věkové rozpětí | Četnost absolutní | Četnost relativní |
|----------------|-------------------|-------------------|
| do 20 let      | 17                | 20,2%             |
| 21 - 25 let    | 13                | 15,5%             |
| 26 – 30 let    | 15                | 17,9%             |
| 31 – 35 let    | 13                | 15,5%             |
| 36 – 40 let    | 12                | 14,3%             |
| 41 – 45 let    | 6                 | 7,1%              |
| 46 – 52 let    | 8                 | 9,5%              |
| celkem         | 84                | 100%              |

Tab č. 12: Počet respondentů dle věkových pásem.

Průměrný věk respondentů byl 30,6 let, což odpovídá i průměrnému věku všech pacientů z let 1999-2009, který je podle údajů Horáka (2010) 31 let. Medián je zde 30, modus 32.

### Národnost respondentů

Více než polovina respondentů (56%) byla peruánské národnosti. Druhou nejpočetnější kategorií byli Francouzi, dále pak Španělé.

| Národnost  | Četnost absolutní | Četnost relativní |
|------------|-------------------|-------------------|
| Angličan   | 1                 | 1,2%              |
| Argentinec | 4                 | 4,8%              |
| Belgičan   | 1                 | 1,2%              |
| Bolívijec  | 1                 | 1,2%              |
| Francouz   | 12                | 14,3%             |
| Chilan     | 2                 | 2,4%              |
| Kolumbijec | 1                 | 1,2%              |
| Mexičan    | 2                 | 2,4%              |

|                      |    |      |
|----------------------|----|------|
| <b>Nor</b>           | 1  | 1,2% |
| <b>Peruánec</b>      | 47 | 56%  |
| <b>Spojené státy</b> | 1  | 1,2% |
| <b>Španěl</b>        | 8  | 9,5% |
| <b>Švýcar</b>        | 2  | 2,4% |
| <b>Venezuelan</b>    | 1  | 1,2% |
| celkem               | 84 | 100% |

Tab. č. 13: Národnost respondentů.

### Rodinný stav

Co se týče rodinného stavu, byla většina respondentů (75%) svobodná. Srovnatelné zastoupení pak měly kategorie ženatá (12%) a rozvedení (11%). Minimum, respondentů (2,5%) žilo v nesezdaném svazku, vdovec se mezi respondenty nevyskytoval.

| <b>Rodinný stav</b>        | <b>Četnost<br/>absolutní</b> | <b>Četnost<br/>relativní</b> |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>svobodný</b>            | 63                           | 75%                          |
| <b>soužití<sup>6</sup></b> | 2                            | 2,4%                         |
| <b>ženatý</b>              | 10                           | 11,9%                        |
| <b>rozvedený</b>           | 9                            | 10,7%                        |
| celkem                     | 84                           | 100%                         |

Tab. č. 14: Rodinný stav respondentů.

| <b>Počet dětí</b> | <b>Četnost<br/>absolutní</b> | <b>Četnost<br/>relativní</b> |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>0</b>          | 54                           | 64,3%                        |
| <b>1</b>          | 13                           | 15,5%                        |
| <b>2</b>          | 8                            | 9,5%                         |
| <b>3</b>          | 6                            | 7,1%                         |
| <b>4</b>          | 2                            | 2,4%                         |
| <b>12</b>         | 1                            | 1,2%                         |
| celkem            | 84                           | 100%                         |

Tab. č. 15: Rodinný stav respondentů – počet dětí.

<sup>6</sup> Kategorie „soužití“ znamená situaci, kdy respondent uvádí, že má partnerku, se kterou není oddán.

Jak ukazuje tabulka č. 15, více než polovina respondentů (64%) byla bezdětná.

## Vzdělání

Asi polovina respondentů (51%) měla středoškolské vzdělání<sup>7</sup>. Se stejnou frekvencí (23%) jsou pak zastoupeny vzdělání základní a vysokoškolské.

| Vzdělání      | Četnost<br>absolutní | Četnost<br>relativní |
|---------------|----------------------|----------------------|
| žádné         | 3                    | 3,6%                 |
| základní      | 19                   | 22,6%                |
| středoškolské | 43                   | 51,2%                |
| vysokoškolské | 19                   | 22,6%                |
| celkem        | 84                   | 100%                 |

Tab. č. 16: Vzdělání respondentů.

## Zaměstnání

Zaměstnání respondentů byla velmi různorodá a bylo obtížné najít nadřazené kategorie, do kterých bychom je mohli zařadit. Asi pětina respondentů (19%) byla nezaměstnaná, případně si vydělávala ilegální činností (např. prodej drog). Stejný počet respondentů zastupovali studenti (SŠ nebo VŠ).

| Zaměstnání                | Četnost<br>absolutní | Četnost<br>relativní |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| nezaměstnaný              | 16                   | 19%                  |
| student <sup>8</sup>      | 16                   | 19%                  |
| zemědělec                 | 8                    | 9,5%                 |
| obchodník                 | 7                    | 8,3%                 |
| oblast filmu <sup>9</sup> | 4                    | 4,8%                 |
| zahradník                 | 3                    | 3,6%                 |
| prodavač                  | 3                    | 3,6%                 |
| řidič                     | 3                    | 3,6%                 |
| zedník                    | 3                    | 3,6%                 |
| IT                        | 2                    | 2,4%                 |
| jiná dělnická             | 7                    | 8,4%                 |

<sup>7</sup> Dotazník nerozlišoval, o jaký typ školy se jednalo (např. střední škola versus učební obor).

<sup>8</sup> student SŠ, VŠ (1 respondent oboru psychologie)

<sup>9</sup> 2x herec, filmař, technik osvětlovač

|                                       |    |      |
|---------------------------------------|----|------|
| <b>profese<sup>10</sup></b>           |    |      |
| <b>úřednická profese<sup>11</sup></b> | 4  | 4,8% |
| <b>management<sup>12</sup></b>        | 3  | 3,6% |
| <b>novinář</b>                        | 1  | 1,2% |
| <b>učitel</b>                         | 1  | 1,2% |
| <b>zdravotní technik</b>              | 1  | 1,2% |
| <b>sportovní animátor</b>             | 1  | 1,2% |
| <b>návrhář kuchyní</b>                | 1  | 1,2% |
| <b>celkem</b>                         | 84 | 100% |

Tab. č. 17: Zaměstnání respondentů.

### Náboženské vyznání

V souvislosti s náboženským vyznáním respondentů můžeme říci, že se asi polovina z nich (52,5%) hlásí ke katolické církvi. Další církve jsou zastoupeny s nízkou frekvencí. Třetina respondentů (33%) se k žádnému typu náboženského vyznání nepřihlásila.

| <b>Vyznání<sup>13</sup></b>         | <b>Četnost<br/>absolutní</b> | <b>Četnost<br/>relativní</b> |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>katolické</b>                    | 44                           | 52,4%                        |
| <b>evangelické</b>                  | 2                            | 2,4%                         |
| <b>protestantské</b>                | 2                            | 2,4%                         |
| <b>agnostik</b>                     | 1                            | 1,2%                         |
| <b>mormoň</b>                       | 1                            | 1,2%                         |
| <b>křesťan</b>                      | 1                            | 1,2%                         |
| <b>skeptik</b>                      | 1                            | 1,2%                         |
| <b>nespecifikováno<sup>14</sup></b> | 3                            | 3,6%                         |
| <b>bez vyznání<sup>15</sup></b>     | 28                           | 33,3%                        |
| <b>nezjištěno</b>                   | 1                            | 1,2%                         |
| <b>celkem</b>                       | 84                           | 100%                         |

Tab. č. 18: Náboženské vyznání respondentů.

<sup>10</sup> dělník, lesník, mechanik, svářeč, tiskař, umyvač motorek, zlatník

<sup>11</sup> logista, účetní, úředník

<sup>12</sup> vedoucí firmy, vedoucí restaurace, ekonom

<sup>13</sup> Kategorie vyznání jsou členěny podle toho, jak je pacienti doslovně uváděly.

<sup>14</sup> Respondenti, kteří uvedli v dotazníku pouze obecnou odpověď „věřící“.

<sup>15</sup> Pacient odpověď neuvedl.

## Zdravotní problémy

Necelá polovina respondentů (47%) udávalo při nástupu do léčby nějaký zdravotní problém.

Tyto problémy byly velmi různorodé, jejich seznam zobrazuje níže uvedená tabulka č. 19.

| Zdravotní problém | Četnost<br>absolutní | Četnost<br>relativní |
|-------------------|----------------------|----------------------|
| bez obtíží        | 53                   | 63,1%                |
| migréna           | 5                    | 6%                   |
| hepatitida        | 3                    | 3,6%                 |
| astma             | 2                    | 2,4%                 |
| srdeční arytmie   | 2                    | 2,4%                 |
| alergie           | 1                    | 1,2%                 |
| gastritida        | 1                    | 1,2%                 |
| artróza           | 1                    | 1,2%                 |
| HIV               | 1                    | 1,2%                 |
| diabetes          | 1                    | 1,2%                 |
| psoriáza          | 1                    | 1,2%                 |
| hypertenze        | 1                    | 1,2%                 |
| anémie            | 1                    | 1,2%                 |
| obezita           | 1                    | 1,2%                 |
| toxoplasmóza      | 1                    | 1,2%                 |
| žaludeční vředy   | 1                    | 1,2%                 |
| epilepsie         | 1                    | 1,2%                 |

Tab. č. 19: Zdravotní problémy respondentů.

## Psychická onemocnění a jiné obtíže pacientů

Více než polovina pacientů (63%) trpělo při nástupu do léčby kromě závislosti na drogách či alkoholu dalším psychickým onemocněním. 25% ze všech respondentů trpělo depresí, 11% se někdy v životě pokusilo o sebevraždu, u 10% byla diagnostikována porucha chování.

| Psychické onemocnění<br>a další obtíže | Četnost<br>absolutní | Četnost<br>relativní |
|----------------------------------------|----------------------|----------------------|
| bez obtíží                             | 39                   | 46,4%                |
| deprese                                | 21                   | 25%                  |
| sebevražedný pokus                     | 9                    | 10,7%                |
| poruchy chování                        | 8                    | 9,5%                 |
| úzkosti                                | 6                    | 7,1%                 |

|                              |   |      |
|------------------------------|---|------|
| <b>sebevražedné tendence</b> | 6 | 7,1% |
| <b>porucha pozornosti</b>    | 4 | 1,2% |
| <b>schizofrenie</b>          | 2 | 2,4% |
| <b>poruchy sex. identity</b> | 2 | 2,4% |
| <b>nespavost</b>             | 2 | 2,4% |
| <b>sebepoškozování</b>       | 2 | 2,4% |
| <b>sociální fobie</b>        | 1 | 1,2% |
| <b>epilepsie</b>             | 1 | 1,2% |

Tab. č. 20: Psychická onemocnění a jiné obtíže respondentů.

### Užívaná droga

Následující tabulka ukazuje primární zneužívanou drogu ve výzkumné souboru. Nejčastěji je zde zastoupen alkohol (25%) a kanabinoidy (marihuana a hašiš, dohromady 26%). Dále pak s četností okolo 15% kokain a PBC<sup>16</sup>. Velké množství pacientů konzumovalo drogu denně (70%) a po dobu 10 let a více (68%).

| <b>Droga</b>     | <b>Četnost<br/>absolutní</b> | <b>Četnost<br/>relativní</b> | <b>Doba<br/>užívání</b> | <b>Četnost<br/>absolutní</b> | <b>Frekvence<br/>užívání</b> | <b>Četnost<br/>absolutní</b> |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>alkohol</b>   | 29                           | 34,5%                        | 1 rok a méně            | 2                            | denně                        | 24                           |
|                  |                              |                              | 2-5 let                 | 4                            | nepravidelně                 | 3                            |
|                  |                              |                              | 6-10 let                | 4                            | 3-4x týdně                   | 2                            |
|                  |                              |                              | 11-15 let               | 2                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 16-20 let               | 5                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 21-25 let               | 6                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 26 let a více           | 4                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | nezjištěno              | 2                            |                              |                              |
| <b>marihuana</b> | 16                           | 19%                          | 2-5 let                 | 4                            | denně                        | 15                           |
|                  |                              |                              | 6-10 let                | 7                            | 3-4x týdně                   | 1                            |
|                  |                              |                              | 11-15 let               | 1                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 21-25 let               | 3                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 26 let a více           | 1                            |                              |                              |
| <b>PBC</b>       | 13                           | 15,5%                        | 1 rok a méně            | 3                            | denně                        | 12                           |
|                  |                              |                              | 2-5 let                 | 3                            | nepravidelně                 | 1                            |
|                  |                              |                              | 6-10 let                | 3                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 11-15 let               | 3                            |                              |                              |
|                  |                              |                              | 16-20 let               | 1                            |                              |                              |

<sup>16</sup> PBC – zkratka španělského „Pasta Básica de Cocaína“, meziprodukt při výrobě kokainu.



|               |    |       |              |   |               |   |
|---------------|----|-------|--------------|---|---------------|---|
| <b>kokain</b> | 12 | 14,3% | 1 rok a méně | 1 | denně         | 8 |
|               |    |       | 3-5 let      | 5 | 3-4x týdně    | 3 |
|               |    |       | 6-10 let     | 2 | příležitostně | 1 |
|               |    |       | 11-15 let    | 2 |               |   |
|               |    |       | 16-20 let    | 1 |               |   |
|               |    |       | nezjištěno   | 1 |               |   |
| <b>hašiš</b>  | 6  | 7,1%  | 3-5 let      | 2 | denně         | 4 |
|               |    |       | 6-10 let     | 1 | nezjištěno    | 2 |
|               |    |       | 11-15 let    | 1 |               |   |
|               |    |       | 16-20 let    | 1 |               |   |
|               |    |       | nezjištěno   | 1 |               |   |
| <b>heroin</b> | 4  | 4,8%  | 1 rok a méně | 1 | denně         | 4 |
|               |    |       | 6-10 let     | 2 |               |   |
|               |    |       | 11-15 let    | 1 |               |   |
| <b>tabák</b>  | 2  | 2,4%  | 16-20 let    | 2 | denně         | 2 |

Tab. č. 21: Primární závislost respondentů.

### Předchozí léčba

Přibližně 77% respondentů podstoupilo někdy v minulosti (před nástupem do Takiwasi) léčbu drogové nebo alkoholové závislosti, nejčastěji ve specializovaném centru pro léčbu závislostí (18%), případně ambulantně (15% dlouhodobě, 6% krátkodobě). 3 respondenti již absolvovali nějakou formu léčby v Takiwasi (včetně seberozvojových seminářů a nedokončené léčby).

| <b>Předchozí léčba<sup>17</sup></b>              | <b>Četnost absolutní</b> | <b>Četnost relativní</b> |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>žádná</b>                                     | 19                       | 22,6%                    |
| <b>centrum pro léčbu závislostí<sup>18</sup></b> | 18                       | 21,4%                    |
| <b>ambulantní dlouhodobá<sup>19</sup></b>        | 15                       | 17,9%                    |
| <b>ambulantní krátkodobá<sup>20</sup></b>        | 6                        | 7%                       |
| <b>církevní instituce</b>                        | 5                        | 6%                       |
| <b>terapeutická komunita<sup>21</sup></b>        | 5                        | 6%                       |
| <b>Anonymní alkoholici</b>                       | 5                        | 6%                       |

<sup>17</sup> Někteří pacienti absolvovali léčbu na více místech, tudíž jsou uvedeni v několika kategoriích.

<sup>18</sup> Název kategorie vychází z označení užívaného samotnými pacienty. Jedná se pravděpodobně o ambulantní léčbu v instituci specializované na léčbu závislostí.

<sup>19</sup> jinde než v centru specializovaném na léčbu závislostí, 11 a více setkání

<sup>20</sup> jinde než v centru specializovaném na léčbu závislostí, méně než 10 setkání

<sup>21</sup> jiná než Takiwasi

|                              |   |      |
|------------------------------|---|------|
| jednorázově <sup>22</sup>    | 4 | 4,8% |
| medikace (bez psychoterapie) | 4 | 4,8% |
| Takiwasi <sup>23</sup>       | 3 | 3,6% |
| ambulantní psychiatrická     | 3 | 3,6% |
| curanderos                   | 2 | 2,4% |
| seberozvojové kurzy          | 1 | 1,2% |

Tab. č. 22: Předchozí léčba respondentů.

### Doba interní léčby v Takiwasi

Doporučená doba léčby v Takiwasi je 9-12 měsíců (na základě individuálního posouzení). Této lhůtě odpovídala doba léčby 63% respondentů z výzkumného souboru. 5 respondentů (6%) tuto dobu překročilo, 31% absolvovalo léčbu kratší, tedy 6-8 měsíců. Respondenti, kteří odešli dříve, než po 6 měsících léčby, nebyli do výzkumného souboru zařazeni.

| Doba léčby (v měsících) | Četnost absolutní | Četnost relativní |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| 6                       | 10                | 11,9%             |
| 7                       | 6                 | 7,4%              |
| 8                       | 10                | 11,9%             |
| 9                       | 24                | 28,6%             |
| 10                      | 17                | 20,2%             |
| 11                      | 3                 | 3,6%              |
| 12                      | 9                 | 10,7%             |
| 13                      | 4                 | 4,8%              |
| 14                      | 1                 | 1,2%              |
| celkem                  | 84                | 100%              |

Tab. č. 23: Doba léčby v Takiwasi.

## 8.3 Metody sběru a analýzy dat empirické části 2

Data byla získána během výzkumné stáže autorky práce v centru Takiwasi v období září 2009 – červen 2010. V této době byla provedena analýza složek pacientů (celkem 84), které obsahovaly několik zdrojů dat. Ve složkách byla data následujícího charakteru:

<sup>22</sup> jednorázová konzultace nebo hospitalizace v souvislosti s užíváním drog

<sup>23</sup> včetně absolvování seberozvojových seminářů v Takiwasi

| Zdroj dat                              | Autor              | Počet stran celkem <sup>24</sup> | Počet stran průměrně <sup>25</sup> |
|----------------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| přijímací zpráva                       | psycholog          | 1813                             | 22                                 |
| lékařská dokumentace                   | lékař              | 335                              | 4                                  |
| zápisy z psychoterapeutických sezení   | psycholog          | 1988                             | 24                                 |
| postayahuascové protokoly              | pacient            | 3181                             | 38                                 |
| postdietové protokoly                  | pacient            | 356                              | 4                                  |
| korespondence s rodinou                | rodina, psycholog  | 1061                             | 13                                 |
| korespondence s pacientem              | pacient, psycholog | 251                              | 3                                  |
| plán užívání rostlin                   | curandero          | 515                              | 6                                  |
| další materiály pacienta <sup>26</sup> | pacient            | 448                              | 5                                  |
| obrázky                                | pacient            | 1875                             | 22                                 |
| <b>celkem</b>                          |                    | <b>11823</b>                     | <b>141</b>                         |

Tab. č. 24: Zdroje dat pro obsahovou analýzu.

K obsahové analýze byly využity všechny zdroje dat s výjimkou obrazového materiálu. Při analýze byl u všech složek pacientů dodržen standardní postup. Data byla při prepisování členěna do 4 kategorií, podle fází, ve kterých byla uvedena. Členění fází bylo následující:

| Fáze | Mezníky                                  | Časové období <sup>27</sup> |
|------|------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.   | přijetí do léčby – 1. ayahuaskové sezení | 0 – 1. měsíc                |
| 2.   | 1. ayahuaskové sezení – 1. dieta         | 2. – 3. měsíc               |
| 3.   | 1. dieta – polovina léčby                | 4. – 5. měsíc               |
| 4.   | polovina léčby – konec léčby             | 6. – 10. měsíc              |

Tab. č. 25: Rozdělení fází léčby.

Mezníky rozdělující léčbu na jednotlivé fáze byly stanoveny na základě odborné konzultace s vedoucím psychologického týmu Takiwasi. Představují zlomová období léčby – tj. 1. účast na ayahuaskovém sezení (tj. 1. užívání ayahuasky vůbec), 1. účast na dietě a polovinu léčby. Získaná data byla zpracována metodou obsahové analýzy (Plichtová, 1996). Zpracování dat probíhalo v případě všech složek pacientů standardním, níže popsaným, postupem.

<sup>24</sup> Počet stran celkem za celý soubor.

<sup>25</sup> Počet stran průměrně v jedné složce (složce jednoho pacienta) (zaokrouhлено na celá čísla).

<sup>26</sup> např. deník, úvahy, zapsané sny, vlastní umělecká tvorba (básně, povídky, komiks)

<sup>27</sup> Při dodržení standardní doby léčby 9-12 měsíců, s průměrem 10 měsíců.

## 1. Výběr relevantních výroků

Každá složka byla pečlivě pročtena a s ohledem na výzkumné zaměření práce z ní byly vypsány (do souboru v programu Microsoft Office Excel 2003) relevantní výroky pacientů. Vyloučeny tedy byly výroky lékařů, psychologů nebo curanderos o pacientovi, pokud přímo neodkazovaly na sdělení pacienta (např. psycholog citoval pacienta). Výrokem jsme rozuměli jednotku obsahující jednu informaci relevantní pro výzkumné téma, jednalo se tedy nejčastěji o několik slov, případně větu nebo souvětí. Pokud souvětí (či věta) obsahovala více než 1 informaci relevantní pro výzkumné téma, byla rozdělena na odpovídající počet výroků (podle počtu informací) (např. „usmířil jsem se sám se sebou a více si důvěřuji = 2 výroky – „usmířil jsme se sám se sebou“ a „více si důvěřuji“).

Během výběru relevantních výroků jsme se striktně drželi tématu vztahu k sobě samému, nezahrnovali jsme tedy výroky týkající se např. pacientových silných a slabých stránek (zahrnuto pouze ve významu vyjádřeného procesu sebepoznání – např. „znám své silné stránky“, nikoliv však již konkrétní vlastnosti), vztahu k druhým nebo toho, jak ho vidí ostatní.

Při výběru relevantních výroků jsme narazili na několik dilemat. Prvním dilematem byla otázka, zda zařadit výroky týkající se sobeckosti a pýchy x pokory (oboje částečně souvisí se vztahem k sobě, který v případě sobeckosti nebo pýchy dominuje nad vztahem ke druhým). Tyto výroky jsme se nakonec rozhodli pro zachování čistoty dat nezařadit.

Další dilema představovaly výroky týkající se pocitu kontroly nad vlastním životem a nad sebou samým, které jsme nakonec zařadili, protože se nám jevily jako nezbytná součást vztahu k sobě - zejména s ohledem na teoretické koncepty salutoprotektivních činitelů, jako jsou umístění vlivu (locus of control), vnímaná osobní zdatnost (self-efficacy), nezdolnost (psychological hardiness) aj. (Baštecká, Goldman, 2001).

## 2. Identifikace opakujících se témat

Vybraná data (relevantní výroky) byla zpracována metodou otevřeného kódování (Hendl, 2008). Na základě tohoto kódování jsme identifikovali několik opakujících se témat:

- odpuštění sobě, usmíření se sebou, na počátku souzení sebe sama
- sebepoznání – na počátku nulové, na konci ví, kdo je, co chce, uvědomění, nalezení své identity, skutečného já, vidí své chyby a přednosti, rozumí si
- láska k sobě
- úcta k sobě, respekt, váží si sám sebe

- sebedestruktivita v minulosti a na počátku (včetně sebevražedných myšlenek a tendencí)
- důvěra v sebe a své schopnosti, ve vlastní sílu
- nízké sebevědomí (hlavně na počátku)
- vztah ke svému tělu (přijetí, péče o něho, kontakt s ním)
- pocit vlastní hodnoty a ceny
- hrdost na to, kým je a co dokázal
- velké nároky na sebe (před léčbou a v počátku, často si tento fakt uvědomili až v 2. polovině léčby)
- sebezpřijetí, sebeakceptace (toho, jaký doopravdy je)
- sebekontrola, kontrola nad vlastním životem a tím, co se mu děje, zodpovědnost za sebe a svůj život
- je mu se sebou lépe, dobře
- péče o sebe
- naslouchání si, kontakt se sebou
- upřímnost a poctivost k sobě samému
- stud za to, jaký byl
- radost ze sebe
- hněv na sebe, sebeobviňování se, zhnusení sám sebou (fáze 2, 3), zklamání ze sebe
- víc o sobě přemýšlí, rozumí tomu, co se v něm děje

### 3. Tvorba hlavních kategorií

Témata identifikovaná metodou otevřeného kódování jsme dále sloučili do 11 hlavních kategorií. Názvy jednotlivých kategorií a jejich charakteristiky (témata, která zahrnovala, případně další upřesnění) zobrazuje tabulka č. 26:

| Název kategorie            | Charakteristika                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Sebepoznání</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ví, kdo je, co chce, uvědomění</li> <li>- nalezení své identity, skutečného</li> <li>- vidí své chyby a přednosti, rozumí si</li> </ul>                                 |
| <b>2. Kontakt se sebou</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- péče o sebe</li> <li>- naslouchání si</li> <li>- upřímnost a poctivost k sobě samému</li> <li>- víc o sobě přemýšlí</li> <li>- rozumí tomu, co se v něm děje</li> </ul> |

|                                               |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. Opuštění si</b>                         | - usmíření se sebou<br>- na počátku souzení sebe sama                                                                                 |
| <b>4. Lásky k sobě</b>                        | - úcta k sobě, respekt, váží si sám sebe<br>- pocit vlastní hodnoty a ceny<br>- hrdost na to, kým je a co dokázal<br>- radost ze sebe |
| <b>5. Sebedestruktivita</b>                   | - včetně sebevražedných myšlenek a tendencí                                                                                           |
| <b>6. Důvěra v sebe</b>                       | - důvěra ve své schopnosti, sílu<br>- „věřím si“                                                                                      |
| <b>7. Nedostatek sebevědomí</b>               | - pocity méněcennosti                                                                                                                 |
| <b>8. Vztah k tělu</b>                        | - přijetí své fyzické stránky, vzhled<br>- péče o tělo, kontakt s tělem                                                               |
| <b>9. Sebe přijetí</b>                        | - sebeakceptace (toho, jaký doopravdy je)<br>- je mu se sebou lépe, dobře<br>- stud za to, jaký byl                                   |
| <b>10. Zodpovědnost a sebekontrola</b>        | - kontrola nad vlastním životem a tím, co se mu děje<br>- zodpovědnost za sebe a svůj život                                           |
| <b>11. Výrazně negativní pocity vůči sobě</b> | - nenávisť, zhnušení, odpor<br>- hněv na sebe, sebeobviňování se,<br>- zhnušení sám sebou, zklamání ze sebe<br>- strach ze sebe       |

Tab. č. 26: Seznam hlavních kategorií analýzy.

#### 4. Kvantitativní analýza 1 (zabarvení výroků)

Po stanovení kategorií byla data analyzována kvantitativně, abychom si vytvořili základní přehled o tom, jakou povahu získaná data mají.

Kvantitativní analýza probíhala v několika fázích. Nejprve jsme u každého pacienta v každé fázi spočítali počet výroků týkajících se zkoumaného tématu (jeho vztahu k sobě samému) a získali tak údaj o tom, kolik toho o vztahu k sobě samému pacient v každé fázi řekl.

Tyto výroky jsme dále rozdělili do 3 skupin z hlediska zabarvení (pozitivní, negativní, neutrální) a do 3 skupin z hlediska jejich směřování (do přítomnosti – jak se vidí v této chvíli, do minulosti – jak vidí nyní sám sebe v minulosti, do budoucnosti – jaké má plány, cíle, předsevzetí)<sup>28</sup>. Na závěr byl doplněn sloupec „polarita“, který ukazuje, zda v dané fázi

<sup>28</sup> Bylo třeba rozlišit, jak se vidí pacient v určité fázi X jak vidí sám sebe v minulosti před léčbou X jaká má přání, očekávání, plány (např. je rozdíl ve výroci „nemám se rád“ X „uvědomuji si, že jsem se neměl rád“ X „chci se mít víc rád“).

převažovaly pozitivní či negativní výroky o vztahu k sobě.<sup>29</sup> Kompletní tabulka s daty je uvedena v příloze.

## 5. Kvantitativní analýza 2 (zastoupení v hlavních kategoriích)

V dalším kroku analýzy dat bylo třeba zjistit zastoupení jednotlivých hlavních kategorií (stanovených v bodě 3), aby bylo možné následně zvolit vhodné kategorie pro analýzu kvantitativní<sup>30</sup>.

Pro každou z 11 hlavních kategorií jsme spočítali zastoupení v každé fázi (dohromady u všech pacientů). Výpočty jsme zaznamenávali na papír, následně sečetli a zanesli do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2003. Získali jsme tak informaci o tom, jaká témata byla kdy (v které fázi) a v jaké frekvenci zastoupena<sup>31</sup>.

Během tohoto kroku došlo také k některým změnám v přiřazování dat do kategorií a změnám v charakteristikám kategorií:

→ Byly vytvořeny nové kategorie „tvrdý k sobě“, „stud za sebe“ a „špatné zacházení se sebou samým“. Tato témata se zpočátku jevila jako hojně zastoupená a tudíž vyžadující vlastní samostatnou kategorii. Nakonec však byla frekvence výroků v těchto kategoriích nízká (méně než 5 výroků v každé), a tudíž byly kategorie přiřazeny k některým z původně stanovených kategorií. Konkrétně pak:

- „tvrdý k sobě“ a „špatné zacházení se sebou“ přiřazeno do kategorie „sebedestruktivita“
- „stud za sebe“ přiřazeno do kategorie „sebepřijetí“ (jakožto negativní pól této kategorie)

→ Sloučili jsme kategorie, které byly dvěmi póly kategorie jedné, tedy:

- odpuštění + výrazně negativní pocity -> odpuštění
- důvěra v sebe + nedostatek sebevědomí -> důvěra v sebe

---

<sup>29</sup> Tento sloupec vznikl jako rozdíl počtu pozitivních výroků směřovaných do přítomnosti ve fázi 1 a počtu negativních výroků směřovaných do přítomnosti ve fázi 1 (obdobně pak pro další fáze). Do výpočtu polaritě tedy nezahrnujeme výroky neutrální, výroky směřované do minulosti a výroky směřované do budoucnosti.

<sup>30</sup> Vzhledem k velkému rozsahu dat nebylo možné analyzovat kvalitativně všechny kategorie a bylo tedy nutné rozhodnout, které kategorie do analýzy vybrat. Kritériem této volby bylo zastoupení kategorie - byly tedy vybrány kategorie (témata), o kterých pacienti hovořili s velkou frekvencí. Nevýhodou této volby je možná ztráta informací vyskytujících se v kategoriích zastoupených s malou četností (tedy např. extrémních případů, neobvyklých případů, aj.). Toto možné zkreslení může být částečně vykorigováno na základě ověřování zjištěných předpokladů v empirické části 3.

<sup>31</sup> Bez ohledu na zabarvení a směřování výroků.

→ Několik výroků nešlo zařadit do žádné z kategorií, byly tedy zařazeny do samostatné kategorie „jiná“.

Po stanovení počtu výroků v jednotlivých kategoriích jsme tyto kategorie seřadili dle množství výroků v nich zastoupených. Získali jsme tak údaj o tom, která kategorie je zastoupená nejvíce a které méně, tedy o kterých tématech v souvislosti se vztahem k sobě pacienti s hovořili s vysokou četností.

## **6. Kvalitativní analýza**

Předchozí kvantitativní analýza pomohla identifikovat kategorie, které se v analyzovaných datech objevovaly s velkou frekvencí. Tyto kategorie byly jedna po druhé podrobeny kvalitativní analýze, dokud nedošlo k teoretické saturaci, kdy analýza dalších kategorií již nepřinášela nové poznatky a její informační přínos byl tedy minimální.

Při kvalitativní analýze jednotlivých kategorií bylo provedeno axiální kódování, při kterém byly zvažovány příčiny a důsledky, interakce a podmínky, strategie a procesy a vytvořeny „osy“ propojující jednotlivé kategorie (Hendl, 2008). Konkrétně postup vypadal tak, že jsme se vždy zaměřili na jedno z témat (např. „sebepoznání“) a procházeli data jednotlivých respondentů. Zaznamenávali jsme (ručně na papír) u každého z respondentů vývoj tohoto tématu a zejména pak jeho souvislosti a vztahy s dalšími kategoriemi. U některých respondentů se toto téma neobjevilo a tudíž jsme jej nezaznamenali.

Během kvalitativní analýzy došlo k dalším změnám v přiřazování dat do kategorií a změnám v charakteristikách kategorií - ukázalo se vhodné zařadit kategorii „láska k sobě“ do kategorie „sebepřijetí“, jelikož bylo v mnoha případech bylo obtížné (až nemožné) rozlišit, do které z uvedených kategorií výrok zařadit (např. výrok „je mi se sebou dobře“).

## **7. Vznik prvních teoretických předpokladů**

Integrací poznatků získaných metodami kvantitativní a kvalitativní analýzy výzkumného souboru dat (archivní záznamy) byly načrtnuty první ústřední body vznikající teorie. Tyto teoretické předpoklady (propozice) jsme v další části výzkumu (viz. Empirická část 3) ověřovali na dalším souboru dat, případových studiích 5 pacientů.

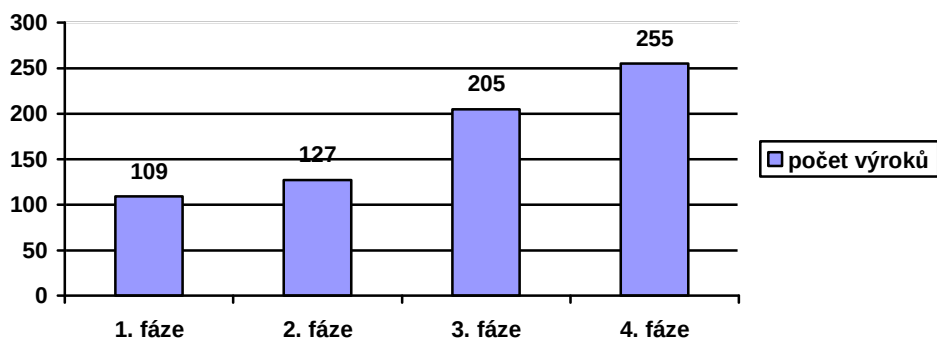


## 8.4 Výsledky kvantitativní analýzy dat

Kvantitativní analýza přinesla podrobnější informace o povaze dat, která byla následně zpracována analýzou kvalitativní. Její výsledky nás informují o četnosti výroků relevantních pro téma práce, o zabarvení (polaritě) těchto výroků, o jejich časovém směřování a dále o zastoupení jednotlivých kategorií identifikovaných v bodě 3. V následujícím textu uvádíme shrnující údaje, kompletní tabulky jsou obsaženy v příloze disertační práce.

### Četnost výroků

Zkoumaný vzorek (složky pacientů informující o průběhu jejich léčby, N=84) obsahoval celkem 696 výroků relevantních pro výzkumný záměr práce, tedy průměrně 8,29 na jednu složku (pacienta). Zastoupení těchto výroků v jednotlivých fázích zobrazuje následující graf.



Graf. č. 18: Četnost výroků v jednotlivých fázích.

Jak je patrné z grafu, počet výroků pacientů relevantních k výzkumnému záměru v průběhu léčby neustále narůstá.

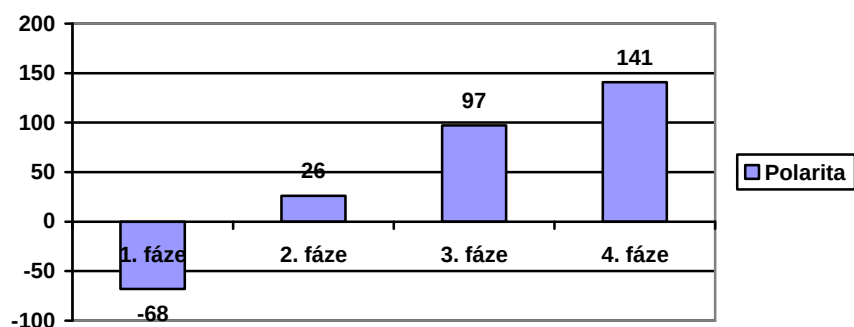
### Zabarvení výroků (polarita)

Faktor zabarvení výroků (polarita) přináší informaci o tom, zda v dané fázi převažovaly pozitivní či negativní výroky pacientů o vztahu k sobě. Do kvantitativní analýzy tohoto faktoru byly zahrnuty pouze výroky orientované do přítomnosti.

Hodnota polarity byla spočítána jako rozdíl počtu pozitivních výroků a počtu negativních výroků:

$$\text{Polarita} = \Sigma \text{pozitivní výroky} - \Sigma \text{negativní výroky}$$

Celková polarita výroků (v průběhu celé léčby) byla 196, průměrná (na pacienta) 2,3, tedy mírně pozitivní, což naznačuje, že o sobě pacienti v průběhu léčby hovořili v průměru spíše pozitivně. Polaritu výroků v jednotlivých fázích ukazuje následující graf.

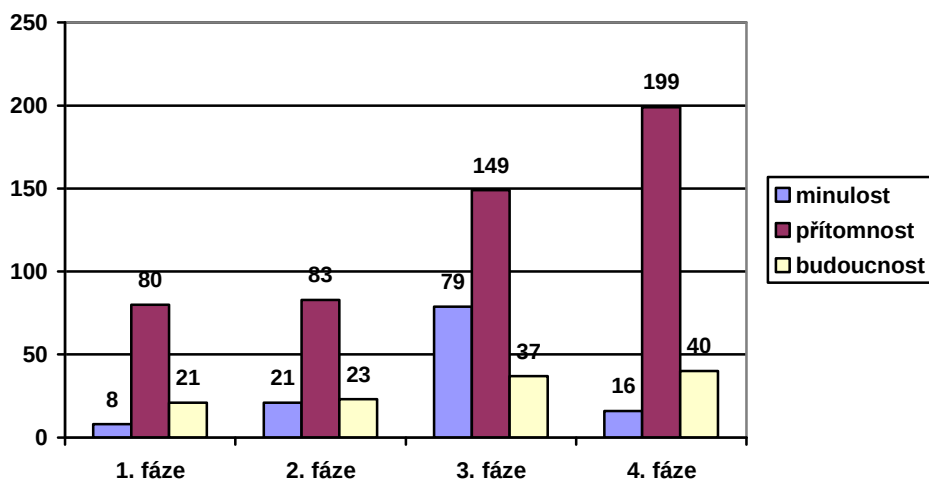


Graf. č. 19: Polarita výroků v jednotlivých fázích.

Již na základě posouzení grafu můžeme usuzovat na tendenci vzrůstajícího pozitivního zabarvení výroků (-68 v 1. fázi až 141 ve 4. fázi). Ačkoliv je toto hodnocení velmi limitující (například nerozlišíme, zda je nízká hodnota důsledkem celkově nízkého počtu výroků či vyváženosti obou pólů), může napomoci k hrubé orientaci. Podrobněji je zabarvení výroků zkoumáno analýzou kvalitativní (viz. dále), která tato hrubá data dále upřesní.

### Časové směřování výroků

Ve všech fázích léčby převažovala orientace výroků do přítomnosti. Tento rozdíl je patrný zejména ve 4. fázi, kdy je jejich počet více než 3,5 x větší než počet všech ostatních výroků (tedy výroků směřovaných do minulosti a budoucnosti). Výroky směřující do minulosti se s nejvyšší četností vyskytovaly ve 3. fázi léčby. Zdá se, že téma minulosti pacienta výrazně dominuje právě v této, 3. fázi, léčby. Téma budoucnosti je zastoupeno srovnatelně (pokud bereme v potaz celkový nárůst počtu výroků) ve všech fázích léčby. Celkové počty výroků orientovaných na jednotlivá časová období v jednotlivých fázích ukazuje následující graf.



Graf. č. 20: Směřování výroků v jednotlivých fázích.

Můžeme usuzovat na to, že výroky směřované do minulosti souvisejí s náhledem pacienta na jeho minulý život a vztah k sobě samému před nástupem do léčby. Výroky směřované do budoucnosti zase ukazují na předsevzetí a touhy pacienta – hovoří o jeho cílech a souvisejí s motivací k léčbě. Jejich vysoký počet je tedy pozitivním faktorem – ukazuje na to, že na sobě pacient chce dále pracovat a že ví, co je třeba změnit, co má dělat atd.

### Zastoupení jednotlivých kategorií

Tabulka č. 27 zobrazuje četnost jednotlivých kategorií v jednotlivých fázích. Některé výroky mohou být zařazeni současně do několika kategorií. Jak je patrné, zastoupení většiny kategorií mělo vzestupnou tendenci (stejně tak jako celkový počet výroků v jednotlivých fázích).

Nalezneme však i kategorie, u kterých je tato tendence odlišná. Kategorie „sebedestruktivita“ byla nejvíce zastoupena na počátku léčby a její četnost pak v průběhu léčby klesala, podobně jako i kategorie „jiné“. Kategorie „důvěra v sebe“ a „sebepoznání“ vykazují mírný propad (co do četnosti) ve 2. fázi léčby. Kategorie „vztah k tělu“ má největší četnost ve 3. fázi léčby.

| Pořadí | Kategorie         | 1. fáze | 2. fáze | 3. fáze | 4. fáze | Celkem |
|--------|-------------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1.     | sebepřijetí       | 13      | 23      | 66      | 68      | 170    |
| 2.     | důvěra v sebe     | 32      | 15      | 30      | 64      | 141    |
| 3.     | sebepoznání       | 16      | 12      | 27      | 39      | 94     |
| 4.     | kontakt se sebou  | 7       | 10      | 34      | 35      | 86     |
|        | odpuštění         | 17      | 18      | 24      | 27      | 86     |
| 6.     | sebedestruktivita | 20      | 18      | 16      | 6       | 60     |
| 7.     | vztah k tělu      | 5       | 10      | 14      | 8       | 37     |

|               |              |            |            |            |            |            |
|---------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 8.            | sebekontrola | 5          | 5          | 6          | 18         | 34         |
| 9.            | jiné         | 7          | 19         | 2          | 4          | 32         |
| <b>Celkem</b> |              | <b>122</b> | <b>130</b> | <b>219</b> | <b>269</b> | <b>740</b> |

Tabulka č. 27: Zastoupení jednotlivých kategorií v jednotlivých fázích.

Jak ukazuje tabulka, zdá se, že na počátku léčby (v 1. fázi), dominovalo téma „důvěra v sebe“, ve 2. fázi „sebepřijetí“, „odpuštění“ a „sebedestruktivita“, ve 3. fázi „sebepřijetí“ a ve 4. fázi „sebepřijetí a „důvěra v sebe“.

## 8.5 Výsledky kvalitativní analýzy dat

Kvalitativní analýze byly podrobeny 3 nejčtenější kategorie zkoumaného jevu – důvěra v sebe, sebepřijetí a sebepoznání.

### 8.5.1 Důvěra v sebe

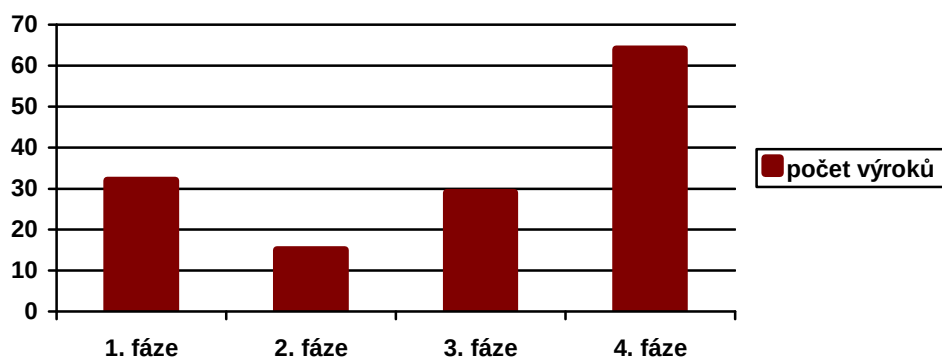
#### Charakteristika kategorie

Kategorie „důvěra v sebe“ vznikla sloučením dvou původně samostatných kategorií – „důvěra v sebe“ a „nedostatek sebevědomí“. Do této kategorie spadají:

- ➔ výroky týkající se důvěry ve své schopnosti, svoji sílu
- ➔ výroky typu „věřím si“, „mohu se na sebe spolehnout“, „dokážu to, co chci“
- ➔ v negativním pólu pak :
  - pocity méněcennosti
  - nedostatek sebevědomí
  - pochyby o vlastních schopnostech
  - výroky jako „nevěřím si“, „nemohu se spolehnout sám na sebe“, „nic nedokážu“

Téma důvěry v sebe nacházíme explicitně vyjádřené v případě 51 respondentů (z celkových 84). Jedná se o 2. nejfrekventovanější z kategorií v oblasti „vztah k sobě samému“.

Kvantitativní analýza ukazuje, že se téma „důvěra v sebe“ objevuje zejména v poslední fázi léčby (64 výroků) a dále pak ve fázi první (32). V první fázi léčby tvoří téměř polovinu výroků této kategorie (14) tvrzení týkající se nedostatku sebevědomí.



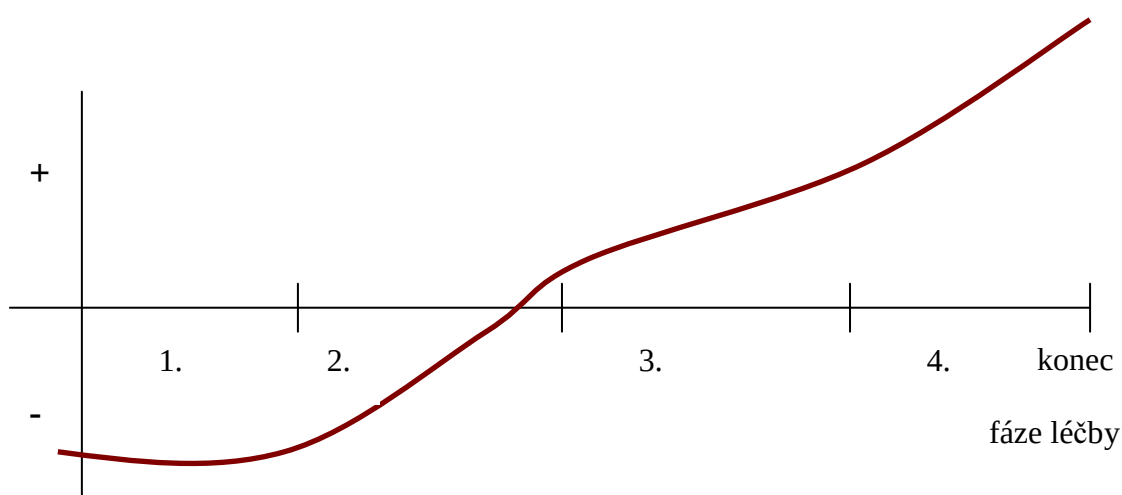
Graf č. 21: Frekvence kategorie „důvěra v sebe“.

### Pozorované jevy

Na základě kvalitativní analýzy dat můžeme sledovat následující základní tendenci:

1. **na počátku léčby** – nízké sebevědomí, chybějící důvěra v sebe a ve vlastní schopnosti, u některých pacientů se toto téma nevyskytuje vůbec
2. **2. fáze léčby** – téma se vytrácí do pozadí, pacienti o něm hovoří minimálně
3. **3. fáze léčby** – objevuje se pozvolný nárůst pocitu důvěry k sobě u některých pacientů
4. **4. fáze léčby** – téma důvěry v sebe se stává ústředním, většina pacientů uvádí, že si důvěřuje, spoléhá na sebe, je subjektivně přesvědčena o své schopnosti zvládnout nároky života

Tato tendence by se dala schématicky zobrazit následující křivkou:



Obr. č. 17: Vývoj důvěry v sebe.

Můžeme tedy usuzovat na 2 tendence v oblasti vývoje důvěry v sebe:

1. Pacient si nedostatek důvěry v sebe uvědomuje již v době, kdy nastupuje do léčby a případně vyslovuje přání dosáhnout v této oblasti změny. Toto téma pak odchází do pozadí a objevuje se ve 3. fázi léčby (tedy zhruba od poloviny léčby, cca po 4 měsících), kdy pacient začíná postupně důvěřovat sám sobě a svým schopnostem.
2. Pacient na začátku léčby nepřemýšlí nad důvěrou v sebe (nebo o tom alespoň nereferuje), téma se pak spontánně objevuje v 3. fázi léčby (nárůst důvěry) a zejména pak ve 4. fázi léčby (důvěra v sebe).

Na základě těchto poznatků můžeme usuzovat, že k nárůstu důvěry v sebe dochází ve 3.-4. fázi a to bez prokazatelné přímé souvislosti s tím, zda se tímto tématem pacient na začátku léčby zabýval.

### **Charakteristika jednotlivých fází**

#### **Nedostatek důvěry v 1. fázi**

Pokud pacienti v 1. fázi hovořili o důvěře v sebe (pouze u 12 případů z 51, které téma důvěry explicitně vyjádřili, a 84 celkových), bylo tomu tak ve všech případech v souvislosti s nízkým sebevědomím nebo nedostatkem víry v sebe a své schopnosti, případně přáním najít důvěru v sebe či zvýšit sebevědomí.

To se často pojilo zejména s negativním sebehodnocením, s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé, a s negativním pohledem na svoji minulost. Dále byla častá souvislost se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou. V některých případech také pacienti v této souvislosti uváděli, že neznají sami sebe.

#### **Téma důvěry na pozadí v 2. fázi**

V 2. fázi se téma důvěry v sebe vyskytuje minimálně. V srovnatelném zastoupení tu najdeme výroky odkazující na nízkou míru důvěry v sebe a první náznaky nárůstu této důvěry. Nárůst důvěry je v této fázi spojen nejčastěji s konfrontací s negativními pocity vůči sobě, a to prostřednictvím purgativních a ayahuaskových sezení. Pacienti uvádějí, se během purgativních sezení objevily negativní pocity vůči jejich osobě, které během tohoto sezení na určité úrovni zpracovali a eliminovali („*vyzvracel jsem odpor, který jsem k sobě cítil*“, „*zbavil jsem se sebenenávisti*“), což mělo za následek nárůst sebedůvěry. K podobnému procesu docházelo i během ayahuaskových sezení. Tento proces byl však navíc obohacen o

náhled a uvědomění si původu těchto negativními pocity vůči sobě („ayahuaska mi ukázala, proč se nedovedu mít rád“, „víc si teď věřím, protože jsem [během ayahuaskového sezení] pochopil, proč jsem se dřív nedokázal postarat o moji rodinu“).

### **Nárůst důvěry ve 3. fázi**

3. fáze je charakteristická narůstáním důvěry v sebe. Pacienti uvádějí, že si začínají více věřit. K nárůstu důvěry dochází v této fázi často zejména v souvislosti se sebepoznáním, včetně realistického pohledu na negativní vztah k sobě (a následné odpuštění si a usmíření se se sebou) a své chování v minulosti (zejména vůči blízkým osobám). Sebepoznání dávají pacienti do souvislosti především s ayahuaskovými sezeními a dále pak s životem v terapeutické komunitě („jsem hrdý na to, že jsem se naučil normálně fungovat – postarat se o sebe, vařit, prát si, mít navyklý pravidelný režim“). Souvislost s psychoterapeutickými aktivitami (individuální či skupinové povahy) byla udávána jen velmi sporadicky.

Z dat vyplývá, že je sebepoznání nutným předpokladem k vytvoření důvěry k sobě – pacient zná své schopnosti a přednosti, ale také (a to se zejména ukázalo jako významné) svoji negativní stránku a byl konfrontován s reálným pohledem na negativní aspekty své minulosti.

Tento nárůst důvěry v sebe pak mívá pozitivní vliv na další léčbu a motivaci k ní. Pacienti udávají větší odhodlání a sílu bojovat se sebou a svou minulostí, odhodlání vytrvat, pevnost.

### **Nárůst důvěry ve 4. fázi**

Ve 4. fázi udává většina pacientů (kromě dvou) pocit důvěry v sebe a své schopnosti. Tento nárůst bývá spojen s dalším sebepoznáním (zejména prostřednictvím ayahuaskových sezení), pacienti mají pocit, že již znají svůj potenciál i negativní stránky. Vnímají pokrok, který udělali, udávají často subjektivní pocit proměny („jsem jiným člověkem“) a hrdost na to, že dokončili léčbu (často první věc, kterou v životě dokončili).

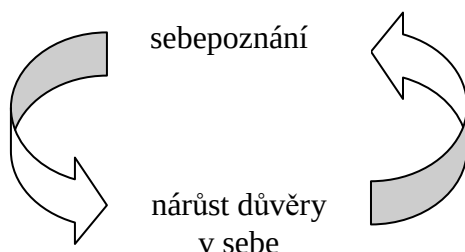
Tento nárůst důvěry v sebe pak mívá za následek především to, že se pacienti cítí připraveni a vybaveni pro život venku, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám. Popisují lásku k sobě a další touhu po sebepoznání a konfrontaci s vlastním stínem.

Zajímavý je také proces názorně viditelný v případě jednoho respondenta - cesta k důvěře k sobě zde vedla přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu (zejména

v souvislosti s dietou). Tuto tendenci autorka práce opakovaně pozorovala na své odborné stáži – kontakt s tělem v mnoha případech souvisel s posílením důvěry v sebe.

### **Závěrečné poznámky**

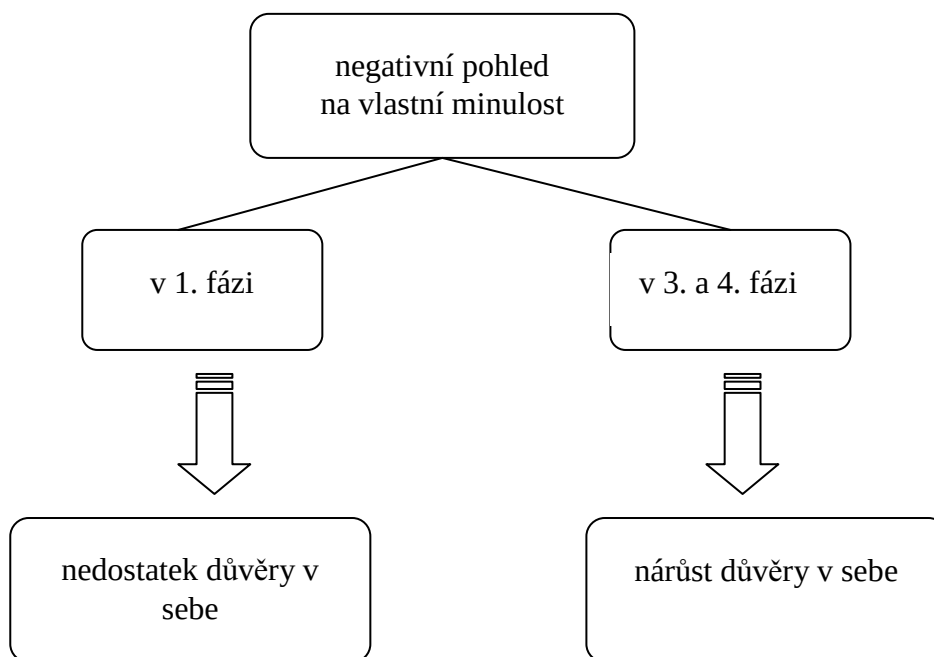
- 1) Ukazuje se, že sebepoznání vede k nárůstu důvěry v sebe, což stimuluje další sebepoznání (pacient subjektivně vnímá více síly „ustát to“, popisuje odhodlání konfrontovat se s negativní stránkou). Vzniká jakýsi cyklus nebo spirála, která vede k stále hlubšímu sebepoznání a budování pevné důvěry v sebe stojící na pevných základech realistického pohledu na sebe samotného. Můžeme tedy konstatovat, že mezi důvěrou v sebe a sebepoznáním existuje úzká souvislost.



Obr. č. 15: Reciproční vliv sebepoznání a nárůstu důvěry v sebe.

- 2) Data nasvědčují tomu, že je negativní pohled na svoji minulost v 1. (nebo 2.) fázi spojen s nedostatkem důvěry v sebe, zatímco ve 3. a 4. fázi s následným nárůstem důvěry. Zatímco na počátku je tento náhled spíše destruktivní, v pozdějších fázích působí konstruktivně.





Obr. č. 16: Negativní pohled na vlastní minulost a jeho vliv na důvěru v sebe.

- 3) V některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny.
- 4) Klíčovou roli v při budování důvěry v sebe u pacientů v průběhu léčby v Takiwasi mají ayahuasková sezení jakožto zdroj sebepoznání a konfrontace s negativními pocity vůči sobě a purgativní sezení jakožto prostředek zpracování a eliminace těchto pocitů.

## 8.5.2 Sebepřijetí

### Charakteristika kategorie

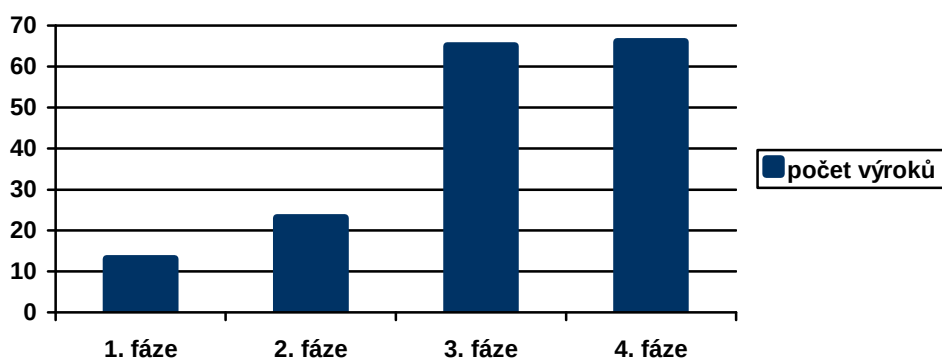
Kategorie „sebepřijetí“ vznikla sloučením kategorií „lásky k sobě“ a „sebepřijetí“ z důvodů těžké diferenciací mezi uvedenými kategoriemi. Kategorie zahrnuje pozitivní emoce vztažené k vlastní osobě, ve výpovědích respondentů velmi často explicitně vyjádřené slovy „mám se rád“.

Tato kategorie zahrnuje pozitivní a částečně i negativní pól – zbývající část negativního pólu nalezneme v kategoriích sebedestruktivita, negativní pocity vůči sobě či nedostatek sebevědomí (tyto poslední dvě kategorie byly sloučeny s jinými kategoriemi).

Konkrétně do kategorie „sebeřijetí“ spadají výroky vyjadřující:

- ➔ pozitivní vztah k sobě
- ➔ úctu a respekt k vlastní osobě
- ➔ pocit vlastní hodnoty a ceny
- ➔ to, že si pacient sám sebe váží
- ➔ hrđost a pýchu na sebe a to, co pacient dokázal
- ➔ radost ze sebe
- ➔ sebeakceptaci (toho, jaký doopravdy je)
- ➔ odkaz na to, že je pacientovi se sebou lépe, dobře
- ➔ pocit ztráty vlastní hodnoty a ceny
- ➔ stud za to, jaký pacient byl

Téma sebeřijetí je (po sloučení s tématem láska k sobě) nejfrekventovanější kategorií v oblasti „vztah k sobě samému“. Nacházíme jej explicitně vyjádřené v případě 58 respondentů (z celkových 84). Téma sebeřijetí jednoznačně dominuje ve 3. a 4. fázi léčby (79 % výroků), výroky v 1. fázi (kterých je ovšem minimum) odkazují na přání mít se rád a najít pozitivní vztah k sobě.



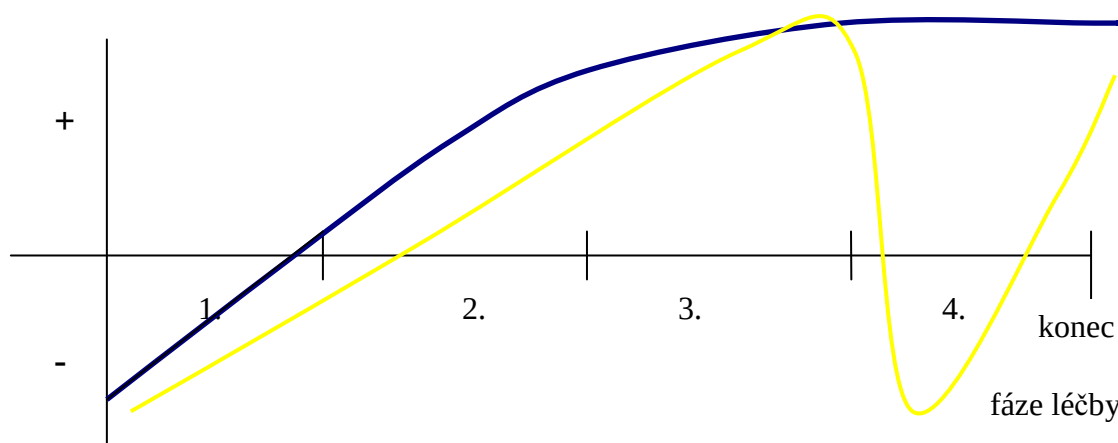
Graf č. 22: Frekvence kategorie „sebeřijetí“.

### Pozorované jevy

Na základě kvalitativní analýzy můžeme pozorovat pozvolný nárůst sebeřijetí pacienta, který pak graduje ve fázích C a D (u některých pacientů ve fázi C, u jiných ve fázi D, zhruba se stejným zastoupením). Stav sebeřijetí není definitivní, může mít různé formy a hloubku, a jako jedno z klíčových témat procesu zdravý jej nacházíme ve výpovědích pacientů opakovaně a z různých úhlů pohledu.

1. **na počátku léčby** – sebepřijetí chybí, pacienti uvádějí silně negativní vztah k sobě, případně vyjadřují téma sebepřijetí ve formě potřeby
2. **2. fáze léčby** – pacienti se začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva
3. **3. fáze léčby** – téma sebepřijetí zastoupeno velmi často, dochází k výraznému nárůstu sebepřijetí, dominují pozitivní pocity vůči sobě samému, pocit vlastní hodnoty
4. **4. fáze léčby** – silný nárůst sebepřijetí, případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu

Tato tendence by se dala schématicky zobrazit následujícími křivkami:



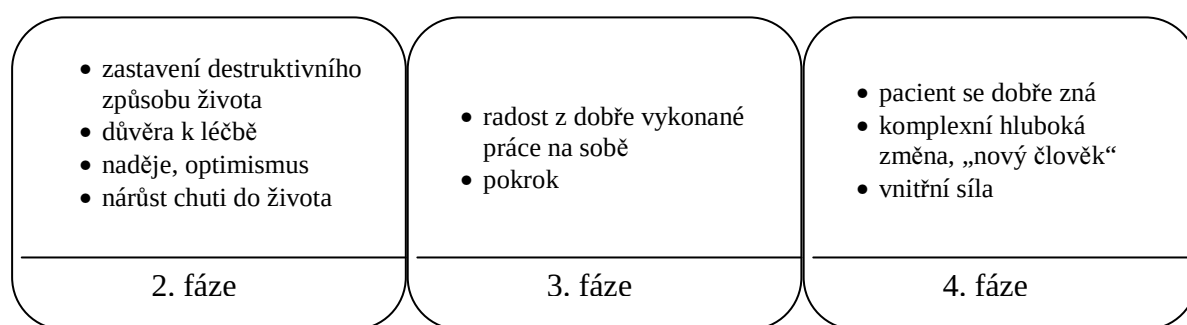
Obr. č. 17: Sebedůvěra pacientů v průběhu léčby.

Modrá křivka ukazuje na tendenci většiny pacientů (pozvolný nárůst sebepřijetí se stabilizací ve 3.- 4. fázi), žlutá křivka naznačuje variantu této tendence, kdy ve 4. fázi dochází ke krizi ve vztahu k sobě (silně negativní pocity v souvislosti s náhledem), která vede k opětovnému otevření tématu sebepřijetí a po zpracování (konfrontace s negativní stránkou sebe) ke zralému a silnému přijetí vlastní osoby.

Stav sebepřijetí není definitivní, může mít různé zdroje, mechanismy a hloubku. Analýza nasvědčuje určitým pravidelnostem v tomto směru.

**Zdroje** nárůstu **sebe přijetí** bývají různé, můžeme sledovat tendenci jejich vývoje v průběhu léčby od více povrchních, krátkodobých, indikovaných zvenku a ovlivněných vnějšími okolnostmi po hluboké, trvalé a vnitřní.

Konkrétně pozorujeme, že ve 2. fázi bývá zdrojem nárůstu sebe přijetí pacientů zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností – pacient odešel z patologického prostředí, cítí důvěru k léčbě a s ní související naději a optimismus, roste jeho chuť do života. Ve 3. fázi stojí vzrůstající sebe přijetí pacienta zejména na radosti z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá. Ve 4. fázi pramení sebe přijetí z pocitu, že se pacient dobře zná, ví, co od sebe může čekat, cítí zdroj vnitřní síly, případně uvádí, že se kompletně změnil, je „novým člověkem“.

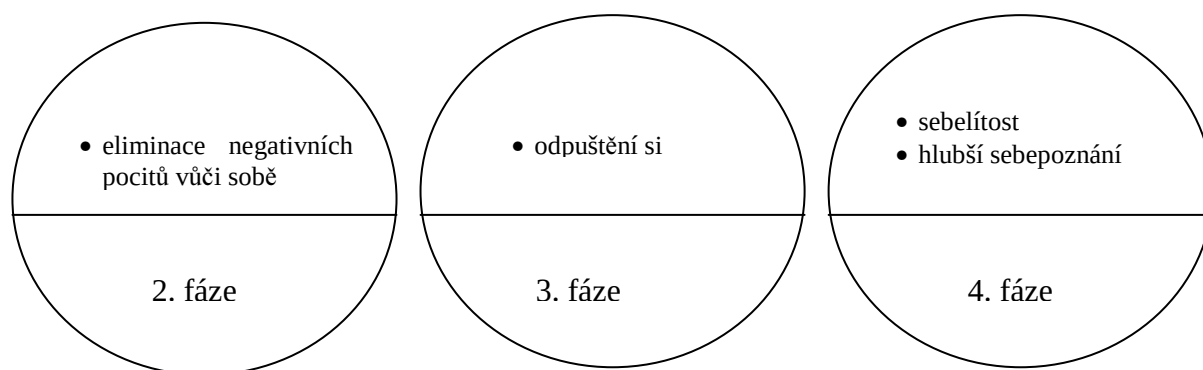


Obr. č. 18: Zdroj sebe přijetí pacientů.

Při analýze dat nacházíme také odlišnosti týkající se **mechanismů sebe přijetí**, tedy procesů, kterým ke zvýšenému přijímání sebe došlo (je zde tedy na rozdíl od zdrojů sebe přijetí nutná aktivita pacienta). Nacházíme zde v průběhu léčby postup od pouhé eliminace negativních postojů vůči sobě, přes odpuštění a sebelítost, po lásku k sobě a zralé přijetí sebe se svými pozitivy i negativy (tedy spojené se znalostí vlastní osoby).

Ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebe přijetí spojován s procesem zvracení (prostřednictvím purgativních sezení), respektive s ním související eliminací negativních pocitů vůči sobě (např. hněv na sebe, zhnusení sebou, zlost na sebe). Ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého. Ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo), jejímž předpokladem je určitá míra lásky k sobě samému. Také dochází k hlubšímu poznání sebe sama zahrnujícímu pozitivní i negativní stránku osobnosti. Sebelítost a poznání sebe sama tedy bývají zdrojem

sebe přijetí ve 4. fázi. V této fázi mívá sebe přijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby.



Obr. č. 19: Mechanismy sebe přijetí pacientů.

## Charakteristika jednotlivých fází

### Negativní pocity vůči sobě 1. fáze

Pacienti v 1. fázi mají negativní vztah k sobě samému. Tyto pocity pramení z několika zdrojů:

- negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)
- negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“, „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)
- strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)
- pacient nezná sám sebe

Téma sebe přijetí se zde explicitně vyjádřené vyskytuje minimálně (4 z 58 respondentů), pokud jej nacházíme, je uvedeno ve smyslu jeho potřeby („chtěl bych moci žít v klidu sám se sebou“, „měl bych se mít aspoň trochu rád“).

### Eliminace negativních pocitů v 2. fázi

Ve 2. fázi dochází pozvolnému nárůstu sebe přijetí pacientů. Zdrojem tohoto sebe přijetí bývá především změna životního stylu – tj. ukončení destruktivního a patologického způsobu života, pravidelný denní režim, dále pak první pozitivní zkušenosti z léčby, důvěra v léčbu a z ní vyplývající naděje, optimismus a nárůst chuti do života.

Od poloviny 2. fáze dochází u pacientů k dalšímu nárůstu sebe přijetí – tentokrát však s výraznějším podílem vlastní aktivity. Pacienti se konfrontují s negativními pocity vůči sobě (jako např. hněv, zhnusení, vztek, pohrdání, strach) a následně tyto pocity eliminují zejména

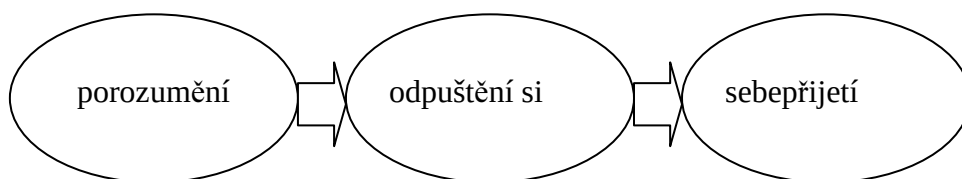
prostřednictvím zvracení za použití purgativních rostlin. Zdá se, že je tento mechanismus (zvracení) jedním z klíčových faktorů v procesu sebepřijetí.

K eliminaci negativních pocitů dochází i dalšími mechanismy (např. prostřednictvím individuální a skupinové psychoterapie, během ayahuaskových sezení, přijetím těchto pocitů aj.), ale tento fakt již není ve výpovědích pacientů tak jednoznačně uváděný.

### **Odpuštění si jako cesta k sebepřijetí ve 3. fázi**

Ve 3. fázi nárůst sebepřijetí pokračuje. Jeho zdrojem je radost z „dobře odvedené práce“ a pokroku, který pacient v léčbě udělal. Typickým pro tuto fázi je mechanismus odpuštění – pro proces sebepřijetí je stěžejní zejména odpuštění sobě samotnému, které vede k usmíření se sebou a hlubšímu sebepřijetí.

Předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti. Pacienti dávají toto porozumění často do přímé souvislosti s užíváním rostlin, zejména pak s ayahuaskovými sezeními a pobytem na dietě („*ayahuasca mi ukázala, odkud pramení můj špatný vztah s otcem*“, „*na dietě jsem pochopil, proč jsem sám sobě pořád ubližoval*“).



Obr. č. 20: Proces nárůstu sebepřijetí ve 3. fázi léčby.

### **Zralé sebepřijetí ve 4. fázi**

Ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe. I přesto dochází v této fázi k dalšímu nárůstu a prohloubení tohoto sebepřijetí. Hlubší sebepřijetí pramení z pocitu, že pacient sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu („*jsem novým člověkem*“).

V souvislosti se sebepřijetím v této fázi pozorujeme u některých pacientů projevy sebelítosti, které navazují na proces odpuštění si ve 3. fázi léčby. Zdá se, že odpuštění sobě samotnému dovolilo pacientům pocítit lásku k sobě a optikou tohoto soucitu se sebou samotným pohlédnout na události v minulosti. Tento pohled pak vedl k lítosti na tím, co se pacientovi v životě odehrálo a nad utrpením, kterým prošel.

Dalším zdrojem vzrůstajícího sebepřijetí je proces sebepoznání. Pacient hlouběji poznává sám sebe a mechanismy, které ovlivňují jeho chování. Toto sebepoznání obdobně jako ve 3. fázi dávají pacienti do přímé souvislosti s užíváním rostlin (viz. ayahuasková sezení, purgativní sezení, diety, aj.). Většina pacientů ve 4. fázi uvádí, že sami sebe dobře znají. Vědomi si svých pozitivních i negativních vlastností sami sebe přijímají a mají se rádi.

### **Závěrečné poznámky**

Můžeme říci, že v souvislosti s procesem sebepřijetí nacházíme několik zajímavých jevů:

- 1) K sebepřijetí dochází během léčby na několika úrovních. Mívá různou hloubku, zdroje a mechanismy. Můžeme zde pozorovat určité opakující se tendence.
- 2) V procesu sebepřijetí hraje důležitou roli akt zvracení (s využitím purgativních rostlin) a s ním spojená eliminace negativních pocitů vůči sobě (jako jsou např. hněv, zlost, opovržení nebo zhnusení sebou), a to zejména v 2. fázi léčby.
- 3) Proces sebepřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým.
- 4) Sebeapřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti.
- 5) Sebeapřijetí úzce souvisí se sebepoznáním, ke kterému v Takiwasi dochází zejména prostřednictvím ayahuaskových sezení.

### **8.5.3 Sebepoznání**

#### **Charakteristika kategorie**

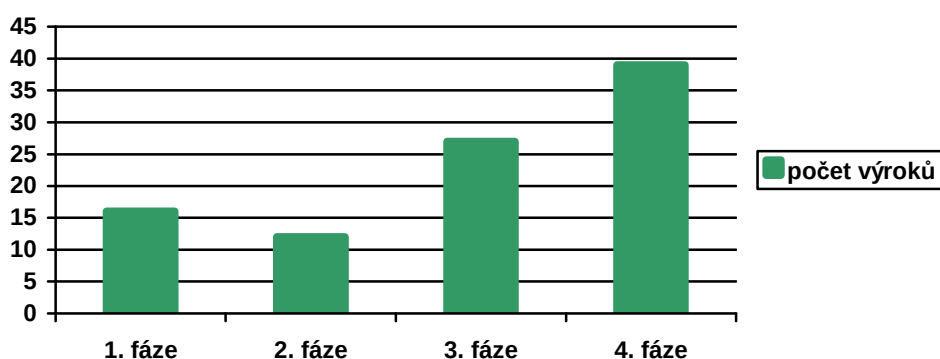
Kategorie „sebepoznání“ byla pro účely tohoto výzkumu vymezena velice úzce. Do analýzy byly zahrnuty pouze ty výroky, ve kterých pacient explicitně vyjadřuje, že lépe zná sám sebe. Je ale nutné podotknout, že sebepoznání ve skutečnosti zahrnuje daleko více aspektů a že se o jeho existenci dozvídáme také nepřímou formou – uvedením konkrétních poznatků, které o sobě pacient zjistil (např. „*lidi mě využívají*“). Při ještě širším pojetí této kategorie můžeme dokonce říci, že z procesu sebepoznání pramení naprosto všechny výroky pacienta o sobě samém, ať už získané prostřednictvím uvědomění nebo prostřednictvím zpětné vazby od druhých. V nejobecnějším kontextu lze pak uvažovat o tom, že je proces sebepoznání neoddělitelně spjat s každou vteřinou našeho života, protože sami sebe poznáváme nepřetržitě (pravděpodobně i během spánku). V tomto výzkumu se ale zaměřujeme na situaci, kdy si pacient uvědomuje, že u něho došlo k hlubšímu sebepoznání (nebo mu naopak chybí či jej

uvádí jako potřebu) a explicitně tuto zkušenost vyjadřuje. Jedná se tedy o zachycení uvědoměného procesu sebepoznání, nikoliv výsledného produktu.

Kategorie sebepoznání zahrnuje výroky vyjadřující:

- ➡ uvědomění toho, kým pacient je
- ➡ znalost vlastních potřeb, přání, cílů
- ➡ nalezení identity, „kým skutečně jsem“
- ➡ uvědomění si vlastních chyb, negativní stránky
- ➡ uvědomění si svých kvalit a předností, pozitivní stránky
- ➡ porozumění tomu, co se v pacientovi děje

Téma sebepoznání je třetí nejfrekventovanější kategorií ve sledované oblasti (vztah sobě samému). Explicitně se k němu vyjadřuje 59 respondentů.



Graf č. 23: Frekvence kategorie „sebezpoznaní“.

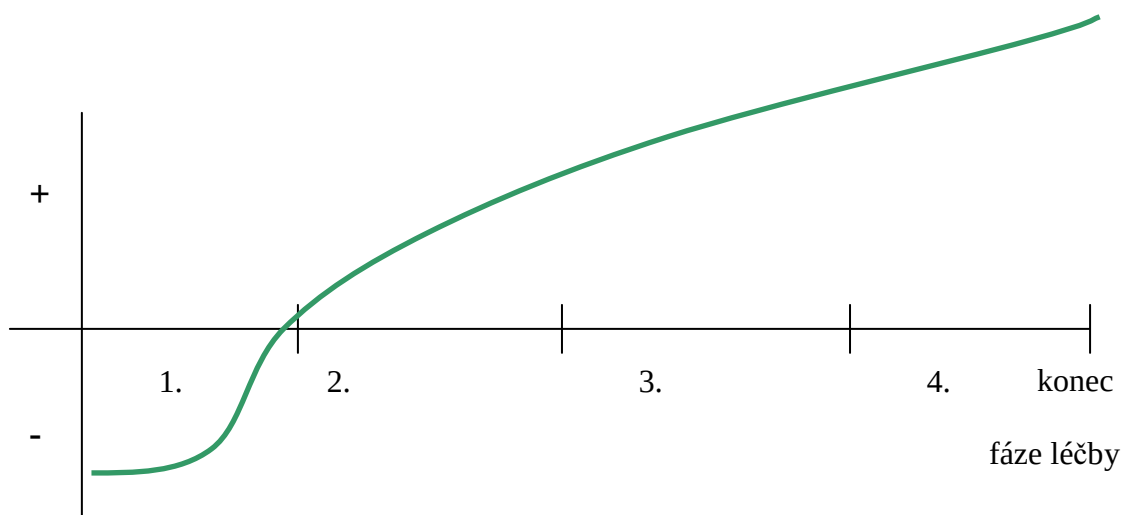
Jak ukazuje graf, nejvíc výroků týkajících se sebepoznání (41%) nacházíme ve 4. fázi léčby.

### Pozorované jevy

Na základě kvalitativní analýzy můžeme pozorovat, že sebepoznání pacientů pravidelně vzrůstá. Zatímco **na počátku léčby** je vyjádřeno jako potřeba („chtěl bych se poznat“) či deficit, již **ve 2. fázi léčby** dochází k výraznému nárůstu, který pak pokračuje i ve fázích následujících.



Tato tendence by se dala schématicky zobrazit křivkou:



Obr. č. 21: Sebepoznání pacientů v průběhu léčby.

Jak naznačuje křivka, sebepoznání pacientů kontinuálně narůstá v průběhu celého procesu léčby. Pacienti jej subjektivně označují jako velmi důležité pro svůj rozvoj („*jedním z hlavních přínosů léčby bylo, že jsem mohl poznat sám sebe*“) a zdá se být klíčovým pro celou léčbu.

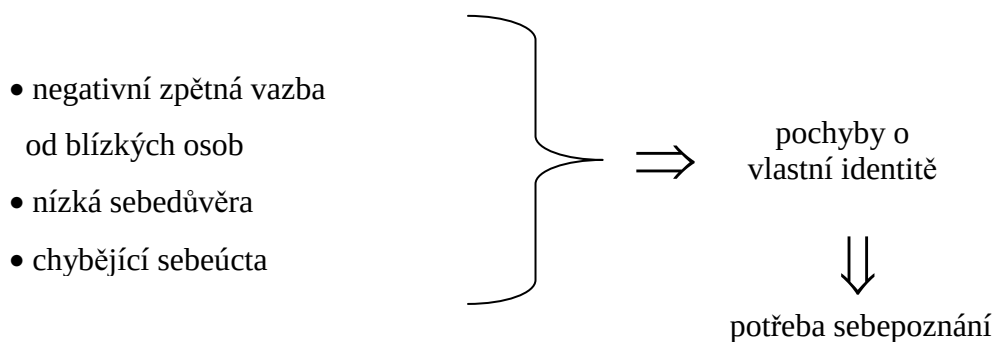
Důvodem přání poznat sám sebe bývá u pacientů konfrontace s negativní stránkou jich samotných, která vede k zpochybnění jejich původního pohledu na sebe. U malého počtu pacientů (4 z 59) nacházíme naopak ze sebepoznání obavu („*mám strach setkat se sám se sebou*“, „*bojím se, že na dítě uvidím, co ve mně vlastně je*“).

### Charakteristika jednotlivých fází

#### Potřeba sebepoznání 1. fázi

Na počátku léčby pacienti uvádějí potřebu poznat sám sebe („*chtěl bych se poznat*“), případně (v menší frekvenci) deficit v této oblasti („*nevím, kým jsem*“).

Jejich potřeba pramení zejména z negativní zpětné vazby od osob v jejich blízkém okolí („*říkají, že jsem sobec*“, „*říkají, že už nejsem ten, kdo jsem býval*“, „*nikdo z rodiny mě nemá rád*“), která vede ke studu, nejistotě a pochybách o sobě samotném. Druhým zjištěným důvodem bývají nízká sebedůvěra a chybějící sebeúcta, které opět vedou k pochybám o sobě a své identitě. Pacienti si uvědomují, že již nejsou tím, kým bývali a za koho se pokládali. Dochází k narušení jejich sebeobrazu a oni se tak nacházejí ve stavu zmatku a pochybách o vlastní identitě.



Obr. č. 22: Vznik potřeby sebepoznání.

Jak ukazuje schematický obrázek, potřeba sebepoznání vychází tedy v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty.

### **Sebepoznání a konfrontace s negativní stránkou sebe sama ve 2. fázi**

Ve 2. fázi sebepoznání pacientů stoupá. Již téměř třetina pacientů (17 z 59) explicitně uvádí, že zná lépe sama sebe. Toto sebepoznání pacienti přisuzují terapeutické práci s rostlinami, zejména pak ayahuaskovým sezením jakožto formě setkání se sebou samým („na ayahuaskovém sezení jsem se seznámil se svým vnitřním dítětem“, „ayahuasca mi umožňuje setkat se s mými vnitřními démony“) a pobytu na dietě („pochopil jsem tu [na dietě], že nedokážu být sám se sebou“). Jak vyplývá ze záznamů ve spisech pacientů, důležitou roli zde hraje i fakt, že pacienti mohou o svých zkušenostech pohovořit s psychoterapeutem, což napomáhá lepší orientaci v problematice a integraci získaných poznatků. Ačkoliv tento fakt pacienti explicitně vyjadřují minimálně, při analýze spisů můžeme pozorovat, že si získané poznatky o sobě samém pacienti skutečně na základě této konzultace s psychoterapeutem dotvářejí.

Kromě nárůstu sebepoznání nacházíme ve 2. fázi léčby téma sebepoznání vyjádřené také ve formě potřeby. Obdobně jako v 1. fázi tato potřeba souvisí s konfrontací s negativní stránkou sama sebe. Ve 2. fázi však tato konfrontace (na rozdíl od 1. fáze) vychází z procesu introspekce pacienta. Již není produktem hodnocení druhých, ale produktem hodnocení sebe samotného („došlo mi, co všechno jsem provedl svým dětem“, „jsem sobec“). Pacienti v této fázi uvádějí, že se setkali se svou negativní stránkou (stínem) a realisticky pohlédli na své chování v minulosti. Tyto zkušenosti přispěly k sebepoznání, pacienti uvádějí, že se díky nim znají lépe. V některých případech nalezneme i tendenci opačnou, kdy konfrontace s negativní stránkou sama sebe vedla k následné potřebě sebepoznání.

### Nárůst sebepoznání ve 3. fázi

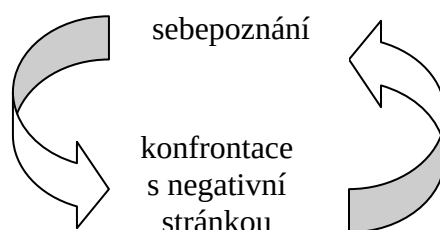
Ve 3. fázi se nepodařilo na základě analýzy identifikovat tendenci, kterou by bylo možné generalizovat. Pacienti zde vyjadřují nárůst sebepoznání, v dalších souvislostech (příčina, následek, atd.) se však velice liší. Nacházíme zde např. jako důsledky sebepoznání potřebu další „práce“ na sobě, nárůst sebedůvěry, sebepřijetí, usmíření se se sebou, vytvoření plánů do budoucna, stanovení si dalších úkolů a předsevzetí aj.

### Sebepoznání jako nekončící proces ve 4. fázi

Ve 4. fázi nárůst sebepoznání pokračuje. Pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“, znají se, zároveň tu však nacházíme potřebu dalšího sebepoznání. Někteří pacienti si uvědomují, že se jedná o proces, který nekončí s ukončením léčby („*mám toho na sobě ještě hodně co objevovat*“) a jsou motivováni v sebepoznávání pokračovat. Sebepoznání má za důsledek nárůst lásky k sobě samému, nárůst sebedůvěry a sebejistoty. Velké množství pacientů také uvádí, že jim znalost sebe sama pomohla najít vnitřní zdroje síly.

### Závěrečné poznámky

- 1) Proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu, během léčby míra sebepoznání kontinuálně narůstá.
- 2) K sebepoznání dochází v přímé souvislosti s užíváním rostlin, zejména pak s účastí na ayahuaskových sezeních a pobytem na dietě.
- 3) Potřeba sebepoznání u pacientů pramení z konfrontace s jejich negativní stránkou - na počátku léčby prostřednictvím zpětné vazby blízkých osob, ve 2. fázi léčby a později prostřednictvím vlastního pohledu na sebe samotného. Můžeme tedy říci, že sebepoznání (v tomto případě zejména negativní stránky osobnosti) vede k potřebě dalšího sebepoznání. Proces sebepoznání se tedy pohybuje v jakési spirále.



Obr. č. 23: Vývoj sebepoznání.

- 4) Potvrzuje se zde souvislost sebepoznání s nárůstem sebedůvěry (viz. kap. 8.5.1).

## **8.6 Diskuze k empirické části 2**

Empirická část 2 přinesla řadu zajímavých výsledků, které budeme ověřovat v následující části práce. Na tomto místě bychom se chtěli věnovat základním úvahám v souvislosti s metodologií empirické části 2. Výsledkům a jejich možné interpretaci se na tomto místě nevěnujeme, jelikož budou dále ověřovány v empirické části 3 a diskuze jim tedy bude věnována až v této části práce.

V první řadě je třeba upozornit na některé faktory, které mohly výsledky výzkumu ovlivnit. Již samotný zdroj dat představuje v tomto ohledu určitá rizika. Zdrojem dat byly složky pacientů, které evidovali psychologové kteří měli pacienty primárně v péči. Ačkoliv je materiál zařazovaný do složky pacientů podle určitých standardních předpisů (je určeno, co vše se má do složky zařazovat), je volbou psychologa, zda do složky zařadí i některý materiál navíc, jako např. úvahy pacientů, deníky, zápisy snů, produkty umělecké tvorby aj. Podobně i zápisky z psychoterapeutických sezení píše psycholog na základě svého subjektivního posouzení. Je tedy možné, že se během psychoterapeutického sezení objevily některé pro náš výzkum podstatné informace, které psychoterapeut subjektivně vyhodnotil jako nepodstatné a do zápisu neuvedl. Nicméně je nutné podotknout, že velkou část zdroje dat (ayahuaskové protokoly, postayahuaskové protokoly a další) tvořili přímo pacienti, a tudíž u tohoto zdroje minimální riziko této možné redukce informací.

Další možný nedostatek pramení z výběru výzkumného vzorku. Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří zůstali v léčbě více než 6 měsíců a jejichž spis byl kompletní a vedený ve španělském jazyce. Do výzkumu tedy nebyli zahrnuti pacienti, kteří opustili léčbu dříve než po 6 měsících, Francouzi a pacienti, jejichž složka se ztratila. Je otázkou, nakolik mohl tento fakt ovlivnit výsledky výzkumu. Na základě zkušeností z odborné stáže v Takiwasi se nedomnívám, že by proces vývoje vztahu k sobě vypadal u francouzských pacientů jinak než u ostatních, ani nepředpokládám, že by složky některých pacientů byly ztraceny s cílem utajit záznamy o negativním průběhu léčby. Dá se však předpokládat, že složky pacientů, kteří opustili léčbu dříve, než po 6 měsících, by mohly mít na výsledek vliv. Jedná se totiž zejména o pacienty, pro které byl způsob léčby v Takiwasi z různých důvodů nevhodný, a proto léčbu předčasně ukončili.

V souvislosti s těmito fakty je také nutné uvažovat nad vhodností zvolené metody. Archív Takiwasi představuje zdroj cenných dat a jistě bylo vhodné tohoto zdroje využít. Tato data pocházejí z několika zdrojů, čímž se snižuje riziko jejich zkreslení. Obsahová analýza se ukázala být vhodnou metodou zpracování těchto dat. Použití této metodologie však zahrnuje

také určité nevýhody. Tou hlavní je nemožnost doptat se respondentů na potřebné informace. Respondenti jsou těžko dohledatelní a kontaktovat je by bylo velice náročné. Nezbyvá tedy než se doptat na potřebné informace psychologů, kteří měli pacienta v péči (pokud ještě v Takiwasi pracují a pokud si klienta a popsanou problematiku pamatují, což se podařilo málokdy), a zejména pak spolehnout se na subjektivní dojem a na jeho základě výrok interpretovat. Nemožnost kontaktu s respondentem tedy zvyšuje riziko subjektivní interpretace analyzovaných informací a jejich zkreslení.

I přes popsané nedostatky přinesl výzkum uvedený v empirické části 2 zajímavé poznatky, které byly ověřovány výzkumem dalším - případovými studiemi 5 pacientů Takiwasi (viz. empirická část 3). Z tohoto důvodu prozatím nečiníme žádné závěry empirické části 2.

## 9. Empirická část 3 – případové studie

Jak uvádíme v kapitole věnující se metodologii výzkumu (Metodologická část), výzkum se skládal ze 3 dílčích studií. Empirická část 3 předkládá informace o 3. části výzkumu – případových studiích pěti pacientů centra Takiwasi.

### 9.1 Výzkumný cíl a otázky

Cílem disertační práce je zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí. Konkrétně se pak snaží odpovědět na 3 výzkumné otázky:

1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?
2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?
3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?

Studie uvedené v předchozích částech práce (dotazníkové šetření a obsahová analýza spisů bývalých pacientů) přinášejí první odpovědi na tyto otázky - poznatky, které budeme v této části práce ověřovat, upřesňovat a rozvíjet.

Jako výzkumná strategie empirické části 3 byla zvolena případová studie, konkrétně mnohonásobná osobní případová studie (Hendl, 2008). Tento typ výzkumné strategie byl vybrán z několika důvodů. Tím nejzásadnějším je snaha poskytnout detailní analýzu procesu léčby v Takiwasi. Pro tyto účely (detailní analýzu procesu léčby a demonstraci léčebných postupů na konkrétním případě) je případová studie optimální strategií. Umožňuje nám „sledování, popisování a vysvětlování případu v celé jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům“ (Miovský, 2006, s. 94). Náš výběr strategie také vycházel z doporučení Yina (in Miovský, 2006), který navrhuje použití případové studie tehdy, když jsou výzkumné otázky typu „proč“ a „jak“, když máme možnost malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi, když je zkoumaný problém aktuální, soudobý a v reálném životním kontextu a když jsou nejasné hranice mezi jevem a kontextem a tedy je žádoucí využít více zdrojů důkazů. Hendl (2008) kromě těchto případů doporučuje použití případové studie v situaci, která je nová a neznámá, případně při zkoumání

inovativních metod léčby, čímž koncept léčby v Takiwasi (pro nás velice alternativní a neobvyklý) jistě je. Dalším důvodem pro výběr této výzkumné strategie je vhodnost jejího využití ke zpětné kontrole výsledků dosažených předchozím psychologickým výzkumem (ověření na případové studii) (Miovský, 2006). Nevýhodou použití případové studie jsou limity zobecnitelnosti na populaci a potíže s prokazováním příčinných souvislostí (Hendl, 2008).

## 9.2 Charakteristika výzkumného souboru 3

Výzkumnou strategií empirické části 3 byla případová studie. Případem zde chápeme jednoho pacienta podstupujícího běžnou formu léčby v Takiwasi v standardní délce (9-12 měsíců). Výzkumný soubor 3 tvořilo 5 pacientů, kteří podstoupili léčbu v Takiwasi v době výzkumné stáže autorky práce (září 2009 – červen 2010). Možnosti výběru výzkumného vzorku byly velice omezené. Vzhledem k tomu, že předpokladem této výzkumné části práce bylo sledovat pacienty po celou dobu jejich léčby (od zahájení až po ukončení, tedy po dobu minimálně 9 měsíců), bylo nutné zařadit do výzkumného souboru pouze ty pacienty, kteří zahájili svoji léčbu těsně po zahájení výzkumné stáže autorky (maximálně do října 2009)<sup>32</sup>. Vzhledem k tomu, že se jednalo o velmi malý počet pacientů, byli do výzkumu zařazeni všichni pacienti, kteří splňovali tuto podmínku a souhlasili s účastí na výzkumu.

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 6 pacientů, jeden pacient však z léčby odešel již po třech týdnech od jejího zahájení, aniž by s ním mohl být realizován rozhovor o důvodech k předčasnému ukončení léčby. Vzhledem k malému množství dat od tohoto respondenta byl respondent z výzkumného souboru vyřazen.

Výzkumný soubor 3 tedy v konečné fázi tvořilo 5 respondentů, kteří podstoupili 9-10ti měsíční léčbu v centru Takiwasi z důvodu drogové závislosti. Následující tabulky poskytují základní informace o výzkumném souboru, podrobnější anamnestické údaje respondentů jsou pak uvedeny v popisu jednotlivých případových studií. Z důvodu zachování anonymity jsou jména respondentů pozměněna.

| Č. | Jméno  | Věk | Národnost | Vzdělání | Profese     | Rod. stav | Děti <sup>33</sup> | Vyznání <sup>34</sup> |
|----|--------|-----|-----------|----------|-------------|-----------|--------------------|-----------------------|
| 1. | Daniel | 34  | Francouz  | SS       | zaměstnanec | svobodný  | 0                  | katolík               |

<sup>32</sup> Pokud by pacient léčbu zahájil později, nebyla by autorka práce v době ukončení léčby již v Takiwasi přítomna a nemohla by tedy sledovat celý léčebný proces respondenta.

<sup>33</sup> počet dětí

<sup>34</sup> náboženské vyznání

|    |        |    |            |    |                          |           |   |            |
|----|--------|----|------------|----|--------------------------|-----------|---|------------|
|    |        |    |            |    | cestovní kanc.           |           |   |            |
| 2. | Pablo  | 20 | Argentinec | ZŠ | automechanik             | svobodný  | 0 | katolík    |
| 3. | Oscar  | 32 | Peruánec   | SŠ | vedoucí<br>obchod. firmy | svobodný  | 0 | žádné      |
| 4. | Felipe | 41 | USA        | VŠ | vedoucí<br>restaurace    | rozvedený | 1 | protestant |
| 5. | Marc   | 20 | Francouz   | SŠ | zahradník                | svobodný  | 0 | žádné      |

Tab. č.28: Charakteristika výzkumného souboru 3.

Jak je patrné z tabulky, věk respondentů se pohyboval mezi 20 a 41 lety. Z hlediska národnosti se jedná o velmi heterogenní skupinu – nalezneme zde dva Francouze, jednoho Argentince, jednoho Peruánce a jednoho občana USA. Převládající vzdělání mezi respondenty bylo střední úrovně. Většina respondentů (4 z 5) byla svobodná a bezdětná. Vyznání neuvádějí dva respondenti žádné, dva katolické a jeden protestantské. Otázkou však je, nakolik byli respondenti praktikujícími a nakolik se jednalo pouze o formální příslušnost k určitému vyznání.

Další tabulka informuje o látce, kterou konzument zneužíval před nástupem do léčby v Takiwasi, době a frekvenci konzumace této látky, předchozí léčbě a případných zdravotních a psychiatrických komplikacích.

| Č. | Užívané<br>drogy <sup>35</sup> | Doba<br>konz. | Frekvence<br>konzumace | Předchozí<br>léčba                                                                                                | Psychiatrické obtíže | Zdravotní<br>obtíže |
|----|--------------------------------|---------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1. | heroin                         | 6 let         | 6-7 x denně            | substituční<br>léčba (subutex,<br>metadon),<br>PST <sup>36</sup> , interně<br>v centru pro<br>léčbu<br>závislostí | ne                   | potíže s erekcí     |
| 2. | marihuana                      | 6 let         | denně                  | PST, svépom.<br>skupina                                                                                           | ne                   | ne                  |

<sup>35</sup> hlavní drogy zneužívané před nástupem do léčby

<sup>36</sup> psychoterapie (ambulantní forma)



|    |            |        |              |                                     |                                                                                    |         |
|----|------------|--------|--------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|    | kokain     | 3 roky | nepravidelně |                                     |                                                                                    |         |
| 3. | kokain     | 15 let | denně        | ambulantně<br>PST, AA <sup>37</sup> | ne                                                                                 | ne      |
|    | clonazepam | 10 let | denně        |                                     |                                                                                    |         |
|    | marihuana  | 10 let | denně        |                                     |                                                                                    |         |
| 4. | kokain     | 20 let | denně        | ne                                  | ne                                                                                 | ne      |
|    | alkohol    | 21 let | denně        |                                     |                                                                                    |         |
| 5. | marihuana  | 9 let  | denně        | PST 2x,<br>antidepresiva            | PCH <sup>38</sup> , deprese,<br>sebevražedné<br>tendence, poruchy sex.<br>identity | migrény |
|    | kokain     | 5 let  | nepravidelně |                                     |                                                                                    |         |

Tab. č. 29: Charakteristika výzkumného souboru 3 – II. část.

Nejčastěji užívanou drogou mezi respondenty byl kokain (4 z 5), i když byl primárně zneužívanou drogou pouze v případě dvou u nich. Ve dvou případech byla primárně zneužívanou látkou marihuana, což se může jevit z pohledu léčby v terapeutických komunitách v Česku poněkud neobvykle. V případě jednoho respondenta byl zneužívanou látkou v době nástupu do léčby heroin. Všichni respondenti užívali uvedené drogy více než 5 let (v průměru 10,5 let), a to denně, případně (ve 2 případech) nepravidelně. 4 respondenti podstoupili neúspěšnou předchozí léčbu (zejména PST, svépomocné skupiny). Psychiatrické obtíže nalézáme u jednoho respondenta, zdravotní obtíže u dvou respondentů.

### 9.3 Metody sběru a zpracování dat empirické části 3

Data pro tvorbu případových studií byla sbírána v centru Takiwasi během výzkumné stáže autorky práce v období září 2009 – červen 2010. Menší množství dat bylo sebráno také formou elektronické korespondence (email, Facebook) s respondenty v době po ukončení jejich léčby (červenec 2010 – leden 2012).

Autorka práce trávila s pacienty přibližně 3-4 hodiny denně, kdy se více či méně aktivně zúčastňovala skupinových aktivit pacientů (ranní komunity, dopolední pracovní terapie, večerní sezení skupinové psychoterapie, odpolední aktivity). Dále pak s pacienty participovala na některých purgativních a ayahuaskových sezeních, což ji umožnilo poznat důkladněji léčebné metody centra Takiwasi a být v kontaktu s pacienty i přímo v době užívání

<sup>37</sup> Anonymní alkoholici

<sup>38</sup> poruchy chování

roślin. Tato společná participace na některých aktivitách vedla také k zlepšení a prohloubení vztahu mezi autorkou práce a respondenty a tedy k navázání důvěry a větší otevřenosti respondentů. Veškerá účast na skupinových aktivitách byla podmíněna informovaným souhlasem všech pacientů a souhlasem vedení Takiwasi a psychologa, který měl zodpovědnost za realizovanou aktivitu. Během účasti na skupinových aktivitách pacientů byly pořízeny terénní poznámky, které pak byly přepsány do elektronické formy, utříděny a zpracovány.

Další metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory s pacienty z výzkumného souboru realizované čtyřikrát během léčby – na počátku léčby, po první dietě, v polovině léčby a na konci léčby. Rozhovory se uskutečnily v soukromí, v pracovně psychologa, bez přítomnosti dalších osob (pouze respondent a výzkumník). Rozhovory měly vždy stejnou strukturu a obsahovaly stejné otázky, menší obměny nalezneme v rozhovoru iniciálním a konečném. Rozhovor zkoumal vztah k sobě samému ze 3 úhlů pohledu - reálné „já“, ideální „já“ a „já“ z pohledu druhých. Zahrnoval následující oblasti: kladné a záporné vlastnosti, úspěch v životě, práce, zdravotní stav, partnerství, děti, vztah s rodiči, víra, sebeúcta, sebedůvěra, sebeláska, důvěra ve své schopnosti, spokojenost se sebou, vzor, názor druhých na moji osobu, plány do budoucna. Rozhovory kromě iniciálního také obsahovaly otázky zaměřené na léčbu v Takiwasi a její vliv na osobní proměnu a otázky orientované na ukončení léčby – zda o něm pacient v této fázi uvažuje, z jakých důvodů a jak by podle svého subjektivního dojmu zvládal život mimo Takiwasi. Osnova rozhovoru je uvedena v příloze práce. Rozhovor byl se souhlasem respondentů zaznamenán na diktafon, po jeho přepisu a překladu do češtiny (autorkou práce) byl záznam z důvodu ochrany anonymity respondentů smazán. Již při přepisu rozhovoru došlo k určité redukci dat – byly vynechány pasáže nesouvisející s předmětem práce, zejména dlouhé odbíhání např. k teoretickým poznatkům (např. o účincích drog, náboženství), prezentace filozofií a myšlenek jiných autorů, dlouhé popisy historických událostí aj. Tato selekce proběhla na základě posouzení autorky práce v souladu s doporučeními Strausse a Corbinové (1999). Také je důležité zmínit, že jsou záznamy přepsány do češtiny spisovné. Vzhledem k nedostatečné citlivosti autorky pro jazyk, ve kterém byly rozhovory provedeny (španělština), nebylo možné postihnout a zachovat nuance v zabarvení hovorovost/spisovnost (zejména s ohledem na to, že ve španělštině jsou tyto principy jiné než v češtině).

Posledním použitým zdrojem dat byla elektronická korespondence (email, Facebook) vedená mezi autorkou práce a respondenty v době po ukončení jejich léčby, konkrétně v období červenec 2010 – leden 2012. Korespondence byla zaměřena na zjišťování jejich akutního

stavu, začlenění do běžného života a společnosti, subjektivního pocitu spokojenosti a dalšího osobnostního rozvoje (psychoterapie, užívání rostlin, náboženské praktiky, semináře v Takiwasi aj.). Tato korespondence probíhala se čtyřmi ze zkoumaných pěti pacientů. Jeden z respondentů na oslovení touto formou nereagoval.

Pro přehlednost ještě na závěr shrneme zdroje dat, které byly využity pro tvorbu případových studií, v následující tabulce:

| Zdroj dat                                    | Autor              |
|----------------------------------------------|--------------------|
| zúčastněné a nezúčastněné pozorování         | výzkumník          |
| polostrukturované rozhovory s pacienty       | výzkumník, pacient |
| elektronická korespondence (email, Facebook) | pacient            |

Tab. 30: Zdroje dat případových studií.

Postup **zpracování dat** vycházel z teoretického schématu mnohopřípadové studie navrženého Yinem (in Hendl, 2008) definovaného jako *výzkumný plán s replikační logikou*, která směřuje k návrhu teorie. Každá případová studie zde znamená samostatnou studii (samostatný experiment), který dochází k určitým závěrům. Tyto informace pak tvoří podklady pro replikaci této studie ostatními případy. Na závěr dochází k celkovému zhodnocení těchto případů, komparaci a případně návrhu teorie.

Náš výzkumný design je obohacen ještě o další rozměr, neboť případové studie ověřují předpoklady získané na základě studií předchozích (dotazníkové šetření a obsahová analýza). Konkrétně tedy postup zpracování dat vypadal následovně. Nejprve byla zpracována případová studie 1 (Daniel), která ověřovala výsledky empirické části 2. Závěry této studie pak posloužily jako podklady pro případovou studii 2 (Pablo), která ověřovala výsledky empirické části 2 a případové studie 1. Případová studie 3 (Oscar) pak ověřovala výsledky empirické části 2, případové studie 1 a případové studie 2 atd., čímž jsme dospěli k závěrečným výsledkům a podkladům pro tvorbu teorie. Tyto podklady pro tvorbu teorie tedy byly ověřovány na několika stupních.

## **9.4 Případová studie 1 – Daniel**

### **9.4.1 Anamnestické údaje**

Demografické údaje: 34 let, Francouz, svobodný, bezdětný, středoškolské vzdělání (plus dva roky studia na VŠ – cestovní ruch), nepraktikující katolík. Psychiatrické problémy žádné, ze zdravotních udává potíže s erekcí.

Dojem: Daniel je vysoký velmi štíhlý muž sportovní postavy s krátkými tmavými vlasy, tmavýma očima a ostře řezanými rysy ve tváři. Chodí vždy pečlivě upraven, nosí moderní brýle s tmavými hranatými obroučkami. Na paži má tetování. Působí kultivovaně a inteligentně, hovoří pomalu a rozvážně, někdy dlouho přemýšlí, každou větu pečlivě zvažuje, což může být způsobeno i faktem, že španělština není jeho rodnou řečí, a tudíž má občas potíže s některými formulacemi. Úroveň jeho znalosti jazyka je dobrá. Spolupráce s Danielem je bezproblémová, je motivovaný, je patrné, že ho, jak sám uvádí, rozhovory baví a jsou pro něho přínosné. Při každém rozhovoru je trochu nervózní, silně jej emocionálně prožívá, v některých případech pláče.

Primární rodina: Rodiče Daniela mají komplikovaný vztah, téměř spolu nekomunikují, otec nadměrně užívá alkohol a pak je na matku agresivní. Otec má 64 let, je v důchodu, v minulosti byl vedoucím firmy, která vyráběla střechy. Je alkoholik, pravidelně užívá léky na spaní. S Danielem jsou si vzdálení, mají se málo rádi, a tráví spolu minimum času (otec často chybí, vrací se pozdě z práce, po večerech chodí pít s kamarády, domů se chodí jen najíst, ráno vstává dřív než ostatní). Je těžké s ním komunikovat – David mu vyčítá alkoholismus a on jemu drogy.

Matce je 60 let a pracuje v továrně. Užívá už mnoho let antidepressiva a léky na spaní. Je láskyplná, přehnaně ho ochraňovala, matka ji v 5 letech opustila a vychovával ji jen otec.

Daniel má jednu sestru ve věku 36 let, je svobodná, bezdětná, má vystudovanou SŠ a pracuje v klenotnictví. Důležitou roli v životě Daniela hrála také jeho babička, se kterou měli velmi blízký vztah a která ho naučila mnoha věcem. Babička v minulém roce zemřela.

Drogová historie: Danielova drogová historie začíná v roce 1995 (před 15 lety), kdy začal užívat pravidelně hašiš a pár měsíců na to i heroin. Heroin užíval intravenózně, 6-7x denně. Když neměl heroin, užíval alkohol, který kombinoval s léky. V roce 2001 podstoupil měsíční

interní léčbu v centru specializovaném na léčbu drogových závislostí a substituční léčbu subutexem (2000-2001). Poté následovala další forma substituční léčby, léčba metadonem (5 mg denně, 2001-2005). Touto dobou Daniel drogy neužíval, podle svých slov ale nahradil závislost na heroinu závislostí na alkoholu a tabáku (krabička denně). V roce 2006 Daniel zrelapsoval a 6 měsíců užíval intravenózně heroin. Opět zvolil substituční léčbu metadonem, který užíval až do doby nástupu do léčby v Takiwasi (2010) a který mu pomohl od heroinu a dalších drog (s výjimkou marihuany) abstinovat. Touto dobou také docházel ambulantně na psychoterapii.

Akutní problém: Daniel přišel do léčby, protože má strach z relapsu. Chce skončit s drogami a porozumět, proč je bral. Chybí mu smysl života a hlubší zaměření, cítí se dlouhodobě špatně, sevřeně a nesvobodně. Dělá mu potíže komunikace s rodinou (hl. s otcem) i dalšími lidmi a chtěl by pochopit, proč tomu tak je. Má strach se zamilovat a navázat opravdový vztah. Nejvíce se bojí toho, že by znovu začal brát drogy, že by ztratil své rodiče a že by zůstal sám.

#### 9.4.2 Průběh léčby v Takiwasi

##### **Zahájení léčby** – obsah rozhovoru č.1

Daniel začal s bojem proti své závislosti na drogách už **před nástupem do léčby**. Dva a půl roku před ním skončil s užíváním heroinu a přešel na substituční léčbu metadonem, která trvala až do příjezdu do Takiwasi. Díky tomu se cítil klidný, přestal se stýkat s lidmi, kteří drogy užívají. Půl roku před započítím léčby začal cvičit bojový sport (džiu-džitsu), který mu pomáhal kontrolovat agresivní popudy, jež v minulosti tlumil pomocí drog a metadonu. Tou dobou se cítil „čistěji“ a ustavičně přemýšlel, jak svůj život vyřešit, jak začít žít lépe. Cítil, že potřebuje nějakou silnou změnu. Rozhodl se podstoupit léčbu v Takiwasi, o které se dozvěděl od svých blízkých kamarádů, protože měl strach, že kdyby začal zase brát drogy, zemřel by. Říká „*je mi 34 let a mám toho plné zuby. Jsem hodně unavený z ustavičného přestávání a přemýšlení, jak přestat, a Takiwasi je moje poslední možnost. Už je můj čas. Skončit s drogami a začít svůj vlastní život.*“ Chce rodinu a děti, dům, jednoduchý obyčejný život.

Sám sebe charakterizuje jako **samotářského**, líbilo se mu „*žít sám v klidu, dělat si svoje věci*“, měl strach z lidí, které neznal, dělalo mu **potíže** komukoliv **důvěřovat**. I když měl kamarády, byl sám. Moc se s nimi nebavil. Zažíval pocity depersonalizace a derealizace, popisuje, že se „*díval na svět jako na televizi, říkal si, že je šílený, povrchní, že není pro mě*“. Daniel měl vždy strach z budoucnosti, byl neklidný a bál se toho, co přijde. Neměl ve zvyku

plánovat, jen se pokoušel pracovat a přežít den. Nemyslel na budoucnost, ani na budoucí rodinu, protože to bylo nemožné.

Celý život se **cítil neužitečný**, v práci i v životě všeobecně. Pracoval v oblasti cestovního ruchu, kde prodával letenky přes internet. Ve své práci však **postrádal hlubší smysl**. Chtěl by raději pomáhat lidem a cítit se užitečný. Daniel se považuje za dobrého člověka s morálkou, milovaného, laskavého, starostlivého, aktivního, pracovitého a vzdělaného. I proto měl v práci velký respekt. Kolegové ho uznávali.

Je **více femininní** než maskulinní. Potřebuje v Takiwasi rozvíjet svou mužskou stránku. Má uvnitř sebe spoustu věcí, kterým potřebuje porozumět a dostat je ze sebe ven. Nejdůležitějším problémem je asi to, že **nedokáže navázat partnerský vztah** se ženou. Vždy když po něm nějaká z jeho bývalých přítelkyň chtěla vážnější vztah, utekl, aniž by partnerce vysvětlil, co se děje. *„Často viděla, že nad něčím přemýšlím a ptala se, co se děje, ale já jí nemohl odpovédět. Bylo to uvnitř mě a já o těchto mých vnitřních pochybnostech nedokázal mluvit.“* Tuší, že jeho problém zavázat se souvisí se situací rodičů. Jeho otec bil matku a Daniel se bojí, že by dělal to samé, protože v sobě občas cítí návaly agresivity. Dříve se ji pokoušel tlumit drogami. **Komunikace s rodiči** mu dělá velký problém, zejména pak komunikace s otcem. Nikdy rodičům nezavolaal, protože nevěděl, co by jim řekl. Nezná je – otce, matku, ani sestru, neví, co si myslí, co mají rádi, nad čím přemýšlejí. Chtěl by se s nimi v budoucnu více bavit. Nebyl moc dobrý syn. I přesto ho jeho matka zřejmě respektuje a považuje za dobrého člověka. Rozumí jeho problémům s drogami, protože ví, že je hodně citlivý a emotivní člověk. Důvěřuje mu.

Říká, že je spravedlivý a vychází dobře s kamarády. Když ho někdo poprosí o pomoc, hodně pro něho udělá. Dá mu peníze, pomůže mu v tom, co potřebuje. Je věrný svým přátelům. Je pracovitý, čestný, nemá rád lidi, kteří jsou líní. Lidé vědí, že s ním mohou mluvit a ulevit si, že je nezdáří.

Jeho nedostatkem je **impulzivita** – nedovede kontrolovat svoji **agresivitu** a své pocity. Také byl impulzivní v braní drog. Je sobec. Ačkoliv mu kamarádi říkají, že je dobrosrdečný, nesouhlasí s tím. Nezajímají ho druzí, a to hlavně proto, že má problémy bavit se s nimi, potíže s komunikací, strach. Je na sebe hodně tvrdý. Vždycky měl respekt v práci, u přátel, u rodičů, jediný, kdo si ho nevážil, byl on sám. Nemůže se mít rád, dokud nepochopí některé věci z jeho života.

Daniel v životě neměl **žádný mužský vzor**, nikdy nepotkal žádného muže, který by ho mohl učit nebo mu ukazovat správnou cestu. Jeho otec mlátil matku a on si říkal *„co jsou ti chlapi zač“*. I proto svoji mužskou stránku nikdy nepodporoval. Obdivuje Paula Coelha, protože

pomohl hodně lidem směnit svůj život tím, že je nutí přemýšlet. Také z něho vyzařuje klid, kontroluje se a nedělá věci dřív, než by o nich mohl přemýšlet. Je věřící a má svoji víru. Daniel je křesťan, katolík, svou ale víru nikdy nepraktikoval. Přivedla ho k ní babička, když byl malý, s tou se občas modlil.

To, co na sobě chce změnit, je především jeho mužská stránka. V jeho rodině jsou samé ženy, jediným mužem byl otec, který mu nebyl nikdy dobrým příkladem. Kdyby byl více maskulinní, uměl by se rozhodovat. Mohl by svým dětem, až je jednou bude mít, ukazovat správnou cestu a být oporou své budoucí ženě. Zahrnout ji láskou, naslouchat jí. Díky své ženské stránce je Daniel hodně citlivý a emocionální. Mužská stránka by mu pomohla zvládnout obtíže života a lépe jim čelit.

## **2. fáze (zahájení léčby – první dieta) – obsah rozhovoru č.2, zúčastněné pozorování**

Daniel udává, že nejdůležitější změnou od zahájení léčby je to, že se cítí klidný. *„Jsem překvapivě klidný a v pohodě, to už jsem strašně dlouho nezažil, pocit klidu.“* Během tohoto období se objevilo několik důležitých témat. Tím prvním a nejdůležitějším bylo **téma smrti**, které se objevilo během tří ayahuaskových sezení a bylo dominantním tématem první diety. *„Během tří sesí jsem třikrát umřel ... bylo to velmi silné a děsivé. Nemám ani slova proto popsat to.“* Daniel je přesvědčený, že na prvním ayahuaskovém sezení skutečně fyzicky zemřel a že mu *„jenom obrovská silná víra mohla pomoci vrátit se zpět do života, i přes silné negativní síly“*. Záchranu svého života přisuzuje curanderovi Jacquesu Mabitovi, jeho léčitelským schopnostem a víře, čímž silně vzrostla jeho důvěra k němu a k celé léčbě v Takiwasi. Říká *„kdyby mi nepomohl, nemohl bych se už vrátit“*. Téma smrti se potom objevilo i na dalších dvou ayahuaskových sezeních, včetně toho, které předcházelo pobytu na dietě. I proto se téma smrti stalo jedním z ústředních témat první diety. Daniel si uvědomil, že si dřív přál nežít a že i jeho konzumace drog byla nevědomě zvolenou cestou, jak sám sebe zabít. *„I proto jsem bral drogy. Pomalu a pomalu jsem se zabíjel, útočil na sebe, bodal se. Chtěl jsem se pomalu zabít. Na to, abych se zabil rovnou, jsem byl slaboch.“* Na dietě a během třetího ayahuaskového sezení se ale toto vnitřní přesvědčení změnilo. *„Byl jsem už z toho umírání unavený a někde uvnitř jsem konečně přijal fakt, že už nechci umírat víc, že volím život.“* Tyto zážitky výrazně stimulovaly Danielův **duchovní život**. *„Každý den se modlím, modlím se za sebe i druhé, za dobrou energii, za lásku. Spiritualita mi pomáhá ve všem. Když se cítím trochu sám, když mám v hlavě pochyby. Moc mi pomáhá.“* Daniel také pravidelně chodí ve volném čase rozjímat do kaple, kde také hledá útěchu a uklidnění v případě návalu

silných emocí (zlost, smutek). Nemodlil se už 15 let, teď chce duchovně růst a vidět život jiným způsobem.

Dalším tématem, na kterém Daniel v tomto období pracoval, byla jeho vnitřní **zlost a hněv**. Dřív ho hněv hodně ovládal, dráždila ho spousta věcí a byl ustavičně naštvaný. *„Drogy mi pomáhaly držet všechno to násilí v sobě. Když jsem přišel do Takiwasi, přestaly drogy působit, a ty pocity podráždění vyplavaly na povrch. Nemohl jsem kontrolovat své emoce, bylo to k nevydržení.“* Nyní je pro něho už mnohem snazší kontrolovat se. Dokáže více čelit frustraci a cítí se mnohem klidnější. Pomohla mu **vzpomínka na jednu událost z dětství**, která se týkala **vztahu jeho rodičů** a která mohla být zdrojem těchto pocitů. Jednalo se o situaci, kdy byl v noci svědkem fyzického ubližování otce matce, která volala Daniela, aby ji pomohl. V tom okamžiku se v něm něco zlomilo. Celý život pak cítil vinu za to, že matce nepomohl a enormní zlost na sebe a na otce. Měl potom strach, že by se mohl chovat jako on a také ubližovat ženám a lidem v jeho okolí. Až teď mu došlo, že to není jeho vina, že byl dítě a matce pomoci nemohl. Také si uvědomil, že matka negativně ovlivňovala jeho vztah s otcem. Byla hyperprotektivní, neustále ho před ním chránila, přenášela na něho a jeho sestru své obavy a kritiku a tím ještě více zhoršovala jeho obraz v jejich očích. Nikdy tak neměl možnost otce skutečně poznat. Matka se k otci často také nechovala dobře, starala se pořád o děti a na otce zapomínala, zahrnovala ho výčitkami, takže odcházel pryč a pil. Pochopení tohoto mechanismu bylo pro Daniela velice důležité. Už necítí tolik zlosti vůči otci a snaží se rodičům odpustit. Chtěl by dohnat čas s rodiči, který ztratil, lépe je poznat, trávit s nimi více času. Ulevilo se mu a lépe se teď sám v sobě orientuje. Snaží se teď akceptovat věci tak, jak jsou. Nejprve vždy pozorovat, co se děje uvnitř něj, sledovat svoji zlost.

S tím také souvisí to, že nyní **lépe vychází s ostatními pacienty**. Hodně si s nimi povídá, naslouchá jim a je pro něho mnohem snazší kontrolovat se, když ho něčím naštvou. Dozvěděl se (technika „horké židle“ během skupinové psychoterapie), že si o něm myslí hodně dobrých věcí, z čehož měl velkou radost a co mu dodalo spoustu síly. Říkali, že je šlechetný, pracovitý, perfekcionista, hodný, inteligentní, filozof, že se stará o druhé a že je člověk, se kterým se dá povídat o čemkoliv. Jediné, co kritizovali, byla jeho impulzivita. Bylo to poprvé, kdy mu někdo něco takového řekl. Vždy mu chyběla důvěra v sebe a toto ji velice posílilo. Vidí, že práce, kterou na sobě dělá, je pozitivní. Cítí se také mnohem silnější a to i přesto, že zhubnul 9 kg, což mu dělalo velké starosti (opakovaně téma skupinové práce). Také mu někdy vadí pravidla v Takiwasi – že je musí dodržovat a že s ním tak jednají jako s dítětem *„Mám 35 roků a začínám jako dítě, někdy je to dost těžké.“*



Posledním tématem, které se tímto obdobím objevilo, byla jeho **deprese a smutek**, který popisuje slovy: „Cítím, že uvnitř mě je spousta slz, které by měly vyjít ven. Chci hodně brečet, ale je to pro mě těžké.“ Často se mu chce brečet, ale nejde to. Cítí těžké břemeno uvnitř. Myslí si, že ještě není připravený prožít tento smutek naplno. Něco málo z něho odchází během ayahuaskových a purgativních sezení. Jeho deprese trvá už alespoň 20 let. Drogy ji dřív zakrývaly, stejně tak jako jeho hněv.

**Změny**, které na sobě Daniel udělal, **přisuzuje mnoha věcem**. Na něčem pracoval, už než přijel, takže tyto oblasti by předpřipravené ke zpracování. „Jen jsem potřeboval zázemí a pomoc někoho, kdo by mi je pomohl otevřít a nechat vyjít ven.“ To, co mu pomáhá, nejsou jen ayahuasková sezení, i když o těch mluví nejvíce a jsou pro něho nejsilnějšími zážitky. Potenciál ayahuasky si uvědomil už na prvním sezení, které bylo velmi silné (téma smrti). Po třetím sezení už neměl mnoho vizí, i tak ale hodnotí sezení jako přínosná. Hodně během nich přemýšlel a mnoho věcí si uvědomil, například na posledním sezení to, že se dřív velmi chránil před lidmi a nyní je důležité, aby se jim více otevřel a naučil se jim důvěřovat a přijímat jejich lásku. „Během sezení jsem cítil, že velmi potřebuji lásku. Lásku od otce, od muže, od nějaké dívky, od druhého člověka, který mě může obejmout. Potřeboval jsem lásku ... byl jsem velmi osamělý.“ Potřebuje také dávat víc lásky sám sobě a pečovat o sebe.

Říká, že mu pomáhá celý systém léčby – „je to všechno – soužití s ostatními pacienty, příroda, zahradničení po ránu, je to všechno dohromady, taky práce s terapeuty, rozhovory s tebou, možnost vyjádřit se. To je pro mě hodně důležité. Chtěl jsem porozumět své minulosti a v tom mi centrum velmi pomohlo. Za poslední tři měsíce se změnilo hodně.“ Hodně důležitá pro něho byla dieta, rostliny celkově mu velmi pomáhají – „otevívají“ mu tělo a pocity, což se projevuje výrazným kontaktem se sebou samým a zesíleným prožíváním. A také ve snech, které mívá každou noc a které jsou silné. Z léčby by teď odejít nechtěl, cítí, že na sobě potřebuje ještě pracovat. Je pro něho nyní důležité zpracovat především téma deprese.

### **3. fáze (první dieta – polovina léčby)** – obsah rozhovoru č.3, zúčastněné pozorování

Daniel se teď cítí mnohem **otevřenější** světu i druhým lidem. „Už nepotřebuji brnění, které jsem nosil, už nemusím být silný a bránit se světu.“ Cítí se šťastnější, silnější, má v sobě více jasno. Má větší zájem o lidi, je více otevřený a extrovertnější, sám sebou. „Na začátku jsem měl uvnitř sebe hodně zlosti, smutku, kupu deprese, nevěděl jsem, jestli chci žít nebo ne. Cítil jsem, že existuje svět a mimo něj já. Jako bych byl ztracený, mimo běžný svět, cítil jsem, že mi svět nepřísluší, že k němu nepatřím, nerozumím mu. Byl jsem hodně impulzivní, dokázal jsem měnit náladu během pár vteřin – bavil jsem se s člověkem a během chvilky klik a zavřel jsem

se ve svém světě a ostatním zavřel dveře. Teď jsem totálně jiný. S rostlinami a tím vším jsem se zbavil hodně zlosti, zbavil jsem se smutku, zbavil jsem se deprese a teď chci žít.“ I přesto u Daniela ještě stále dochází k **výkyvům nálady**, které ale už nejsou tak výrazné jako dříve. „Například naslouchám druhým, bavím se s nimi, směji se a za chvíli jsem v posteli, uzavřený, izolovaný, smutný.“ Dokáže ještě lépe reflektovat a **kontrolovat svůj hněv**, přemýšlet nad ním a zpracovat ho. Už z něho proto nemá takový strach jako dřív.

Daniel někdy zažívá **pocity štěstí**. „Přijal jsem možnost být šťastný. Dovolil jsem si to. Dřív jsem to nedokázal, nebyl jsem schopný tuto možnost akceptovat, protože jsem byl v depresi. Teď už vím, že dokážu být velmi šťastný. Cítím teď klid a pohodu.“

Ještě stále cítí, že mu chybí důvěra v sebe, a proto je pro něho těžké věřit druhým. Dělá mu problém důvěřovat autoritám a respektovat je. Dává to do souvislosti s otcem, který byl alkoholik, a proto mu nemohl důvěřovat.

Uvědomuje si své kvality a také některé svoje slabiny. Tou hlavní je teď **pýcha**. Chybí mu pokora a skromnost. Během života toho hodně dokázal sám bez cizí pomoci, což ho přivedlo k pocitu, že nepotřebuje druhé a jejich pomoc, že je silný a dokáže vše sám. Že je nejschopnější. Tato přesvědčení byla a ještě stále někdy jsou zdrojem jeho pýchy. Uvědomuje si ale, že druhé potřebuje, že ho mohou v mnohém obohatit a také to, že je jen člověk a má své chyby. Snaží se nesoudit druhé jako dřív.

Velice silným zážitkem, který přinesl mnoho materiálu pro psychoterapii tohoto období, byla účast na **rituálu země a rituálu vody**. Rituály byly pro Daniela velmi náročné, při rituálu země se cítil klaustrofóbně, chtěl dvakrát odejít a vzdát to, říkal si, že to nedokáže. Cítil velký strach, který si uvědomil už na začátku rituálu, kdy brzy ráno kopal v zemi díru, která reprezentovala jeho hrob. Báł se, že zemře. Tento strach akceleroval, když ho zakopávali hlínou. Svíral pevně křížek, který měl na krku a usilovně se modlil. Pomohla mu hlavně jeho **vnitřní síla**, kterou v poslední době často cítí. „Někdy mohu cítit silnou energii tady, na hrudi, tato síla, energie je velmi mocná a silná, je jako světlo. Než jsem sem přijel, tady [ukazuje na hrud'], na stejném místě, jsem měl něco jako balvan, hroudu, která představovala moji úzkost, hodně úzkosti. Byl jsem plný úzkosti a nepříjemných pocitů. A teď jako bych ji vyhodil nebo vyzvracel, ta hrouda je už pryč a je tam místo ní můj vnitřní oheň. Má energie, síla, láska. Chci se o tento oheň starat, vyživovat ho a udržovat čistý. Je to silný pocit. Necítím to každý den a 24 hodin denně, ale občas, tu a tam se objeví a je to výborné.“ Rituál posílil Danielovu chuť žít. Cítil, že zvítězil nad smrtí. Zažil **znovuzrození**. Když vylezl ze země, brečel „jako malé dítě“, protože cítil radost z toho, že je na živu a že nemusí „zůstat v této díře, která reprezentovala smrt.“ Jednalo se o velmi silný zážitek.

Dalším důležitou zkušeností během rituálu byl pocit **přerušení příliš těsného pouta s matkou**. Daniel opět plakal, protože cítil osvobození od tohoto vztahu. „*Tento rituál mi pomohl konečně prolomit můj „incestní“ vztah s matkou*“. Vytyčil si vůči ní hranice a hlídá, aby je už nepřekračovala, například ho už ho v dopisech neoslovuje „miláčku“ („*mon cherri*“) jako v minulosti. Také se snaží se změnit svůj **vztah s otcem**, respektive vytvořit ho, protože ho v minulosti nikdy neměli. Píše teď dopisy každému zvlášť. Mluvil s otcem o svém a jeho dětství a více ho teď chápe. Také trochu pochopil mechanismus, který ho vedl k tomu, že pil. Je důležité, aby nesetrvával v naději, že pít přestane, protože jinak pro něho bude trvale zdrojem bolesti a zklamání. Snaží se akceptovat otce i jeho život takový, jaký je. Chce s ním trávit víc času a ukázat mu, že ho má rád.

Daniel vnímá, že jeho fenimimita a maskulinita jsou více v rovnováze. Po rituálech se jako důležité téma objevilo téma **vztahu se ženami**. Uvědomil si, že byl celý život obklopen ženami (doma, ve škole, v práci) a naučil se dostávat jejich lásku bez námahy, jako samozřejmost. Choval se k nim jako rozmarné dítě a čekal, že ho budou milovat, aniž by se o to nějak zasloužil. Teď chce být ve vztahu více mužem, více maskulinní. Ještě ale přesně neví, co jeho maskulinní stránka obnáší a chce ji lépe poznat.

Velmi důležitým tématem je pro Daniela jeho **víra**, která se velmi rozvinula, mimo jiné díky ayahuaskovým sezením. „*Mohu cítit, že existuje nějaká síla, duchovní síla, která je velmi mocná. To jsem cítil během několika různých ayahuaskových sezení. Přítomnost nějaké síly, co mě ochraňovala, co mi dávala najevo, abych si nedělal starosti a nebál se, že je se mnou a ochrání mě.*“ Vnímá svoji víru jako intimní osobní věc, která se navenek projevuje jako láska k druhým. Je katolík, protože byl pokřtěn a měl první přijímání, ale víra je pro něho o něčem víc. Chce v jejím praktikování pokračovat i po návratu do Francie. „*Dává mi to klid a možnost přemýšlet, meditovat. Myslím, že Bůh mi pomáhá odpovídat na mé otázky. Víra mi dává důvěru, klid, sílu, hodně síly. Když mám hněv, uklidňuje mě .... Je to o tom, že cítím, že mimo naše fyzické tělo, existuje něco víc. Když říkám, že chci pokračovat v mém osobním růstu, je to jako hora. Jsem teď ve fázi výstupu na ni a vím, že na vrcholu je silné, velké světlo, které pak představuje smrt. Jsem si jistý, že jsou věci mimo naši vědu a fyziku.*“

Po fyzické stránce se cítí dobře. Už mu nevádí, že v léčbě hodně zhubnul, cítí se **silnější** než kdykoliv předtím. „*Mé tělo je mnohem silnější a pevnější. Díky purgám, rostlinám, kurzům karate...a taky díky mysli, díky tomu, co se děje uvnitř. Jsem uvnitř silnější, a to ovlivňuje i moje tělo.*“ Dříve si hubenost dával do souvislosti s nezdravým životním stylem, s bráním drog, se slabostí a zranitelností. Dnes to tak už nevnímá.

Daniel také přemýšlí nad svou **budoucností**. První, co udělá, až odejde z Takiwasi, bude to, že si najde vlastní byt (dosud bydlel se sestřenicí). Bude pokračovat v jeho současné práci, i když ví, že ji nechce dělat po celý život. Uvědomuje si ale, že potřebuje realizovat všechny změny pomalu a pozvolna, že by pro něho hodně změn naráz mohlo být nebezpečné. Proto zatím (2-3 roky) zůstane v současné práci, možná zde nakoupí nějaké další akcie, protože je to výhodná investice. Časem by chtěl začít pracovat v nějaké instituci jako dobrovolník a pomáhat lidem, případně studovat nějaký další obor, například psychologii. Chce dál pokračovat v práci na sobě a osobním růstu. Teď hledá, jaké je vlastně jeho životní poslání, v tomto směru mnoho očekává od své poslední diety. Brzy ho čeká proces znovuzачeňování do společnosti, kdy bude docházet jako dobrovolník do dětské vesničky (organizace pro rizikové děti). Čeká, že díky tomu lépe pozná děti a naučí se něco pro svou budoucí roli otce, že bude moci být užitečný a bude si moc ověřit, zda je schopný pracovat s lidmi. Hodně dětí zde je temperamentních a těžko zvladatelných, což také prověří jeho schopnost ovládat se a trpělivost. Navíc si myslí, že těmto dětem může dát hodně lásky.

Těžko říci, co mu pomáhá léčit se. Uvědomuje si, že dělá pokroky, říkají mu to i pacienti a terapeuti. Daniel své pokroky přisuzuje celému systému léčby – užívání rostlin, práci, soužití s ostatními pacienty. Důležité byly zejména byla poslední dieta, na které objevil zdroj své vnitřní síly, a rituály země a vody.

#### **4. fáze (polovina léčby – ukončení léčby) – obsah rozhovoru č.4, zúčastněné pozorování**

Daniel cítí **úzkost** v souvislosti s ukončením léčby. Má velký strach z relapsu, protože pro něho Takiwasi bylo „posledním řešením“. Musí ještě zařídit hodně věcí, dokončit svůj proces, respektovat pravidla centra, která ho otravují. Cítí se unavený. Začíná rekapitulovat svoji léčbu a je spokojený sám se sebou, že ji dokončil. Porozuměl v Takiwasi svým základním tématům a problémům, ale ještě mu hodně práce zbývá. Například je pro něho stále velkým problémem **pýcha**. Považuje ji za největší zdroj nebezpečí. Dosud ji v sobě cítí, i když jí mnoho vyzvracel na posledním ayahuaskovém sezení. Měl by víc poslouchat druhé.

Ve Francii chce **pokračovat v psychoterapii** a práci na sobě samém a zůstat v kontaktu s centrem Takiwasi. Až bude mít jednu přítelkyni, chce ji sem vzít, aby také užívala rostliny a porozuměla domu, co tady zažil, protože je to pro něho velmi důležité. Chce začít **uvádět do praxe to, co se tu naučil**. Například trávit více času s otcem a ostře si hlídat hranice vůči matce. Dále chce pokračovat v rozvoji své spirituality, modlit se a meditovat. Potřebuje tyto osobní okamžiky, kdy je sám se sebou, bez vyrušování druhými. Je v kontaktu s duchovním otcem, který Takiwasi zná (užíval také rostliny) a který pracuje v Paříži kousek od jeho

pracoviště. Chce se také po návratu věnovat dál sportu. Pomáhá mu usměrňovat jeho energii a uklidnit se.

Za nejdůležitější témata, na kterých v Takiwasi pracoval, pokládá **usmíření se s rodiči, pochopení svého vztahu se ženami, nalezení své maskulinní stránky, zpracování deprese.**

Uvědomuje si, že pokud by v budoucnosti cítil okamžiky smutku, je nutné s někým o tom mluvit. Nechávat si věci uvnitř a uzavírat se by pro něho mohlo být velmi nebezpečné. Depresivní se teď rozhodně necítí. Cítí se silný, velmi silný. Že je silný člověk, mu řekli i psychologové a někteří pacienti. Z kladných vlastností udává to, že má velké srdce, je štedrý, velkorysý, optimista, laskavý a přátelský. Je hodně citlivý, má velkou chuť žít a dozvědět se víc o sobě, o světě, o životě. Je pracovitý. Hlavními slabinami jsou pýcha, sobeckost a impulsivnost.

Během poslední diety se rozhodl navždy opustit svůj „dětský“ **způsob vztahování se k ženám**. Je už připravený mít jednu přítelkyni a udělat to nejlepší proto, aby s ní mohl být po celý život a mít s ní děti. V souvislosti se ženami dále rozpracovává téma vztahu k **matce** a nutnosti stanovit si a udržet hranice vůči ní. Uvědomil si také, jakou roli v jejich vztahu sehrál fakt, že od ní přijímal po celou dobu peníze, aniž by je potřeboval (*„i když jsem se bránil, vždycky jsem od ní nakonec ty peníze přijal a i to pořád udržovalo moji pozici dítěte“*) a také její tendence stavět ho do role nemocného, slabého a neschopného. Ví, že je nutné neakceptovat dál toto chování (těsné pouto mezi ním a matkou, její projevy silné lásky, její manipulace, přijímání peněz od matky).

Ze všeho nejvíc mu pomohlo **usmířit se s otcem**. Odpustil mu a požádal o odpuštění jeho. Uvědomil si, jakou roli v jeho vztahu k otci sehrála matka a ženy v rodině vůbec (*„pořád říkaly, nech ho v klidu, je nebezpečný, bude rvát, je naštvaný a podobně“*). Ačkoliv se jednalo o dlouhodobý proces, důležité v tomto směru bylo jedno ayahuaskové sezení, na kterém Daniel *„znovuobjevil svého otce“*. Říká: *„Viděl jsem ho jako muže opuštěného, osamělého, smutného. Došlo mi, že už nesdílíme naše životy a že je to škoda, protože má i pozitivní vlastnosti a že toho máme hodně společného. Je pracovitý, stará se o druhé. Také mi došlo, že mě nikdy během doby, kdy jsem bral drogy, neodkopnul, nezavrhnul, platil mi školu, koupil mi auto, které jsem několikrát naboural a on vždy zaplatil opravu. Nikdy mi nechybělo jídlo.. chyběla mi od otce láska a sdílení, ale je třeba vidět i pozitivní věci.“* Usmíření s otcem vedlo k posílení Danielovy maskulinity a vnitřní síly a následnému přijetí sebe sama. Díky tomu teď už může mít svoji rodinu.

K upevnění jeho identity pomohlo i to, že v Takiwasi našel některé mužské vzory (zejména curanderos a psychologové), od kterých mohl *„převzít některé věci a hlavně vidět, že muž“*

*může být i jiný, než jsem viděl doma*“. Také si díky nim uvědomil, že i muži mohou mít mezi sebou hluboký, intimní a láskyplný vztah, aniž by byli homosexuálové.

K léčbě mu pomohlo „*vše, co se tu dělo*“. Kdyby měl zvolit nějaké pořadí, na první místo by dal diety, na druhé soužití s pacienty a na třetí ayahuasková sezení. Nejdůležitější pro něho byly diety - „*bez nich by to nešlo, ty jsou základní, velmi důležité*“ a užívání rostlin vůbec. Během ayahuaskových sezení zažil důležité momenty učení se skrze silné zážitky, uvědomění (vhledy) nebo odkrývání vzpomínek. Zajímavé byly některé jedinečné zkušenosti, kdy měl např. na sezení „*pocit, že jsem napojený na Jacquese, že se mnou mluví a učí mě něco důležitého*“ nebo kdy se během jiného sezení „*několikrát proměnil v různá zvířata – hada, jaguára, ptáka a mohl pocítit sílu a schopnosti těchto zvířat*“.

Uvědomuje si, že si musí celý život dávat **pozor na alkohol**. Představuje pro něho nebezpečí, protože s ním má potíže jeho otec. Měl by alespoň několik let nepít vůbec. Co se týče **ostatních drog**, nebojí se jich. Ví, k čemu mu v minulosti sloužily a že už mu jsou k ničemu. Heroin<sup>39</sup> mu pomáhal zakrýt jeho mužskou stránku, ze které měl strach. Jeho užívání pro něho představovalo další vztah se „ženou“, něčím femininním. Heroin mu byl „*milenkou, matkou, partnerkou*“, při jeho aplikaci cítil teplo, které asocioval s láskou a přijetím. Cítí, že toto téma už má vyřešené. Definitivně ho zpracoval na ayahuaskovém sezení, kde metaforicky s heroinem bojoval. „*Objevil se jako injekce, co chtěla vstoupit do mého těla, a já to nechtěl. Začal jsem s ním tedy bojovat, chtěl jsem ho zabít. Nechtěl jsem, aby teď znovu nebo kdykoliv jindy zvítězil nad mým životem a nade mnou. Strašně jsem nadával, cítil jsem obrovský vztek. Heroin mi řekl: „Nemůžeš vyhrát.“ To mě vyhecovalo a dalo sílu bojovat a zabít ho.*“

Kdyby mohl stál znovu před rozhodnutím, zda podstoupit léčbu v Takiwasi, neváhal by. Říká, že by takovouto léčbu měli podstoupit všichni.

#### 9.4.3 Informace o stavu pacienta po ukončení léčby

S Danielem jsme v kontaktu i po ukončení jeho léčby. Cítí se spokojený, pokračuje v práci na sobě. Pravidelně se modlí. Našel si vlastní byt. První měsíce shledává obtížné, potýká se se systémem naší společnosti konzumu. Má strach, aby nespádl do běžné rutiny. Chtěl by se vrátit do Takiwasi, aby zde absolvoval dietu, která by mu pomohla ujasnit otázku jeho životního poslání, kterou stále ještě nemá vyřešenou. V současném zaměstnání se necítí

---

<sup>39</sup> Ve francouzštině a španělštině rodu ženského (*la heroína*)

šťastný a je pro něho důležité dělat něco, v čem bude cítit naplnění. Je optimista, chce čelit životu, už nechce dál utíkat.

Necelý rok po návratu z léčby se cítí šťastný. Říká, že je jako znovuzrozený, že žije každou minutu a že je jeho spiritualita stále silnější a dává mu mnoho síly. Kromě původního zaměstnání pracuje jako dobrovolník a pomáhá lidem, kteří žijí na ulici. Chystá se znovu studovat – obor specialista ve vzdělávání. Cítí v sobě hodně energie, hodně se toho stále ještě učí – od rostlin i od Boha. Hodně myslí na lidi z Takiwasi. Daří se mu velmi dobře.

Rok a půl po návratu je spokojený se svým životem, cítí, že jde po správné cestě. I když jsou některé dny náročné, velkou oporou je mu jeho víra. Ráno a večer se pravidelně modlí, každou neděli chodí do kostela. Je v kontaktu s duchovním z Paříže, který Takiwasi zná a který má s užíváním rostlin tam zkušenost, a ten mu je oporou. Říká, že Bůh jeho psychologem a ochráncem. Uchází se o studium na vysoké škole – obor specialista ve vzdělávání (práce s lidmi s nejrůznějšími druhy obtíží). Kromě toho pokračuje ve své práci v cestovní agentuře a práci dobrovolníka. Vztah s jeho rodiči považuje za napravený, rád je vidí a tráví s nimi čas. Partnerku nemá, nechce už známost, ale vážný vztah, partnerku, se kterou by mohli společně něco budovat, což zatím nenašel. S odstupem času říká, že léčba v Takiwasi změnila celý jeho život. Dříve byl mrtvý, nyní je živý.

#### 9.4.4 Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 1

Následující část práce si klade za cíl zodpovědět výzkumné otázky práce pro případ respondenta č. 1 (Daniel). Zároveň bere v potaz výsledky zjištěné v empirické části 2, které zde poslouží jako základní struktura pro zodpovídání výzkumných otázek. Výsledky respondenta č. 1 budou výsledky zjištěné v empirické části 2 doplňovat, rozšiřovat a případně korigovat. Metaforicky bychom mohli říci, že výsledky empirické části 2 poskytly kostru, kterou na tomto místě (a během rozboru dalších případových studií) začneme obalovat předivem dalších zjištění.

##### **1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?**

Pacient se o sebe zajímal již před zahájením léčby. Přemýšlel o sobě a cítil, že potřebuje změnit svůj život a „*definitivně se vyléčit*“. Jeho vztah k sobě samému byl negativní. Měl sám ze sebe strach, a to zejména proto, že nerozuměl některým svým pocitům (především hněvu, zlosti, smutku, pocitům viny). Vyjadřoval silnou potřebu poznat se a mít se rád. Rád se neměl, ani si sám sebe nevážil. Jeho sebevědomí bylo nízké – i přesto, že si byl vědomý svých

úspěchů v práci a toho, že ho lidé v jeho okolí považují za dobrého člověka. Nedůvěřoval si, nevěděl, co od sebe může čekat.

V průběhu léčby pacient sám sebe více poznává a v souvislosti s tím má ze sebe menší strach a více se přijímá. Klíčové je zde porozumění zdroji svých pocitů a tendencí v chování (zejména v souvislosti s pochopením některých událostí z dětství). Již na konci 2. fáze léčby narůstá pacientova důvěra v sebe. Je sám v kontaktu sám se sebou a se svými pocity, dokáže je reflektovat a ovládat některé své chování (např. projevy agresivity). Uvědomuje si potřebu pečovat sám o sebe. Ve 3. fázi léčby je patrný pozitivní vztah pacienta k sobě samému. Cítí se být více „sám sebou“, silnější, šťastnější, má „v sobě více jasno“. Dokáže ještě lépe reflektovat své pocity a ovládat své chování. Nemá ze sebe už strach jako dříve. Cítí v sobě zdroj vnitřní síly, důvěřuje si. Uvědomuje si nutnost vymezovat se vůči druhým (zejména matce) a stanovovat si hranice. Ve 4. fázi se tyto tendence rozvíjejí a dále rozpracovávají. Ještě lépe poznává sám sobě, posiluje své vnitřní zdroje, více si důvěřuje a má se rád. Věří, že bude schopen fungovat i mimo centrum Takiwasi.

Srovnání případové studie respondenta č. 1 (Daniela) s výsledky empirické části 2 pro větší přehlednost zobrazujeme v následující tabulce:

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                                | Respondent č.1 (Daniel)                                                                                         | Potvrzeno |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |           |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                       | na počátku léčby pacientovi chybí                                                                               | ANO       |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe | nedostatek důvěry v sebe spojen zejména se strachem ze sebe a svých pocitů a z neznalosti sama sebe             | ANO       |
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                                                                                                                                                                                       | narůstá na konci 2. fáze léčby a potom dále po celou dobu                                                       | částečně  |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                                                                                                                                                                                    | již od 3. fáze cítí pacient silnou důvěru v sebe                                                                | ANO       |
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                                                                                                                                                                                       | k proměně zde dochází kontinuálně po celou dobu léčby, ačkoliv ve 3. fázi pacient popisuje pocit „znovuzrození“ | NE        |
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život                                                                                                                                                                                                                                         | na konci léčby se pacient cítí připravený                                                                       | ANO       |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                       |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám                                                                                                                                                                                                                                                    | k ukončení léčby, schopný čelit nárokům běžného života, drogy pro něho nejsou zdrojem vědomých obav                                   |                    |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Respondent č.1 (Daniel)</b>                                                                                                        | <b>Potvrzeno</b>   |
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                                                                                                                                                                                                                              | pacient popisuje, že má sám sebe rád již od 3. fáze léčby                                                                             | částečně           |
| - nárůst souvisí zejména se sebepoznáním                                                                                                                                                                                                                                                                                 | narůstá zejména díky sebepoznání                                                                                                      | ANO                |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                                                                                                                                                                                                                          | tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                                                         | nejisté            |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebepoznání                                                                                                                                                                                                                                                            | pacient má v plánu pokračovat v „práci na sobě“ po ukončení léčby prostřednictvím psychoterapie, meditace, modliteb a sportu          | ANO                |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                                                                                                                                                                                                                    | tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                                                         | nejisté            |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                                                                                                                                                                                                                   | k nárůstu důvěry v sebe docházelo postupně v průběhu celé léčby                                                                       | NE                 |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                    |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                                                                                                                                                                                                                          | pacient sám sebe nepřijímá, uvádí, že ho respektovali všichni, jen ne on sám, nemá se rád                                             | ANO                |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:<br>e) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)<br>f) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)<br>g) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)<br>h) pacient nezná sám sebe | negativní vztah pacienta k sobě pramení z jeho strachu ze sebe a svého chování a neznalosti sebe samého                               | ANO<br><br>(c, d,) |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitivita                                                                                                                                                                                   | pacient se začíná přijímat, zejména díky sebepoznání a pozitivní zpětné vazby od ostatních pacientů a také díky eliminaci pocitů viny | částečně           |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností (a                                                                                                                                                                          | silně vzrostla pacientova důvěra v léčbu, přímá souvislost s nárůstem sebepřijetí není z dat přímo prokazatelná                       | částečně           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje)                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |                        |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebepřijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                                                                                                                | pacient se konfrontoval s některými výraznými negativními pocity (hněv, vina, smutek)                                                                          | ANO                    |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Respondent č.1 (Daniel)</b>                                                                                                                                 | <b>Potvrzeno</b>       |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebepřijetí                                                                                                                                                                                                                               | pacient se cítí dobře sám se sebou, má se rád, je otevřený vůči druhým, důvěřuje si, zažívá pocity štěstí                                                      | ANO                    |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                                                                                                  | ačkoliv pacient reflektuje výrazné změny, které na sobě učinil, tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                  | nejisté                |
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                                                                                                      | k odpuštění sobě samému došlo na konci 2. fáze a zejména ve 3. fázi léčby, pacient toto odpuštění dává do souvislosti se sebepřijetím                          | ANO                    |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                                                                                                          | pacient si odpouští na základě pochopení některých vnitřních mechanismů a událostí z minulosti, které stály za jejich vznikem                                  | ANO                    |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                                                                                                  | ve 2. fázi léčby popisuje pacient období smutku a deprese v souvislosti s událostmi, které se mu v životě přihodily                                            | částečně (jiné období) |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                                                                                                           | tato informace se v analyzovaných datech neobjevila                                                                                                            | NE                     |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe                                                                                                                                                                                                                          | pacient od 3. fáze léčby přijímá sám sebe                                                                                                                      | ANO                    |
| - ve 4. fázi mívá sebepřijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu) | pacient se trvale přijímá, zná dobře sám sebe (svou pozitivní i negativní stránku), objevil své vnitřní zdroje, reflektuje výrazné změny, které na sobě učinil | ANO                    |
| - zdrojem vzrůstajícího sebepřijetí je proces sebepoznání                                                                                                                                                                                                                    | pro sebepřijetí pacienta bylo poznání klíčové                                                                                                                  | ANO                    |
| - proces sebepřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                                                                                                                                                                       | pacient procházel dlouhodobým procesem odpouštění sobě samotnému, které mu umožnilo přijmout se a mít se rád                                                   | ANO                    |
| - sebepřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                                                                                                                                                                      | pacient se konfrontoval se svými negativními pocity (hněv, vina, smutek) a                                                                                     | ANO                    |

|  |                                                                     |  |
|--|---------------------------------------------------------------------|--|
|  | porozuměl jejich zdrojům, což výrazně napomohlo přijetí sebe samého |  |
|--|---------------------------------------------------------------------|--|

| Zjištění empirické části 2                                                                                                        | Respondent č.1 (Daniel)                                                                                                                                               | Potvrzeno |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Sebepoznání</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |           |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                         | pacient udává potřebu sám sebe poznat, porozumět vnitřním mechanismům, které stojí za jeho pocity a chováním                                                          | ANO       |
| - potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty | potřeba sebepoznání vychází z negativních pocitů a zkušeností a ze strachu ze sebe samého                                                                             | NE        |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                    | celá léčba je dlouhým procesem poznávání sebe sama, pacient se o sobě dozvídá neustále něco nového, jeho poznatky jsou hluboké a důležité                             | ANO       |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se                                                                 | na konci léčby se pacient dobře zná                                                                                                                                   | ANO       |
| - sebepoznání vede k potřebě dalšího sebepoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                      | pacient vyslovuje záměr pokračovat v sebepoznávání i po ukončení léčby (prostřednictvím psychoterapie, meditace, modlitby, sportu)                                    | ANO       |
| - proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                   | léčba pacienta je na poznávání sebe sama založena, toto poznání je důležité pro porozumění sobě a svým vnitřním mechanismům i pro prevenci relapsu po návratu z léčby | ANO       |

Tab. č. 31: Porovnání výsledných zjištění empirické části 2 a studie respondenta č. 1.

Formování vztahu k sobě samému se vyvíjí až na drobné odchylky v souladu se zjištěnými tendencemi (viz. Empirická část 2). Na počátku léčby je pacientův vztah k sobě samému negativní, od 2. fáze se začíná zlepšovat a v 3. a zejména 4. fázi léčby je tento vztah pozitivní. Pacient sám sebe přijímá a důvěřuje si. Mezi nejdůležitější mechanismy pro zlepšení vztahu k sobě samému patří sebepoznání, odpuštění si, konfrontace s negativními pocity a porozumění událostem z minulosti. Většina tendencí popsaných v kap. 8.5 se v případě respondenta č. 1 potvrdila (viz. tabulka č. 31).

Kromě těchto tendencí se v případě respondenta č. 1 objevily ještě 2 důležité faktory:

- 1) Důležitým vlivem při formování vztahu k sobě zde byly i **pozitivní mužské vzory**, které pacient v centru Takiwasi objevil (curanderové, psychologové, někteří pacienti) a **usmíření s vlastním otcem**. S nalezením pozitivních mužských vzorů a usmíření s otcem pak úzce souviselo téma maskulinity a budování „**zdravé**“ **mužské identity** pacienta.
- 2) K formování pozitivního vztahu k sobě také v případě tohoto pacientovi napomohl nárůst schopnosti **reflektovat své pocity** a zejména **kontrolovat** některé projevy jeho **chování**. Cítil se pak kompetentnější sám se sebou „zacházet“ a měl ze sebe a své agresivity menší strach. To napomohlo jeho přijetí sebe samého.

## **2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**

Organizace léčby v Takiwasi poskytuje vhodné podmínky k procesu formování pacientova vztahu k sobě samému a tento proces výrazně facilituje a akceleruje.

Respondent č.1 (Daniel) v tomto směru učinil během léčby výrazné pokroky. Úspěch v jeho léčbě přisuzuje kromě vlastní osoby celkovému systému léčby. Říká, že mu „*pomohlo vše tady*“, je pro něho těžké odlišit, která ze složek léčby byla nejdůležitější. Pokud by měl zvolit nějaké pořadí, udává, že by pro něho na prvním místě byly pobyty na dietách, na druhém soužití s pacienty a na třetím ayahuasková sezení. Důležitý byl také fakt, že pacient na sobě „pracoval“ již před nástupem do léčby a byl k léčbě vysoce motivován.

### **Užívání rostlin**

V souvislosti s pokroky v léčbě pacient nejčastěji spontánně hovoří o užívání rostlin, které pro pacienta představovalo nejdůležitější prvek léčby. Rostliny mu pomáhají kontaktovat se se svými pocity a se sebou samým a kontaktovat se s tělem. Mají vliv na jeho snovou aktivitu - sny se mu zdají každou noc a jsou velice výrazné. Pacient dává užívání rostlin do přímé souvislosti se sebekpovádáním, a to zejména prostřednictvím ayahuaskových sezení a pobytu na dietě. Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č.3.

### **Psychoterapeutická komunita**

Velmi důležitou zkušeností bylo pro pacienta soužití s ostatními pacienty v terapeutické komunitě. Toto soužití bylo na počátku velmi náročné a frustrující. Pacient se však časem

s těmito pocity vypořádal, naučil se reflektovat a kontrolovat svou zlost, více se otevřel druhým, začal jim důvěřovat. Tato zkušenost, kdy se pacient naučil s ostatními vycházet a kdy zjistil, že ho akceptují takového, jaký je, byla pro jeho léčbu podstatná. Také pro něho bylo důležité mít možnost sdílet své zážitky s ostatními pacienty. Velmi pozitivně hodnotí spolupodílení se na chodu centra, zejména pečení chleba a práce na zahradě. Důležitým zážitkem byly pro pacienta rituál země a rituál vody. Představovaly pro něho silný prožitek „znovuzrození“, kdy po zážitcích silné úzkosti a strachu „zvítězil nad smrtí“ a našel chuť žít. Během soužití v terapeutické komunitě objevil Daniel některé mužské vzory (mezi pacienty, psychoterapeuty, curandery), což napomohlo formování jeho mužské identity. Také zde navázal přátelský vztah s některými pacienty, který přetrvává do současnosti.

### Psychoterapie

O psychoterapii hovoří pacient minimálně, ačkoliv nepřímě vyjadřuje jako velmi důležitý faktor pro jeho léčbu možnost vyjádřit se a urovnat si své myšlenky. Také z rozhovoru nepřímě vyplývá, že mu individuální psychoterapeutická sezení umožnila pochopit význam některých zážitků z diety nebo obsahů ayahuaskových sezení a integrovat je. Dále díky nim získal náhled na některé své chování a pocity. Ve 2. fázi nárůstu důvěry v sebe silně přispělo jedno sezení skupinové psychoterapie, kdy prostřednictvím techniky „horké židle“ obdržel pozitivní zpětnou vazbu od ostatních pacientů, která velmi posílila jeho sebedůvěru.

Při srovnání procesu léčby respondenta č. 1 a poznatků uvedených v empirické části 2 můžeme říci, že tento proces odpovídá uvedeným zjištěním.

Kromě poznatků uvedených v empirické části 2 se v případě respondenta č. 1 objevil ještě jeden důležitý fenomén, a tím je rozvoj **spirituality** a její vliv na celý proces léčby. Tento rozvoj spirituální dimenze pacienta souvisí kromě užívání rostlin také s celkovým laděním centra Takiwasi, které je, ačkoliv se oficiálně k žádné církvi nebo církevní instituci nehlásí, výrazně ovlivněno křesťanstvím (např. pravidelné mše s dobrovolnou účastí, modlitba curanderů na počátku a v průběhu ayahuaskových sezení, obrázky svatých a kříž v maloce, kde se ayahuaskové sezení koná, a na jiných místech v Takiwasi, náboženské vyznání curanderů a některých psychologů). Toto křesťanské ladění centra Takiwasi mohlo mít také potenciální vliv na rozvoj spirituality pacienta a tedy i ovlivnit jeho vztah k sobě samému (pacient hovoří o tom, jak jeho vztah k sobě samému ovlivnila i jeho víra a spiritualita).

### 3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?

Užívání rostlin bylo pro pacienta nejdůležitějším prvkem léčby. Dává jej do souvislosti zejména se sebezpoznaním, konfrontací s negativními pocity a s jejich eliminací.

#### Ayahuasca

Pacient spontánně hovoří především o ayahuaskových sezeních.. Ayahuasková sezení byla klíčová pro jeho proces sebezpoznavání. Pomohla pacientovi například překonat sebedestruktivní tendence (téma smrti, „*nakonec jsem zvolil život*“), uvědomit si souvislost mezi jeho pocity a některými událostmi z dětství (vztah rodičů, domácí násilí, alkoholismus otce aj.), na které si dříve nevzpomínal, konfrontovat se s drogou, kterou užíval (boj s personifikovaným heroinem), a toto téma tak finálně zpracovat, uvědomit si potřebu lásky, naučit se důvěřovat druhým. Ayahuasková sezení mu také pomohla rozvinout jeho spiritualitu. Díky ní a událostem, které se během nich přihodily (například prožitek vlastní smrti a návratu do života, obrazy Panny Marie, zkušenost se „*sílou modlitby*“, pocit ochrany a bezpečí), cítí přítomnost „*silné duchovní síly, která je velmi mocná*“.

Během ayahuaskových sezení zažil Daniel důležité momenty učení se skrze silné zážitky, uvědomění (vhledy) nebo odkrývání vzpomínek. Zajímavé byly některé jedinečné zkušenosti, kdy měl na sezení např. „*pocit, že jsem napojený na Jacquese, že se mnou mluví a učí mě něco důležitého*“ nebo kdy se během jiného sezení „*několikrát proměnil v různá zvířata – hada, jaguára, ptáka a mohl pocítit sílu a schopnosti těchto zvířat*. Důležitou roli na ayahuaskových sezeních hrál i proces zvracení, který Daniel vnímal jako formu očisty na fyzické, psychické i spirituální úrovni („*viděl jsem, že mě ayahuasca zbavuje části balastu, který si nesu od svých dávných předků ... když jsem tu špínu vyzvracel, cítil jsem velikou úlevu*“; „*byl jsem plný úzkosti a nepříjemných pocitů a teď jako bych ji vyhodil nebo vyzvracel, ta hrouda je už pryč a je tam místo ní můj vnitřní oheň*“).

#### Diety

Pacient uvádí, že nejdůležitějším prvkem léčby pro něho byly pobyty na dietě („*bez nich by to nešlo, ty jsou základní, velmi důležité*“). Na dietě má dostatek času přemýšlet o sobě a o událostech, které se dosud udály v léčbě. Pomáhají mu v tom zejména rostliny, které užívá („*uchu mě naučilo, že...*“, „*díky palos jsem pochopil...*“), výrazné sny (které opět dává do souvislosti s působením rostlin) a sociální izolace. S pobytem na dietě dává pacient také do souvislosti porozumění mechanismům, které stály za jeho chováním v minulosti.

### Purgativní sezení

Přínos purgativních sezení pacient přímo neuvádí, o purgativních sezeních hovoří pouze výjimečně. Zmiňuje jejich užitečnost pro eliminaci jeho negativních pocitů vůči druhým a vůči sobě samému (prostřednictvím zvracení), zejména se jednalo o zlost, hněv a pocity viny. Tato eliminace negativních pocitů vůči sobě pak napomohla lepšímu sebepřijetí.

Také popisuje zkušenost s vyplavením vytěsněných pocitů souvisejících se smrtí jeho babičky, se kterou měl úzký a velmi pozitivní vztah (*„na purze mi došlo, jak moc mě smrt babičky zasáhla a co pro mě babička znamenala, celou dobu jsem plakal“*).

Tato zjištění odpovídají výsledkům empirické části 2.

## 9.5 Výsledky případových studií

Případová studie respondenta č. 1 (Daniela) demonstrovala postup, kterým byly zhotovovány a analyzovány jednotlivé případové studie. Vzhledem k velké obsažnosti případových studií, jenž by mohla mít negativní vliv na přehlednost textu, uvádíme další případové studie v přílohách práce. Na tomto místě prezentujeme již pouze výsledky, které z analýz případových studií vyplývají.

### 1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?

Ve všech případech probíhal vývoj vztahu pacienta k sobě samému obdobným způsobem. Pacient měl k sobě na počátku léčby negativní vztah – sám sebe neznal, měl nízké sebevědomí, nevěřil si, styděl se za sebe, neměl se (až na jednu výjimku). 3 z 5 pacientů vyslovovali na počátku léčby naléhavou potřebu poznat se. Od 2. fáze léčby se tento vztah začíná výrazně zlepšovat, a to zejména díky sebepoznání. Pacient sám sebe lépe zná, vyslovuje potřebu mít se rád a věřit si. Od 3. fáze léčby pacienti uvádějí pozitivní vztah k sobě – mají se rádi, věří si, dobře se znají. Přijímají se včetně své negativní stránky. Toto sebepřijetí je zralé, stabilní, stojící na důkladné znalosti sebe samotného, což je patrné zejména ve 4. fázi léčby. Na konci léčby mají pacienti důvěru ve své schopnosti, jsou si vědomy svých předností i slabých stránek, věří, že jsou schopni čelit nárokům života a abstinovat od drog. Jsou v kontaktu se sebou samým, dokáží reflektovat, co se v nich odehrává.

Následující tabulka sumarizuje výsledky, ke kterým jednotlivé studie dospěly, respektive je porovnává s výsledky empirické části 2.

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                                | Daniel   | Pablo    | Oscar    | Felipe   | Marc     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |          |          |          |          |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                       | ANO      | ANO      | ANO      | částečně | ANO      |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe | ANO      | ANO      | ANO      | ANO      | ANO      |
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                                                                                                                                                                                       | částečně | částečně | ANO      | částečně | částečně |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                                                                                                                                                                                    | ANO      | částečně | částečně | ANO      | částečně |
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                                                                                                                                                                                       | NE       | ANO      | NE       | částečně | NE       |



|                                                                                                                                                                                            |          |          |         |           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------|-----------|----------|
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám                                                                    | ANO      | ANO      | ANO     | ANO       | částečně |
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                                                                                                | částečně | částečně | ANO     | ANO       | nejasně  |
| - nárůst souvisí zejména se sebepoznáním                                                                                                                                                   | ANO      | ANO      | ANO     | ANO       | ANO      |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                                                                                            | nejisté  | částečně | NE      | nejisté   | nejisté  |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebepoznání                                                                                                                              | ANO      | ANO      | NE      | částečně  | ANO      |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                                                                                      | nejisté  | nejisté  | NE      | ANO       | částečně |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                                                                                     | NE       | NE       | NE      | NE        | NE       |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                                                                                         |          |          |         |           |          |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                                                                                            | ANO      | ANO      | ANO     | ANO       | ANO      |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:                                                                                                                       | ANO      | ANO      | ANO     | ANO       | ANO      |
| a) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)                                                                                                                                   | (c, d,)  | (a, d)   | (a, b)  | (b, c, d) | (b, d)   |
| b) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)                                                                                                        |          |          |         |           |          |
| c) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)                                                                                                                           |          |          |         |           |          |
| d) pacient nezná sám sebe                                                                                                                                                                  |          |          |         |           |          |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva                                                       | částečně | ANO      | ANO     | ANO       | ANO      |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností (a z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje) | částečně | částečně | ANO     | částečně  | částečně |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebepřijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                              | ANO      | ANO      | ANO     | částečně  | ANO      |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebepřijetí                                                                                                                                             | ANO      | ANO      | ANO     | ANO       | ANO      |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                | nejisté  | ANO      | nejisté | nejisté   | ANO      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |         |          |         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                                                                                                       | ANO      | NE      | NE       | NE      | NE       |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                                                                                                           | ANO      | NE      | NE       | ANO     | částečně |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                                                                                                   | částečně | NE      | nejisté  | ANO     | částečně |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                                                                                                            | NE       | ANO     | NE       | NE      | částečně |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe                                                                                                                                                                                                                           | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |
| - ve 4. fázi mívá sebedpřijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu) | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |
| - zdrojem vzrůstajícího sebedpřijetí je proces sebezpoznání                                                                                                                                                                                                                   | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |
| - proces sebedpřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                                                                                                                                                                       | ANO      | NE      | NE       | NE      | NE       |
| - sebedpřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                                                                                                                                                                      | ANO      | ANO     | částečně | ANO     | ANO      |
| <b>Sebezpoznání</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |          |         |          |         |          |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                                                                                                                                                                     | ANO      | nejisté | nejisté  | ANO     | ANO      |
| - potřeba sebezpoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty                                                                                                                                            | NE       | nejisté | nejisté  | NE      | částečně |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                                                                                                                                                                | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se                                                                                                                                                                                                             | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |
| - sebezpoznání vede k potřebě dalšího sebezpoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                                                                                                                                                                | ANO      | ANO     | NE       | nejisté | ANO      |
| - proces sebezpoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                                                                                                                                                              | ANO      | ANO     | ANO      | ANO     | ANO      |

Tab. č. 32: Výsledky případových studií – komparace s výsledky empirické části 2.

Jak je parné z tabulky, většina výsledných zjištění empirické části 2 byla analýzou případových studií potvrzena.

**Jednoznačně byly potvrzeny** následující předpoklady (seřazeno podle fází léčby):

#### Počátek léčby

- Důvěry v sebe na počátku léčby pacientovi chybí.
- Nedostatek důvěry v sebe na počátku léčby je spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe.
- Sebe přijetí na počátku léčby pacientovi chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě.
- Negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:
  - a) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)
  - b) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“, „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)
  - c) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)
  - d) pacient nezná sám sebe

#### 2. fáze léčby

- Ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva.
- Ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebe přijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací.
- Sebe poznání od 2. fáze do konce léčby kontinuálně narůstá.

#### 3. fáze léčby

- Ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebe přijetí.

#### 4. fáze léčby

- Ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám.
- Ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe.
- ve 4. fázi mívá sebe přijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu).
- Ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se.

#### Obecné tendence (ve všech částech léčby)

- Nárůst důvěry v sebe souvisí zejména se sebe poznáním.
- Zdrojem vzrůstajícího sebe přijetí je proces sebe poznání.

- Sebepřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti.
- Proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu.

Naopak jednoznačně (ani v případě jednoho respondenta) **nepotvrzeny** byly následující předpoklady:

- Potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty.
- Nárůst důvěry v sebe má vliv na další léčbu a motivaci k ní.
- V některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny.

Ostatní předpoklady se potvrdily v některých případech, můžeme tedy říci, že v některých případech platí, zatímco v jiných nikoliv.

Kromě zkoumaných předpokladů byly během analýzy případových studií objeveny ještě následující důležité faktory v souvislosti s procesem formování pacientova vztahu k sobě samému (podrobněji viz. jednotlivé případové studie uvedené v přílohách práce):

- pozitivní mužské vzory** v Takiwasi (curanderos, psychoterapeuti, pacienti) a jejich vliv na budování „zdravé“ mužské identity pacienta
- nárůst schopnosti **reflektovat své pocity** a zejména **kontrolovat** některé projevy svého **chování**, který vedl k pocitu kompetentnosti sám se sebou „zacházet“ a tedy k menšímu strachu ze sebe a většímu přijetí sebe samého
- upřímnost k sobě samému** jako nezbytný předpoklad budování pozitivního vztahu k sobě
- detoxikace** – díky ní byl pacient schopen introspekce a mohl se pacient v sobě orientovat
- „odhození masky“** jakožto projev přijetí sebe samého (včetně negativní stránky), respektu k sobě samému (a svým pocitům) a nárůstu důvěry k druhým lidem
- možnost **legitimním způsobem pracovat se změněnými stavy vědomí**

## 2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?

Organizace léčby v Takiwasi poskytuje vhodné podmínky k procesu formování pacientova vztahu k sobě samému a tento proces výrazně facilituje. Vytváří bezpečné prostředí k tomu,

aby se pacient sám sobě otevřel a začal se poznávat. Výstižně tyto podmínky nazval jeden z respondentů – „*je to místo, kde se můžeš změnit*“. Všichni respondenti v tomto směru během léčby učinili výrazné pokroky – od neznalosti sebe a negativního vztahu k sobě po důkladnou znalost sebe sama, důvěru ve vlastní schopnosti, sebedřívětí a s rozvinutou schopnost sebereflexe a introspekce.

Všichni respondenti se shodují na tom, že jim léčba v Takiwasi byla v tomto směru (formování vztahu k sobě) přínosná a výrazně jim pomohla. Nedokáží identifikovat, který prvek léčby byl pro proces formování vztahu k sobě přínosnější než ostatní, říkají, že od sebe jednotlivé složky nelze oddělit, že společně fungují jako jeden celek – vzájemně se doplňují a podporují.

Spontánně nejčastěji v tomto směru hovoří o 3 prvcích léčby – pobytech na dietě, ayahuaskových sezeních a soužití s ostatními pacienty. Dva respondenti dále potvrzují význam semináře biodanzy (zejména pro uvolňování potlačovaných emocí a zvýšení kontaktu se svým prožíváním a s tělem), jeden hovoří o významu psychoterapie, jeden o celkovém utrpení, které během léčby prožíval (posílilo jej a výrazně zvýšilo jeho důvěru ve své schopnosti), a pro jednoho byla velmi významná detoxikace a život bez drog.

Respondenti shodně vypovídají o tom, že jim prvky léčby zprostředkovaly důkladné sebezpoznání, přiměly je setkat se se sebou samým a konfrontovat se s negativními pocity vůči sobě, čemuž se někteří z nich v minulosti bránili (během pobyť na dietě a zejména při účasti na ayahuaskových sezeních však není možné před těmito pocity „utéci“). To vše vedlo k reálnějšímu pohledu na sebe a tedy i ke zralejšímu vztahu se sebou samým. Vztah k sobě samému se tedy v Takiwasi budoval zejména prostřednictvím sebezpoznání.

### Užívání rostlin

Užívání rostlin bylo pro všechny pacienty nejdůležitějším prvkem léčby. Nejčastěji o něm spontánně hovořili, měli v něj velkou důvěru (někdy větší než k psychoterapeutovi a psychoterapii obecně), pro mnohé z nich to byl důvod, proč se rozhodli absolvovat léčbu v Takiwasi.

O užívání rostlin hovoří pacienti zejména v souvislosti se sebezpoznáním. Uvádějí, že jim užívání rostlin pomáhá kontaktovat se se sebou samým, svými pocity a s tělem, ujasnit si některé události z minulosti a porozumět tak některým současným pocitům a postojům, „vidět“ o sobě pravdu a moci tak navázat upřímný vztah k sobě, čelit strachu a obavám, „pročistit“ tělo a mysl, setkat se se sebou samým a reflektovat své myšlenky. Respondenti

v tomto směru zdůrazňují zejména účinek ayahuaskových sezení a pobytů na dietě (stejnou měrou). Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č.3.

#### Psychoterapeutická komunita

Organizace léčby jakožto psychoterapeutické komunity také výrazně napomohla procesu formování pacientova vztahu k sobě samému. Všichni respondenti hovoří především o významu soužití s ostatními pacienty. Pro všechny z nich bylo toto soužití náročné a frustrující, a to zejména na začátku léčby. Ostatní pacienti jim neustále poskytovali zpětnou vazbu o jejich chování a konfrontovali je s jejich negativními aspekty. Pacienti tak byli nuceni změnit některé projevy svého chování, naučit se kontrolovat a vypořádat se s frustrací, kterou intenzivní soužití s druhými přinášelo. To následně zvýšilo jejich důvěru ve své schopnosti a také jim poskytlo reálnější pohled na sebe.

Soužití s ostatními pacienty přinášelo i příjemné zkušenosti jako pocit sounáležitosti, přátelství nebo zkušenost, že pacienta druzí akceptují takového, jaký je. Většina pacientů se mimo jiné díky soužití s ostatními naučila důvěřovat druhým, více se otevřít a sdílet s druhými své zkušenosti a pocity včetně negativních. Z výpovědi respondentů je patrný velký význam možnosti aplikovat během společného soužití do praxe to, co se během ayahuaskových sezení o sobě dozvěděli a naučili. Také se v komunitě učí novým vzorcům chování, efektivní komunikaci (včetně naslouchání druhým) a stanovování hranic. Jeden respondent hovoří o velkém přínosu kontaktu s pacientem, který zrelapsoval a vrátil se do léčby, další pacient vyzdvihuje význam možnosti poznat vnitřní realitu druhých. Novou zkušeností je pro pacienty zážitek, že se mohou s druhými bavit i bez drog. Všechny tyto zkušenosti výrazně napomáhají procesu formování pacientova vztahu k sobě. Zvyšují jeho důvěru v sebe, sebedůvěru a zejména znalost sebe samého.

Kromě soužití s ostatními pacienty podtrhují někteří z respondentů význam práce v centru (posílení sebevědomí, důvěry ve vlastní schopnosti), některých rituálů (zážitek „znovuzrození“), pozitivních mužských vzorů (vliv na formování mužské identity) a procesu znovu-zacheňování do společnosti (stanovování hranic, větší otevřenost druhým, zvýšení sebedůvěry). Důležitá pro proces formování vztahu k sobě byla i pravidla centra a jejich dodržování, které bylo pro mnohé pacienty frustrující. To, že i přes tyto obtíže dokázali nakonec pravidla dodržovat, posílilo jejich sebedůvěru, zlepšilo jejich pohled na sebe a u některých mělo za následek přenesení poctivosti a upřímnosti ve vztahu k druhým do vztahu k sobě.

Pro většinu respondentů byl také velmi důležitý fakt, že léčbu absolvovali až do konce. Mnohdy to byla první věc v jejich životě, kterou dokončili, a tato zkušenost výrazně posílila jejich důvěru ve vlastní schopnosti.

### Psychoterapie

O psychoterapii respondenti explicitně hovoří minimálně. Ze zúčastněného pozorování a při hlubší analýze obsahů jejich výpovědí (přemýšlením nad některými souvislostmi) je však patrné, že měla v procesu jejich formování vztahu k sobě důležitou funkci. Pacienti hovoří především o tom, že jim pomohla pochopit zážitky z ayahuaskových sezení nebo pobyťů na dietě a integrovat je. Velký význam měl tento proces zejména v případě dvou pacientů – jeden z nich odmítal připustit souvislost mezi negativním obsahem vizí a jeho osobností a úkolem psychoterapeuta v tomto případě bylo poskytnout mu zpětnou vazbu („nastavit zrcadlo“) a konfrontovat jej s odmítanou negativní stránkou sebe sama, což napomohlo upřímnějšímu vztahu k sobě samotnému a reálnějšímu sebeobrazu. V případě jiného respondenta měla interpretace obsahů ayahuaskových významů velký význam zejména v souvislosti s jeho paranoiou. Pacient měl tendenci vnímat negativní obsahy vizí (opakovaně boj s démony) doslovně a nikoliv metaforicky, což velmi zvyšovalo jeho strach a obavy. V tomto případě byla tedy role psychoterapeutického doprovodu pacienta velmi důležitá – bez ní by nebyl schopný přisoudit tyto obsahy sobě a ztotožnit se s nimi, a navíc by v něm rostly pocity strachu a paranoii.

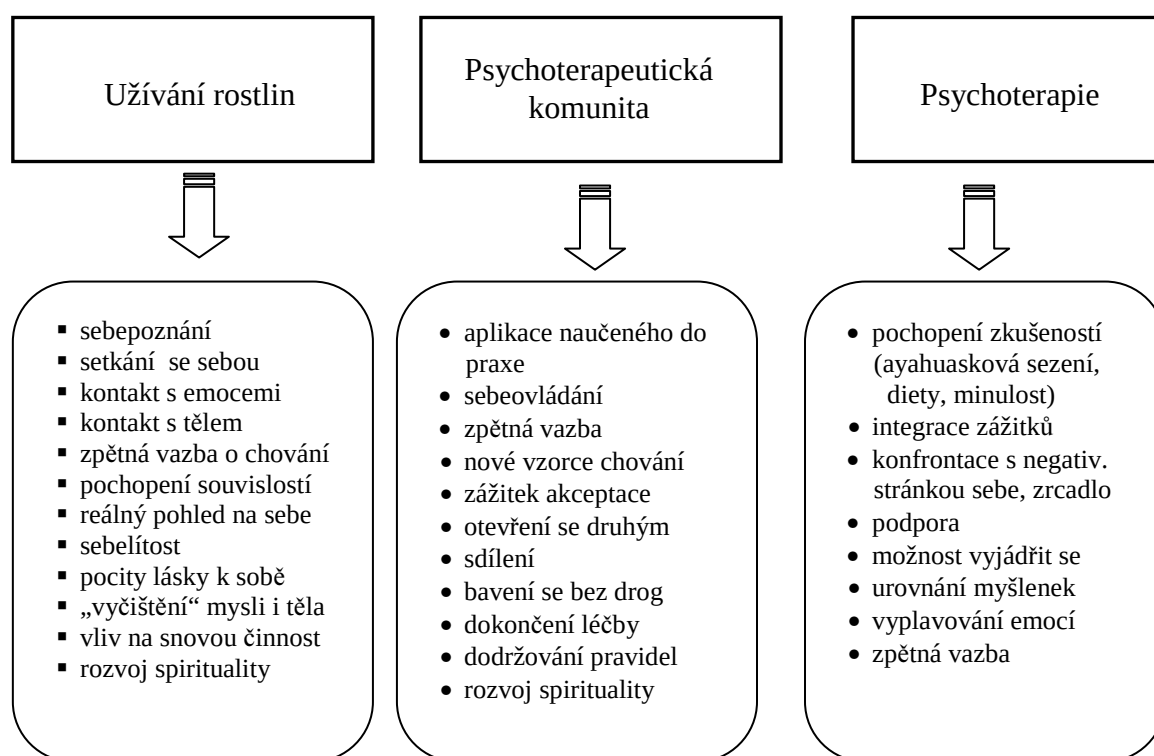
Psychoterapie také pacientům poskytovala podporu – setrvat v léčbě, zkoušet nové způsoby chování (během soužití s ostatními pacienty), řešit konflikty, zmírnit strach z účasti na dietě nebo ayahuaskových sezení. Díky tomu, že pacienti tyto obavy za podpory psychoterapeuta překonali, došlo ke zvýšení jejich sebevědomí, zvýšení důvěry ve vlastní schopnosti a dalšímu sebepoznání.

Psychoterapie také poskytla vhodné prostředí pro vyjádření se, urovnání vlastních myšlenek ventilování některých emocí a sdílení nepříjemných životních zkušeností, což bylo přínosné zejména v souvislosti se sebepoznáním a sebpřijetím.

Ze skupinových aktivit hovoří respondenti zejména o významu semináře biodanzy, který jim umožnil kontaktovat se se sebou samým (se svými emocemi a tělem). Jeden pacient také uvádí význam skupinové techniky „horké židle“, díky níž získal zpětnou vazbu od ostatních pacientů, což vedlo ke zvýšení jeho sebedůvěry.

Kromě poznatků uvedených v empirické části 2 se ve výpovědích všech respondentů objevil ještě jeden důležitý fenomén, a tím je rozvoj **spirituality** a její vliv na proces formování vztahu k sobě. Užívání rostlin (zejména ayahuasková sezení a pobyt na dietě), ale i celkové ladění centra Takiwasi, které je, ačkoliv se oficiálně k žádné církvi nebo církevní instituci nehlásí, výrazně ovlivněno křesťanstvím, mělo vliv na rozvoj spirituální dimenze respondentů. Rozvoj této dimenze výrazně ovlivnil vztah pacientů k sobě samým – dodával jim pocit bezpečí a důvěry, pocit, že „jdou správným směrem“, sílu vytrvat, bojovat se svou negativní stránkou a být k sobě poctivý a upřímný. Mnozí z respondentů vypovídali o významu spirituality pro trvalou abstinenci od drog.

Prvky léčby v Takiwasi mající vliv na formování pacientova vztahu k sobě samému shrnuje následující schéma:



Obr. č. 24: Prvky léčby v Takiwasi mající vliv na proces formování vztahu k sobě.



### 3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?

Užívání rostlin bylo pro všechny pacienty nejdůležitějším prvkem léčby. Nejčastěji o něm spontánně hovořili, pro mnohé z nich to byl důvod, proč se rozhodli absolvovat léčbu v Takiwasi. Pacienti měli k rostlinám a jejich užívání velkou důvěru, jejich vztah k sobě samotným pozitivně ovlivnil již samotný pocit, že díky rostlinám mají v těle „dobrou energii“, která je „čistší“, léčí a „učí“.

Užívání rostlin je spojené se silným respektem, který v některých případech přerůstá ve strach. Pacienti se někdy bojí, s jakými obsahy a pocity se (zejména na ayahuaskových sezeních nebo dietách) setkají. Vědí, že před těmito obsahy nemohou uniknout, zastavit je nebo jinak ovlivnit a že jsou nuceni je pozorovat, případně se s nimi konfrontovat, což někdy bývá velmi nepříjemné a náročné. Výjimkou nejsou ani zážitky ztráty kontroly nebo symbolické smrti (během ayahuaskových sezení).

Užívání rostlin slouží v souvislosti s formováním vztahu k sobě zejména k sebepoznání. Dále umožňuje uvolnit některé potlačované emoce, navázat kontakt se svým tělem, vytvořit pozitivnější vztah se sebou (např. popisované zážitky lásky k sobě během ayahuaskových sezení), najít vnitřní zdroje síly a zvýšit důvěru v sebe.

#### Ayahuasková sezení

Ayahuasková sezení jsou pro respondenty klíčovým nástrojem sebepoznávání. Toto sebepoznání se odehrává zejména prostřednictvím vizí, tělesných vjemů, pocitů, myšlenek, vhladů a rozvzpomínání se. Za důležité považují respondenti zejména odkrývání zapomenutých vzpomínek, jejich znovuprožívání a pochopení jejich souvislostí s aktuálními pocity a chováním. U všech respondentů nacházíme výpověď o tom, že během ayahuaskových sezení znovu prožili situace spojené s konzumací drog, díky čemuž si uvědomili riziko ohrožení života, kterému se v těchto situacích vystavovali, negativní důsledky konzumace drog a jejich sebedestruktivní tendence.

Během ayahuaskových sezení dochází často k vyplavování potlačených emocí. Konfrontace s těmito emocemi pomáhá jejich zpracování a následnému zlepšení vztahu k sobě. Někteří pacienti hovoří o posílení jejich sebedůvěry na základě zkušenosti s tím, že jsou schopni tyto emoce (které se objevily během ayahuaskových sezení) snést a vydržet.

Při ayahuaskových sezeních často pacienti navazují kontakt s tělem, dochází ke zlepšení pacientova vztahu k němu, k uvědomění nezbytnosti starat se o něho a změnit životní styl (např. cvičit, jinak se stravovat, zpomalit, aj.).

Pacienti hovoří o tom, že se během ayahuaskových sezení konfrontují s negativní stránkou sebe a že jim tato sezení poskytují zpětnou vazbu o jejich chování. Tato konfrontace s vlastním stínem mívá často metaforickou podobu „boje s démony“, který najdeme téměř u všech pacientů. Součástí konfrontace s negativní stránkou sebe je i boj s drogou, který všichni pacienti v nějaké formě během ayahuaskových sezení zažívají (např. vize, ve které pacient bojoval s velkou injekcí heroinu, vize kamarádů, kteří svádějí pacienta k tomu, aby užil drogu s nimi nebo silné pocity bažení po droze).

Ayahuasková sezení pomohla některým pacientům zpracovat sebedestruktivní tendence (např. opakovaným prožitkem smrti) a vzbudila v nich touhu žít, naději a pocit „že jsou po správné cestě“.

Tyto pocity také souvisí se spiritualitou, k jejímuž rozvoji během ayahuaskových sezení u všech respondentů došlo. Respondenti vypovídají o navázání kontaktu s „*duchovním světem*“, o hlubokých spirituálních zážitcích nebo o uvědomění si potřeby spirituality pro jejich život. Tento sebepřesah dal také nový rozměr jejich vztahu se sebou samým (přesah, rámec, pocit bezpečí, zpětná vazba, pocit, že není se sebou sám).

Ayahuasková sezení pacientům umožňují uvědomit si své potřeby (např. potřebu mít se rád, důvěřovat druhým, pečovat o sebe) a některé z nich sytí. V neposlední řadě hovoří pacienti také o prožitcích očisty na všech úrovních – tělesné, psychické i duchovní.

## Diety

Pro všechny respondenty byly diety jedním ze dvou nejdůležitějších prvků léčby (společně s ayahuaskovými sezeními). Jejich význam spočíval zejména v opuštění každodenního života v komunitě a v sociální izolaci. Toto stažení se do intenzivního kontaktu se sebou samým v prostředí džungle a „bezčasí“ (pobyt trval 8 dní, s minimem povolených aktivit, čas zde plynul velmi pomalu, pacienti neměli možnost sledovat je) bylo podpořeno a facilitováno užíváním rostlin.

Pacienti spatřují význam diet zejména v tom, že jim umožnily být v intenzivním kontaktu se sebou, vést se sebou vnitřní dialog, přemýšlet o sobě a událostech, které se staly během léčby, a tyto události tak zpracovat. Také se intenzivně zabývali tématy z jejich minulosti a pochopili některé souvislosti těchto událostí a jejich chování (případně prožívání), např. souvislost situace v rodině v období dětství a užívání drog.

Během diety dochází k vyplavování emocí a jejich silnému prožívání, konfrontaci se strachem, hněvem, smutkem a dalšími negativními pocity. Pobyt na dietě nabízí možnost tyto pocity zpracovat, eliminovat („zanechat v džungli“) a navrátit se do komunity se subjektivním

pocitem proměny (jako „nový“ člověk). Mnozí pacienti řešili na dietě také téma odpuštění lidem, kteří je zranili.

Respondenti také v souvislosti s dietou vypovídají o významných spirituálních zážitcích mající vliv na jejich vztah k sobě samému.

Pobyt na dietě napomáhá procesu formování vztahu k sobě samému zejména tím, že vede k intenzivnímu kontaktu se sebou a díky němu k sebepoznání, zvýšení důvěry v sebe a sebepřijetí.

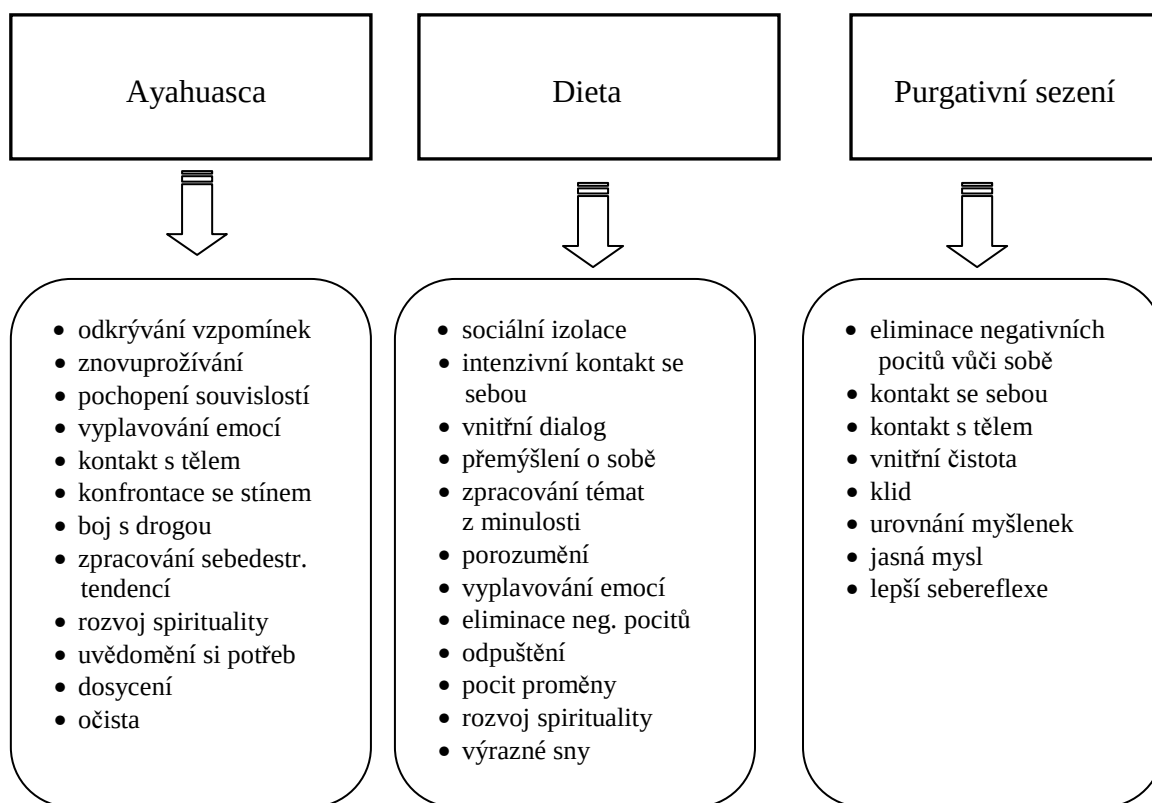
#### Purgativní sezení

Pacienti o významu purgativních sezení pro proces formování jejich vztahu k sobě nehovoří s velkou frekvencí. Některé zmínky v jejich výpovědích ale přeci jen nacházíme. Přínos purgativních sezení je spatřován zejména v eliminaci negativních pocitů (např. zlost, hněv, smutek, strach, vina) – vůči druhým a především vůči sobě. Eliminace negativních pocitů pak vede ke zvýšení sebepřijetí pacienta. K eliminaci dochází zejména prostřednictvím zvracení.

Purgativní sezení jsou pro formování vztahu k sobě samému také přínosná proto, že pacientům umožňují kontaktovat se se sebou a svým tělem (zejména díky nepříjemným tělesným pocitům, které celý proces doprovázejí). Navázání kontaktu s tělem vede k nárůstu důvěry v sebe a k pozitivnějšímu vztahu k sobě samému (pacient se o sebe více stará, má se více rád, uvědomuje si, že své tělo potřebuje a že si nechce dál ubližovat).

Purgativní sezení také přinášejí respondentům pocit vnitřní čistoty – tělesné i psychické. Psychickou čistotu dávají do souvislosti s pocity klidu a pohody, s urovnáním myšlenek a s jasnou myslí. Tyto příjemné pocity jim následně umožňují lépe se na sebe soustředit, reflektovat své pocity a myšlenky a zejména jim přinášejí pocit, že je jim se sebou dobře.

Užívání rostlin v léčbě a jeho prvky mající vliv na formování pacientova vztahu k sobě samému shrnuje schéma uvedené na následujících straně.



Obr. č. 25: Užívání rostlin – prvky mající vliv na proces formování vztahu k sobě.

## 9.6 Diskuze k empirické části 3

Empirická část 3 přinesla řadu zajímavých zjištění a potvrdila většinu předpokladů (s výjimkou tří) stanovených na základě výsledných zjištění empirické části 2. Můžeme tedy usuzovat na to, že tyto předpoklady byly správně identifikovány a stanoveny.

Nepotvrdily se předpoklady, že „*potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty*“, dále že „*nárůst důvěry v sebe má vliv na další léčbu a motivaci k ní*“ a že „*v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny*“.

Nepotvrzení těchto předpokladů můžeme přisuzovat několika možným faktorům. Prvním z nich je nízký počet respondentů (5), na kterých byl předpoklad ověřován. Je možné, že se jedná o tak výjimečný jev, že by bylo potřeba většího výzkumného vzorku, abychom v nich tento jev u nějakého případu zaregistrovali. Tento důvod můžeme předpokládat zejména u 3. předpokladu („*nárůst důvěry v sebe má vliv na další léčbu a motivaci k ní*“), protože se jedná o jev popisovaný respondenty z výzkumného souboru 2 velmi zřídka.

Dalším důvodem nepotvrzení těchto předpokladů by mohla být možnost, že jsou špatně stanovené a nejsou platné. Ačkoliv je tato možnost málo pravděpodobná (jelikož tyto předpoklady byly stanoveny na základě obsahové analýzy složek bývalých pacientů a jev byly tedy minimálně v případě jednoho pacienta zaregistrován), je nutné brát ji v potaz. Při zpracovávání dat empirické části 2 mohlo dojít ke špatnému pochopení souvislostí a zkreslenému subjektivnímu výkladu autorky práce (podpořenému zejména prací s hotovým textem bez možnosti doptat se na případné nejasnosti). O této možnosti uvažujeme zejména v souvislosti s druhým předpokladem („*nárůst důvěry v sebe má vliv na další léčbu a motivaci k ní*“). Je možné, že to, co se při analýze spisů bývalých pacientů jevilo jako kauzální souvislost, byla ve skutečnosti shoda náhod nebo vliv dalšího, nám neznámého, faktoru.

Na tomto místě je také nutné zamyslet se nad metodologickou stránkou empirické části 3 a jejími možnými nedostatky. Jak bylo již uvedeno výše, hlavním nedostatkem je malý počet respondentů. Záměrem této části práce bylo ověření dříve získaných zjištění a jejich rozšíření a prohloubení, domnívali jsme se tedy, že počet respondentů bude pro tyto účely dostačující. Také se jednalo o maximální počet respondentů, které bylo možné (vzhledem ke stanovené metodologii a podmínkám výzkumu) získat. Je ale možné, že tento počet respondentů nebyl zcela dostačující (zejména s ohledem na výše popsané nepotvrzení tří předpokladů) a že by větší počet respondentů pomohl zkoumaný jev popsat a pochopit ještě lépe a komplexněji.

Dalším diskutabilním místem je reprezentativnost výzkumného souboru. Je nutné brát v potaz fakt, že do výzkumu byly zařazení pacienti, kteří v léčbě setrvali, a tudíž byla jejich léčba úspěšná. Pacient, který po pár dnech (bez možnosti pohovořit s ním) léčbu ukončil, z důvodu velmi malého množství sebraných dat do výzkumu zařazen nebyl. Bylo by však zajímavé sledovat i tyto případy neúspěšné léčby, což by mohl být námět pro případný další výzkum.

K větší reprezentativnosti souboru naopak pozitivně přispívá skutečnost, že respondenti pocházeli z různých kulturních a sociálních prostředí (Peruánec, Jihoameričan, Evropané, občan USA), trpěli závislostí na různých drogách (heroin, kokain, alkohol, marihuana), měli rozdílné procesy léčby (včetně jejich vývoje po ukončení léčby) a byly vybráni částečně na základě náhody (všichni ti, kteří absolvovali léčbu v době odborné stáže autorky práce).

Použití případových studií se ukázalo být vhodným nástrojem pro zkoumání stanoveného cíle. Objektivitu výsledků podpořila také kombinace metod sběru dat – rozhovory s pacienty, aktivní a pasivní zúčastněné pozorování, elektronická korespondence s pacienty a s psychologem.

## 10. Výsledná teorie

Centrum Takiwasi je terapeutická komunita pro drogově závislé nacházející se v peruánském Tarapotu. Koncept léčby v Takiwasi propojuje dvě základní paradigmaty – amazonské tradiční léčitelství (šamanismus, curanderismus) a současnou psychoterapii, a to jak ve svém teoretickém východisku, tak i v praktikách, které jsou zde k léčbě drogově závislých užívány. Obě paradigmaty mají v modelu léčby rovnocenné a nenahraditelné postavení, vzájemně se doplňují a jsou po celou dobu léčby úzce provázána. Léčba v Takiwasi probíhá interní formou. Pacienti, maximálně 15, zde pobývají po dobu 9-12 měsíců a způsob jejich soužití je organizován zásadami terapeutické komunity. Koncept léčby v Takiwasi je postaven na třech pilířích, které jsou v interakci a vzájemně se doplňují – život v terapeutické komunitě, psychoterapie a užívání rostlin.

### **Počátek léčby**

Při nástupu do léčby v Takiwasi mají pacienti trpící alkoholovou a drogovou závislostí **výrazně negativní vztah k sobě**. Neznají sami sebe, mají nízké sebevědomí, nevěří si, stydí se za sebe a své chování v minulosti, nemají sami sebe rádi. Tento negativní vztah pramení z několika zdrojů:

- a) negativní chování v minulosti
- b) negativní sebehodnocení (včetně pocitů viny, vysoké míry sebekritiky, depresivity)
- c) strach ze sebe a svého chování (včetně sebedestruktivního)
- d) neznalost sebe sama

Pacienti při nástupu do léčby vyjadřují naléhavou **potřebu sebepoznání**, často se jedná o hlavní důvod, proč do léčby nastoupili (přání poznat se, zjistit „kým jsou“ a jaké jsou zdroje jejich nepříjemných pocitů).

### **2. fáze léčby**

2. fáze léčby je obdobím od první účasti na ayahuaskovém sezení po první absolvovanou dietu (tedy přibližně 1.-3. měsíc léčby). V této době je již pacient plně zapojen do účasti na aktivitách centra, které zahrnují zejména individuální a skupinovou psychoterapii, účast na purgativních a ayahuaskových sezeních, práci v komunitě a pobyt v izolaci na dietě.

Během tohoto období se **začíná pacientův vztah k sobě výrazně zlepšovat**. K tomuto zlepšení dochází v přímé **souvislosti se sebepoznáním**, které od 2. fáze léčby kontinuálně narůstá. Sebepoznání pacienti přisuzují terapeutické práci s rostlinami, zejména pak ayahuaskovým sezením, jakožto formě intenzivního setkání se sebou samým, a pobytu na dietě. Ze záznamů ve spisech pacientů vyplývá, že důležitou roli zde hraje i fakt, že o svých zkušenostech mohou hovořit s psychoterapeutem, což napomáhá lepší orientaci v problematice a integraci získaných poznatků.

Ve 2. fázi léčby dochází k **nárůstu sebepřijetí pacientů**, a to zejména **jako důsledek**:

- konfrontace s negativními pocity vůči sobě (během ayahuaskových a purgativních sezení)
- eliminace negativních pocitů vůči sobě (mimo jiné prostřednictvím zvracení během purgativních sezení, dále méně často prostřednictvím individuální a skupinové psychoterapie, během ayahuaskových sezení, přijetím těchto pocitů aj.)
- změny životního stylu (ukončení destruktivního a patologického způsobu života, pravidelný denní režim)
- pozitivních zkušeností z léčby
- důvěry v léčbu a z ní vyplývající naděje
- optimismu a nárůstu chuti do života.

Podle konceptu léčby v Takiwasi je tato fáze léčby (1.-3. měsíc) zaměřena především na fyzickou detoxikaci organismu. Tomuto konceptu odpovídají výzkumná zjištění, že ve 2. fázi léčby má více než v kterékoliv další fázi důležitou funkci proces zvracení (během purgativních sezení). Zvracení zde slouží především k eliminaci negativních pocitů vůči sobě, ke které dochází po předchozí konfrontaci s těmito pocity. Během ayahuaskových sezení je proces zvracení navíc obohacen o prvek sebepoznání (respektive náhledu a uvědomění).

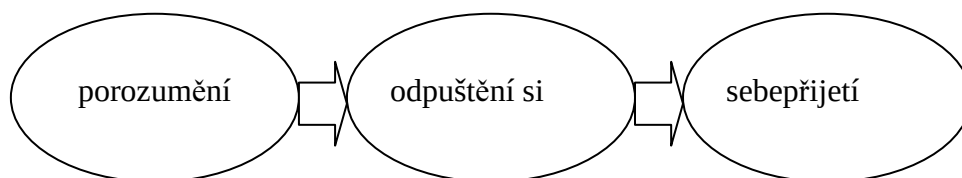
### **3. fáze léčby**

3. fáze léčby začíná absolvováním první diety a končí v polovině celé léčby. Jedná se tedy o období 3.-5. měsíce od nástupu do léčby. Léčba je v této době nejintenzivnější. Pacient je plně zapojen do všech psychoterapeutických aktivit a ponořen do procesu léčby, dochází k důležitým náhledům a výrazným osobnostním změnám. Někteří pacienti se mohou **zaleknout této hlubší práce a uvažovat o odchodu z léčby**. Důležitými faktory pro setrvání

v léčbě je vztah s psychoterapeutem, podpora ostatních pacientů a osobní vzhled do situace na základě zkušenosti z ayahuaskových sezení.

Během 3. fáze léčby se **vztah pacientů k sobě samým začíná výrazně zlepšovat**. Již na počátku této fáze k sobě má většina pacientů pozitivní vztah - mají sami sebe rádi, věří si a uvádějí, že se dobře znají. K tomuto zlepšení vztahu se sebou dochází zejména **v důsledku sebepoznání během ayahuaskových sezení, pobytů na dietě a prostřednictvím soužití s ostatními pacienty**. V některých případech se pozitivní vztah k sobě budoval na základě navázání kontaktu se svým tělem (zejména během ayahuaskových sezení, případně pobytů na dietě).

Na konci 3. fáze se pacienti **přijímají, včetně své negativní stránky**. Zdrojem sebepřijetí je radost z „dobře odvedené práce“ a pokroku, který pacient v léčbě udělal. Pacienti si uvědomují výrazné osobnostní změny a změny ve svém chování. Dostávají i pozitivní zpětnou vazbu od ostatních pacientů, psychologů a členů rodiny. Často se jedná o první pozitivní zpětnou vazbu po mnoha letech. V souvislosti se sebepřijetím v této fázi také pozorujeme mechanismus **odpuštění si a následného usmíření se sebou**, který sebepřijetí předchází. Předpokladem tohoto odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti. Pacienti dávají toto porozumění často do přímé souvislosti s užíváním rostlin, zejména pak s ayahuaskovými sezeními a pobytem na dietě.



Obr. č. 26: Proces nárůstu sebepřijetí ve 3. fázi léčby.

Sebeřijetí pacientů je na konci 3. fáze léčby **zralé, stabilní, stojící na důkladné znalosti sebe samého**. Tato tendence potom pokračuje i ve 4. fázi léčby.

### ***Ukončení léčby***

Poslední fáze léčby se podle koncepce Takiwasi zaměřuje na prohloubení práce na psychické stránce pacienta a zejména pak na rozvoj v dimenzi duchovní. Pacienti spontánně začínají řešit otázky smyslu života, svého životního poslání a naplnění, víry. Tato témata se i objevují během ayahuaskových sezení a ve snech pacientů. Rozvoj spirituální dimenze osobnosti se



projevuje i rámci procesu formování pacientova vztahu k sobě, který v této fázi léčby nadále pokračuje.

Během 4. fáze léčby dochází k dalšímu **nárůstu sebepoznání**. Pacienti uvádějí, že již **sami sebe dobře znají** („vědí, kým jsou“) a jsou si vědomi svých předností i slabých stránek. Zároveň tu nacházíme vyslovenou **potřebu dalšího sebepoznání**. Někteří pacienti si uvědomují, že se jedná o proces, který nekončí s ukončením léčby, a jsou motivováni v sebepoznávání pokračovat. Sebepoznání má za důsledek nárůst lásky k sobě samému, nárůst sebedůvěry a sebejistoty. Velké množství pacientů také uvádí, že jim znalost sebe sama pomohla najít vnitřní zdroje síly.

Od 3. fáze léčby pacient obvykle přijímá sám sebe. I přesto dochází ve 4. fázi k dalšímu **nárůstu a prohloubení tohoto sebepřijetí**. Hlubší sebepřijetí ve 4. fázi léčby pramení z:

- pocitu pacienta, že sám sebe dobře zná
- respektu k sobě
- přesvědčení pacienta, že ví, co do sebe může očekávat
- kontaktu s vnitřním zdrojem síly
- pacientovy reflexe výrazné osobnostní proměny

**Sebepřijetí** pacientů mívá ve 4. fázi **trvalejší a stabilnější charakter** než v předchozích fázích léčby, zejména z toho důvodu, že stojí na důkladné znalosti sebe sama.

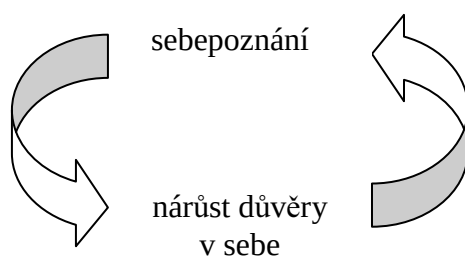
V souvislosti se sebepřijetím v této fázi pozorujeme u některých pacientů **projevy sebelítosti**, které navazují na proces odpuštění si ve 3. fázi léčby. Odpuštění sobě samotnému dovolilo pacientům pocítit lásku k sobě a optikou tohoto soucitu se sebou samotným pohlédnout na události v minulosti. Tento pohled pak vedl k lítosti na tím, co se pacientovi v životě odehrálo a nad utrpením, kterým prošel.

Na konci léčby **má** tedy **pacient sám k sobě pozitivní vztah**. Důvěřuje svým schopnostem, je subjektivně přesvědčen, že je schopný zvládat nároky života a abstinovat o drog. Je v kontaktu sám se sebou, dovede reflektovat, co se v něm odehrává.

## **Sebepoznání**

Nejdůležitějším prvkem léčby v souvislosti s procesem formování vztahu k sobě je sebepoznání. Sebepoznání má za následek nárůst důvěry v sebe a nárůst sebepřijetí. Tento nárůst důvěry v sebe a sebepřijetí potom evokuje další touhu po sebepoznání. Vzniká tak

jakýsi cyklus, který vede k stále hlubšímu sebepoznání a budování stabilní důvěry v sebe stojící na pevných základech realistického pohledu na sebe samého.



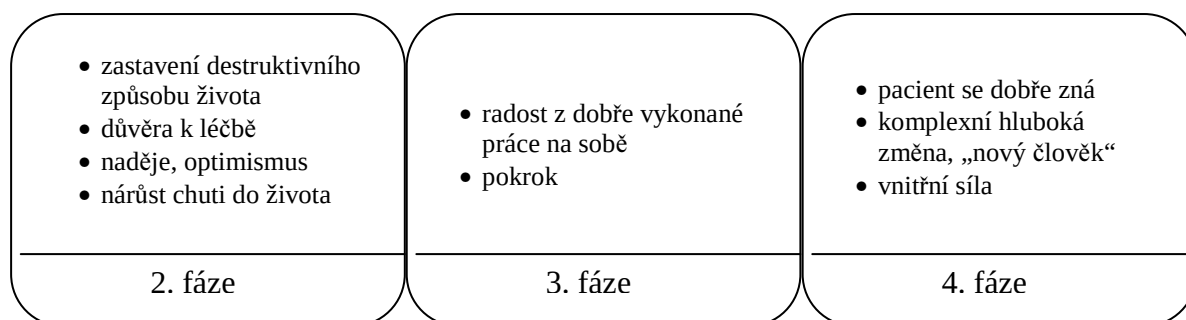
Obr. č. 27: Reciproční vliv sebepoznání a nárůstu důvěry v sebe.

K sebepoznání dochází v přímé souvislosti s užíváním rostlin, zejména pak s účastí na ayahuaskových sezeních a pobytem na dietě.

## Sebepřijetí

Nezbytným předpokladem kladného vztahu k sobě je sebepřijetí. Stav sebepřijetí v procesu léčby v Takiwasi není u pacientů definitivní, může mít různé zdroje, mechanismy a hloubku.

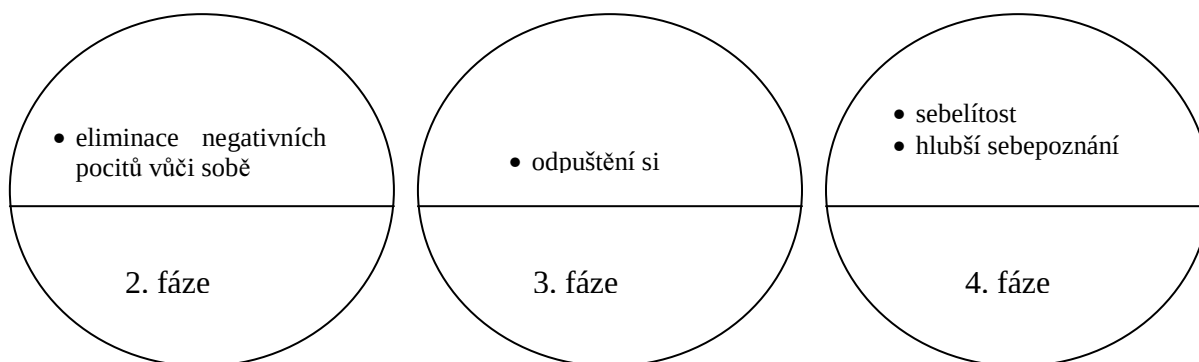
**Zdroje** nárůstu **sebepřijetí se** v průběhu léčby vyvíjejí od více povrchních, krátkodobých, indikovaných zvenku a ovlivněných vnějšími okolnostmi po hluboké, trvalé a vnitřní. Jejich konkrétní formy zobrazuje následující schéma:



Obr. č. 28: Zdroj sebepřijetí pacientů.

U pacientů také nacházíme v různých fázích léčby různé **mechanismy sebepřijetí**, tedy mechanismy, kterým ke zvýšenému přijímání sebe došlo (je zde tedy na rozdíl od zdrojů sebepřijetí nutná aktivita pacienta). I tyto mechanismy prochází v průběhu léčby určitým vývojem - od pouhé eliminace negativních postojů vůči sobě, přes odpuštění a sebelítost, po

lásku k sobě a zralé přijetí sebe se svými pozitivy i negativy (tedy spojené se znalostí vlastní osoby).



Obr. č. 29: Mechanismy sebepřijetí pacientů.

## Organizace léčby v Takiwasi a formování vztahu k sobě

Organizace léčby v Takiwasi poskytuje **vhodné podmínky** k procesu formování pacientova vztahu k sobě samému a tento **proces výrazně facilituje**. Vytváří **bezpečné prostředí** k tomu, aby se pacient sám sobě otevřel a začal se poznávat. Všichni pacienti v tomto směru během léčby činí výrazné pokroky – od neznalosti sebe a negativního vztahu k sobě po důkladnou znalost sebe sama, důvěru ve vlastní schopnosti, sebepřijetí a rozvinutou schopnost sebereflexe a introspekce. Dochází tedy k výrazným pozitivním změnám ve všech třech oblastech roviny Self jako subjektu (charakterizované Rogeresem a Cakirpaloglu) – v sebehodnocení, sebereflexi i sebeúctě.

K těmto pozitivním změnám přispívají všechny základní pilíře léčby v Takiwasi, které se vzájemně se doplňují a podporují. Pacienti subjektivně hodnotí jako v tomto směru nejprínosnější pobyty na dietě, ayahuasková sezení a soužití s ostatními pacienty.

## Užívání rostlin

Nejdůležitějším prvkem léčby je užívání rostlin. Rostliny bývají v Takiwasi užívány zejména ve třech formách<sup>40</sup> – během ayahuaskových sezení, během pobytů na dietě a během purgativních sezení. Pacienti mají k rostlinám a jejich užívání **velkou důvěru**. Užívání rostlin

<sup>40</sup> Kromě těchto základních třech forem bývají v Takiwasi individuálně užívány také rostliny např. při zdravotních potížích, jako součást masáží a očistných koupelí nebo jako tzv. „*planta de contención*“ (rostlina, jejíž výluh se po nějakou dobu, obvykle týden, užívá pravidelně před spaním s cílem ovlivnit snovou činnost pacienta nebo některé jeho osobnostní charakteristiky).

slouží zejména **k sebepoznání**. Dále umožňuje **uvolnit některé potlačované emoce, navázat kontakt s tělem, vytvořit pozitivnější vztah se sebou** (např. popisované zážitky lásky k sobě během ayahuaskových sezení), **najít vnitřní zdroje síly a zvýšit důvěru v sebe**.

Užívání rostlin mají pacienti spojené se **silným respektem**, který v některých případech může přerůstat ve strach. Pacienti se někdy bojí, s jakými obsahy a pocity se (hl. na ayahuaskových sezeních nebo dietách) setkají. Vědí, že před těmito obsahy nemohou uniknout, zastavit je nebo jinak ovlivnit a že jsou nuceni je pozorovat, případně se s nimi konfrontovat, což někdy bývá nepříjemné a náročné. Výjimkou nejsou ani zážitky ztráty kontroly nebo symbolické smrti (během ayahuaskových sezení).

### Ayahuasková sezení

Ayahuasková sezení jsou pro respondenty **klíčovým nástrojem sebepoznávání**. Toto sebepoznání se odehrává zejména prostřednictvím vizí, tělesných vjemů, pocitů, myšlenek, vhlédů a rozvzpomínání se. Důležitou zkušeností, ke které během ayahuaskových sezení dochází, je **odkrývání zapomenutých vzpomínek**, jejich znovuprožívání a pochopení jejich souvislostí s aktuálními pocity a chováním. Tato zkušenost se týká například znovuprožití situací spojených s konzumací drog. Během ayahuaskových sezení dále dochází k **vyplavování (potlačených) emocí**. Konfrontace s těmito emocemi pomáhá jejich zpracování a následnému zlepšení vztahu k sobě a nárůstu sebedůvěry (spojenému se zkušeností, že pacient dovedl emoce, kterých se dříve obával, snést a vydržet).

Dalším důležitým jevem pozorovaným během ayahuaskových sezení je **konfrontace s negativní stránkou sebe**. Součástí této konfrontace bývá i zkušenost „boje s drogou“ (v metaforické podobě), konfrontace se sebedestruktivními tendencemi nebo zpětná vazba o aktuálním chování v terapeutické komunitě.

Kromě těchto mechanismů dochází během ayahuaskových sezení také k dalším fenoménům, jako např. k **uvědomění si svých potřeb, sycení některých potřeb, navázání kontaktu s tělem, získávání náhledu a vhledu do situace, silný pocit bezpečí, pocity sounáležitosti** aj. Často pozorovaným a pro pacienty velmi důležitým jevem je také **pocit očisty na všech úrovních** – tělesné, psychické i duchovní.

Ayahuasková sezení jsou také spojená s **rozvojem spirituality** pacientů. Dochází během nich k zážitkům navázání kontaktu s „duchovním světem“, k hlubokým spirituálním zkušenostem nebo k uvědomění si potřeby rozvíjet spirituální složku své osobnosti.

## Diety

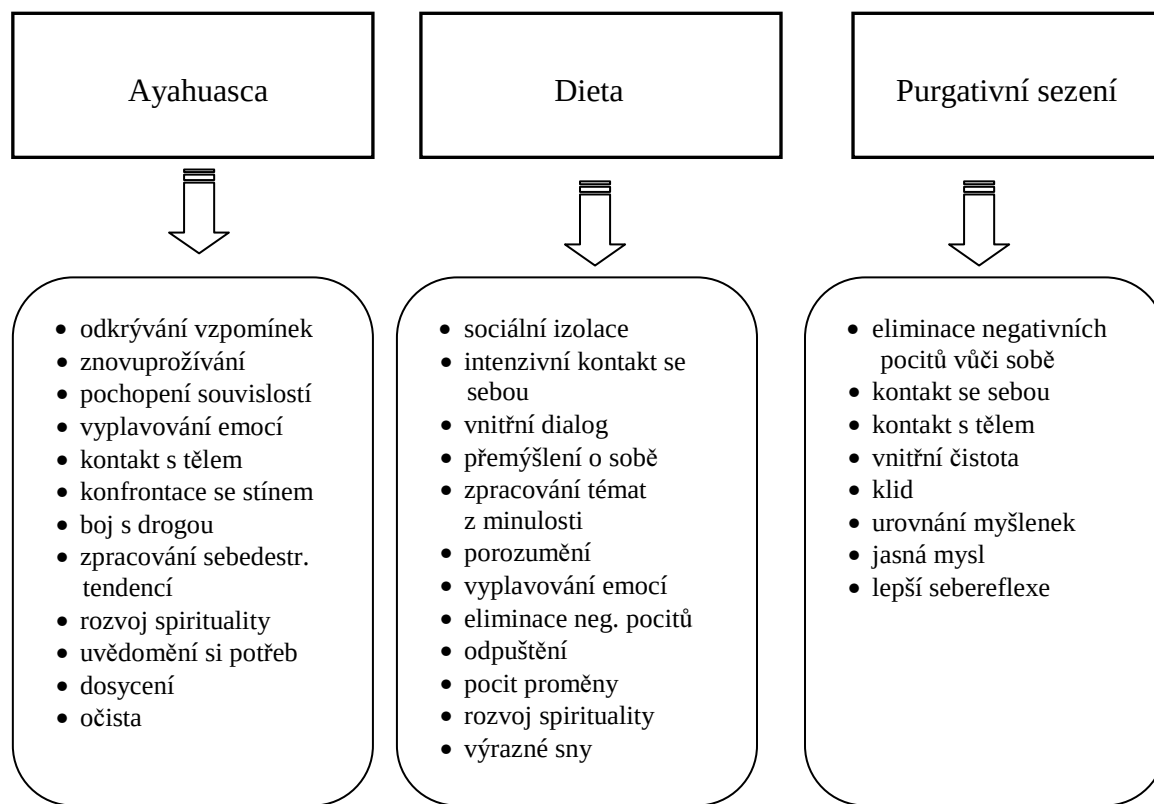
Pobyt na dietě je pro všechny pacienty jedním z nejdůležitějších prvků léčby. Význam diet spočívá zejména v **opuštění každodenního života** v komunitě a v **sociální izolaci**, navíc podpořené **užíváním rostlin s mírným psychoaktivním účinkem**.

Pobyt na dietě umožňuje být v **intenzivním kontaktu se sebou**, vést se sebou vnitřní dialog, přemýšlet o sobě a událostech, ke kterým došlo během léčby, a tyto události zpracovat. Pacienti se během pobytu na dietě intenzivně zabývají **tématy z jejich minulosti** a dochází u nich k pochopení souvislostí těchto událostí s jejich chováním a prožíváním. V souvislosti s minulostí řeší pacienti také téma odpuštění lidem, kteří jim v minulosti ublížili. Dochází k **silnému prožívání emocí** (často strachu, hněvu, smutku) s jejich následným zpracováním (vyrovnáním se s nimi nebo eliminací). Popisovány jsou také významné **spirituální zážitky**. Někteří pacienti se z pobytu na dietě vracejí se subjektivním pocitem proměny (jako „nový“ člověk).

## Purgativní sezení

Význam purgativních sezení pro proces formování vztahu k sobě není na první pohled tolik patrný jako v předchozích bodech, i přesto zde však k několika významným mechanismům dochází. Těmito mechanismy jsou zejména **eliminace negativních pocitů** (vůči druhým a především vůči sobě) prostřednictvím zvracení napomáhající sebepřijetí pacienta, dále **kontakt se sebou, kontakt s tělem** (zejména díky nepříjemným tělesným pocitům, které celý proces doprovázejí), **pocit vnitřní čistoty** (tělesné i psychické), **pocity klidu a pohody, urovnání myšlenek a jasná mysl**. Tyto zkušenosti pacientům umožňují lépe se na sebe soustředit, reflektovat své pocity a myšlenky a přinášejí jim pocit, že je jim se sebou samým dobře.

Užívání rostlin v léčbě a jeho prvky mající vliv na formování pacientova vztahu k sobě samému shrnuje následující schéma:



Obr. č. 30: Užívání rostlin – prvky mající vliv na proces formování vztahu k sobě.

## Psychoterapeutická komunita

Organizace léčby jakožto psychoterapeutické komunity výrazně napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému. Pro pacienty významné je zejména **soužití s ostatními pacienty**, které je náročné a frustrující a díky kterému pacienti získávají zpětnou vazbu o svém chování, jsou sociálním tlakem nuceni ke změně, učí se kontrolovat své chování a vypořádávat se s frustrací, zažívají pocity přijetí, přátelství a sounáležitosti, učí se důvěřovat druhým, více se otevřít a sdílet s druhými své zkušenosti a pocity včetně negativních.

Velmi důležitá je také **možnost aplikovat během společného soužití do praxe to, co se pacienti během ayahuaskových sezení o sobě dozvěděli a naučili**. V komunitě se pacienti dále učí novým vzorcům chování, efektivní komunikaci (včetně naslouchání druhým) a stanovování hranic. Novou a důležitou zkušeností je pro pacienty zážitek, že se mohou s druhými bavit i bez drog.

Dalšími významnými prvky terapeutické komunity jsou **práce v centru** (napomáhá posílení sebevědomí a důvěry ve vlastní schopnosti), některé **rituály, pozitivní mužské vzory** (vliv na formování mužské identity) a **proces znovu-začleňování do společnosti** (stanovování hranic, větší otevřenost druhým, zvýšení sebedůvěry). Důležitá pro proces formování vztahu k sobě jsou i **pravidla centra**. Zkušenost pacientů s tím, že jsou schopni dodržet tato pravidla, která jsou pro mnohé z nich velmi frustrující, posiluje jejich sebedůvěru, zlepšuje jejich pohled na sebe a v některých případech má za následek přenesení poctivosti a upřímnosti ve vztahu k druhým do vztahu k sobě. Velmi přínosná pro formování vztahu k sobě je také zkušenost pacientů s tím, že **léčbu absolvovali až do konce**. Mnohdy se jedná o první předsevzetí v jejich životě, které dokončili, a tato zkušenost vede k výraznému posílení jejich důvěry ve vlastní schopnosti.

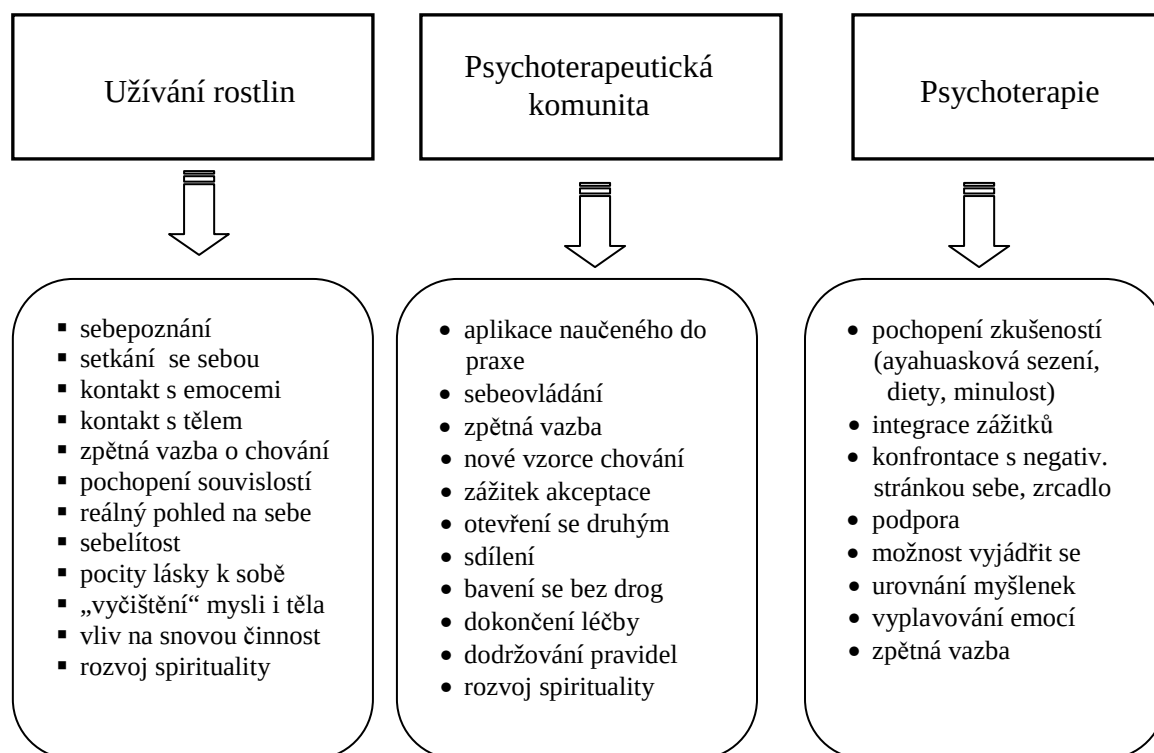
## Psychoterapie

Význam psychoterapie pro formování vztahu k sobě není pacientům příliš zřetelný – není tak jasně pozorovatelný jako silné a mimořádné zážitky z ayahuaskových sezení nebo z pobytů na dietě. Ačkoliv i během psychoterapie dochází k vhledům, uvolňování emocí, konfrontací s negativní stránkou atd., její význam spočívá zejména v tom, že **poskytuje rámec celé práci na sobě**.

Psychoterapie umožňuje **pacientům pochopit jejich zážitky z ayahuaskových sezení, zařadit je do kontextu jejich života a procesu léčby a integrovat je**. Slouží jako rámec, do kterého mohou pacienti zasazovat střípky svých jednotlivých zkušeností. Napomáhá tomu, aby vize a jejich obsahy nezůstaly pouhým „oslňujícím divadelním představením“ či mimořádným zážitkem, ale aby si pacient jasně uvědomil jejich vztaženost k jeho životu a především k vnitřnímu duševnímu světu. Psychoterapeut také motivuje pacienta, aby tyto zkušenosti spojil se svým reálným životem a aplikoval je do něho, tedy aby nezůstávaly na úrovni myšlenek a slov a byly převedeny v činy. Také koriguje některá případná nedorozumění spojená se zážitky z ayahuaskových sezení (např. pocity mimořádných schopností, paranoii, aj.).

Psychoterapie pacientům **poskytuje podporu** (setrvat v léčbě, zkoušet nové způsoby chování, řešit konflikty, zmírnit strach z účasti na dietě nebo ayahuaskových sezení aj.), **možnost vyjádřit se, urovnat si myšlenky, sdílet nepříjemné životní zkušenosti, ventilovat emoce**.

Hlavní prvky léčby v Takiwasi a jejich význam pro formování pacientova vztahu k sobě samému shrnuje níže uvedené schéma.



Obr. č. 31: Prvky léčby v Takiwasi mající vliv na proces formování vztahu k sobě.

Kromě výše popsaných faktorů mají na proces formování pacientova vztahu k sobě samému vliv i další faktory:

- g) **pozitivní mužské vzory** v Takiwasi (curanderos, psychoterapeuti, pacienti)
- h) **detoxikace** – díky ní je pacient schopen introspekce a může se v sobě orientovat
- i) možnost **legitimním způsobem pracovat se změněnými stavy vědomí**

## 10.1 Diskuze nad výslednou teorií

V této části práce chceme diskutovat nad vytvořenou teorií a propojit ji s některými teoretickými poznatky a výzkumnými zjištěními. Diskuze nad metodologickou stránkou jednotlivých částí výzkumu jsou uvedeny v předchozích kapitolách (viz. kap. 7.5, 8.6 a 9.6).

Nejprve je třeba upozornit, že zjištěné poznatky mají své limity a lze je zobecňovat pouze s velkou opatrností. Hlavní riziko představují dva fakty. Za prvé – jedná se o subjektivní pohled pacientů. Do výzkumu nebyl zahrnut pohled ostatních pacientů na zkoumaného pacienta, psychologů ani jiných zaměstnanců Takiwasi. I samotný výzkumník se pokoušel (v



rámci jeho možností) oprostít se subjektivního pohledu a držet se čistě výroků pacientů. Navíc naše data vypovídají pouze o tom, co pacienti explicitně vyjádřili. Nemáme tedy informaci o jevech, o kterých pacienti hovořit nechtěli nebo si je dokonce ani sami nepřipouštěli. Na druhou stranu je třeba argumentovat tím, že vztah k sobě nelze zkoumat jinak než za pomoci metody introspekce a následného zprostředkování poznatků touto metodou získaných druhým (Výrost, Slaměník, 1997). Ačkoliv by bylo možné vycházet také např. z pozorování pacienta, tyto výsledky by byly již výrazně zkresleny jejich interpretací výzkumníkem. Navíc, jak uvádí Baštecká (2003), pro pacienta a jeho zdraví, je významnější to, jak se subjektivně cítí, než to, jaký je objektivně jeho skutečný stav. I přesto však můžeme polemizovat nad tím, zda se vztah pacientů k sobě skutečně zlepšil, či zda o tomto zlepšení byli pouze subjektivně přesvědčeni. Odpověď na tuto otázku lze najít mimo jiné dlouhodobým sledováním pacientů po ukončení léčby. Výzkumník byl v kontaktu se 4 z 5 pacientů, respondentů případových studií. Z výpovědí těchto pacientů byl pozitivní vztah k sobě patrný ještě po 1,5 roce od ukončení léčby. Můžeme tedy usuzovat na to, že se v případě těchto pacientů jedná o efekt dlouhodobý.

Druhým výrazným limitem výzkumu je fakt, že byl zaměřen na pacienty, kteří zůstali dlouhodobě v léčbě (minimálně 6 měsíců). Neposkytuje tedy informace o tom, jakým procesem procházejí pacienti, kteří se rozhodnou léčbu opustit, případně pro které pacienty není léčba vhodná.

Mezi faktory, které validitu výzkumu naopak zvyšovaly, můžeme zařadit triangulaci výzkumných metod (3 roviny výzkumu, 3 druhy metod), různorodost výzkumného vzorku (různé národnosti, různé druhy závislosti, různé zkušenosti z předchozí léčbou), dlouhodobý pobyt výzkumníka ve zkoumaném terénu (opakovaná dlouhodobá výzkumná stáž, kontakt s pacienty po celou dobu léčby, dobré vztahy s personálem Takiwasi) a také osobní zkušenost výzkumníka se zkoumaným jevem. Připravenost výzkumníka hodnotitelná prostřednictvím posouzení jeho teoretické vybavenosti, praktických dovedností a osobní zralosti považuje Miovský (2006) za jeden z prvků, který pozitivně ovlivňuje validitu výzkumu.

Z výsledků je patrné, že v průběhu léčby dochází kontinuálně ke zlepšování pacientova vztahu k sobě. Na počátku léčby je jeho vztah k sobě negativní. Toto zjištění odpovídá obecným poznatkům o léčbě drogově závislých - Kalina (2008) hovoří o tom, že nízké sebevědomí (zejména na začátku léčby) je jedním z nejčastějších problémů klientů v léčbě. Ve druhé fázi se vztah začíná zlepšovat a od fáze třetí k sobě mají pacienti pozitivní vztah. Na konci léčby spadá většina pacientů do kategorie, kterou Smékal (1989) nazývá „jedinci se

zdravě formovaným sebevědomím“ – jedná se tedy o osoby, jejichž sebeobraz je v souladu s realitou, jejichž sebevědomí není závislé na dané situaci nebo referenční skupině a kteří vědí, co chtějí. Další ze změn ve vztahu k sobě, ke které v průběhu léčby v Takiwasi u pacientů dochází, je změna zdrojů sebepřijetí od více povrchních, krátkodobých, indikovaných zvenku a ovlivněných vnějšími okolnostmi po hluboké, trvalé a vnitřní. Můžeme tedy říci, že dochází k přesunutí místa umístění vlivu (*locus od control*) v Rotterově pojetí (Baštecká, Goldmann, 2001).

Tyto změny vztahu k sobě svědčí o psychoterapeutickém efektu léčby v Takiwasi. Jak uvádí Rogers (in Cakirpaloglu, 2012), přijetí sebe sama je jedním z cílů a východisek terapie. Při úspěšné terapii počet negativních postojů vůči sobě klesá a počet kladných postojů naopak roste. Tato tendence (nárůst počtu pozitivních výroků o sobě a pokles počtu negativních výroků o sobě v průběhu léčby) je patrná i z kvantitativní analýzy spisů bývalých pacientů. Rogers (Ibid.) dále uvádí, že při úspěšné terapii klient nejen, že sebe samotného akceptuje takového, jaký je, ale dokonce začíná sám sebe milovat. Lásku k sobě pozorujeme ve výpovědích pacientů od třetí fáze léčby. Zlepšení vztahu k sobě je velmi důležitým přínosem pro zdraví pacienta a jeho duševní pohodu. Důvěra ve vlastní schopnosti (*self-efficacy*) a pocit zodpovědnosti za svůj život patří mezi hlavní salutoprotektivní činitele (Baštecká a kol., 2003). Negativní vztah k sobě souvisí s depresivitou (Blatný, 2010, Chen, 2010), která bývá dávána do přímé souvislosti se závislostí na drogách nebo alkoholu (např. Kalina, 2008).

Obsahovou analýzou byly určeny dvě pacienty nejčastěji uváděné kategorie vztahu k sobě - důvěra v sebe (a své schopnosti) a sebepřijetí. Zajímavé je, že tato zjištění potvrzují teoretický konstrukt Tafarodiho a Swanna (1995), kteří popisují dvě dimenze sebehodnocení – kompetentnost (*self-competence*) a sebepřijetí (*self-liking*).

Klíčovým faktorem ovlivňujícím proces formování pacientova vztahu k sobě je sebepoznání. Sebepoznání pacientů po celou dobu léčby kontinuálně narůstalo - na konci léčby měl pacient jasno v tom, „kým je“ a co od sebe může očekávat. Jasně vymezené sebepojetí, které je vnitřně konzistentní a relativně stabilní, spojuje s pozitivním vztahem k sobě i teoretické koncepte (Výrost, Slaměník, 1997). Tento nárůst sebepoznání v průběhu léčby není ničím překvapivým. Psychoterapeutická léčba by měla být na sebepoznání a zvědomování založena. Zvyšování vědomí o sobě samém je jedním ze základních terapeutických procesů změny (Prochaska, Norcross, 1999). V čem se léčba v Takiwasi od jiných forem léčby odlišuje, je intenzita a míra sebepoznání, ke kterému zde dochází. Domníváme se, že sebepoznání v Takiwasi je intenzivnější a hlubší, než tomu bývá při léčbě v terapeutické komunitě našeho

typu – kromě běžného sebepoznání v rámci psychoterapie a soužití s ostatními pacienty je tento proces navíc obohacen o silné zážitky spojené s užíváním rostlin a je těmito zkušenostmi facilitován.

Ukázalo se, že organizace léčby v Takiwasi poskytuje vhodné podmínky k formování pacientova vztahu k sobě a že tento proces výrazně podporuje. Není možné vyčerpávajícím způsobem identifikovat všechny faktory, které se na této změně podílí, nebo sestavit jejich hierarchii od nejvlivnějších po nejméně podstatné - léčba je účinná jako celek a její jednotlivé prvky se vzájemně doplňují a podporují. Důležitý je již samotný rámec celé léčby (pobyt v přírodě, mimo naši civilizaci, užívání rostlin a přírodních látek), který má na proces léčby také výrazný vliv.

Účinné faktory vyplývající z organizace léčby jakožto terapeutické komunity korespondují s faktory, které uvádí Kalina (2008b) – sounáležitost, bezpečí, otevřenost, živé učení a zmocnění. Z léčebných faktorů terapeutické komunity Kooymana (1992) určených Hrubým (2004, in Kalina, 2008b) jako nejvíce pomáhající byly ve výpovědích pacientů Takiwasi identifikovány všechny (učení se prostřednictvím krizí, bezpečné prostředí pro růst, učení se porozumět emocím a vyjadřovat je, zlepšení vztahů s původní rodinou, zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot, sociální učení prostřednictvím sociální interakce, zodpovědnost rezidentů za jejich chování).

Psychoterapie je důležitá zejména jakožto rámec celé práce – umožňuje pacientům pochopit jejich zážitky spojené s užíváním rostlin, zařadit je do kontextu jejich života a procesu léčby a integrovat je. Kromě toho plní další běžně uváděné role (Yalom, 1999, Kratochvíl, 2005).

Kromě těchto prvků léčby, známých i z terapeutických komunit v České republice, je významným prvkem léčby v Takiwasi užívání rostlin. Pacienti mají k užívání rostlin velkou důvěru a jsou subjektivně přesvědčení o vysoké účinnosti tohoto prvku léčby. Často se jedná o důvod, proč do léčby v Takiwasi nastoupili. Toto přesvědčení (vysoká důvěra v léčbu s využitím rostlin) může být jedním z faktorů, které mají vliv na její úspěšnost – dle Prochasky a Norcrosse (1999) lze polovinu psychoterapeutického úspěchu vztáhnout na skutečnost, že léčitel a pacient silně věří v účinnost léčby.

Jedním z hlavních jedinečných přínosů tohoto prvku léčby (užívání rostlin) je to, že pacienta přivádí k velmi intenzivnímu a dlouhou dobu trvajícímu kontaktu se sebou. Narozdíl od podobné zkušenosti např. během spánku je pacient během ayahuaskových sezení (případně diety) po celou dobu bdělý a všechny zážitky si pamatuje. Často během nich dochází k nucené intenzivní konfrontaci s negativní stránkou sebe, aniž by měl pacient možnost před touto

konfrontací utéci, „zavřít oči“ nebo ji jiným způsobem ignorovat. Intenzita prožitku vede k tomu, že informaci, kterou o sobě získá, považuje za významnou a relevantní a nebrání se jejímu přijetí tolik, jako kdyby mu byla poskytnuta např. formou zpětné vazby od ostatních osob.

Kromě těchto prvků léčby byly identifikovány další tři významné faktory – pozitivní mužské vzory, detoxikace a možnost pracovat legitimním způsobem se změněnými stavy vědomí. Zatímco první dva z těchto faktorů (pozitivní mužské vzory a detoxikace) bývají při léčbě drogově závislých brány v potaz, třetí faktor (možnost legitimně pracovat se změněnými stavy vědomí) je v naší kultuře obvykle přehlížen a ignorován. Dle Mabita (ústní sdělení, 2010) je třeba zamyslet se nad otázkou, proč tyto osoby zvolily k „řešení“ svých problémů právě cestu měnění svých stavů vědomí za pomocí drog. Jak upozorňují někteří autoři (např. Furst, 1996, Mabit, 2001a), může se jednat o přirozenou potřebu, která je však uspokojována špatným způsobem. Jednou z možností, jak tuto situaci řešit (aplikovanou v našich podmínkách), je přimět pacienty k negaci této potřeby, případně jim nabídnout jiné alternativy. Dalším možným způsobem (aplikovaným v Takiwasi) je poskytnout pacientům vhodné podmínky a vedení a naučit je pracovat se změněnými stavy vědomí správným způsobem (tedy za dodržení pravidel, pod vedením, vycházející z uceleného konceptu a rámce celé zkušenosti, integrující „viděné“ a aplikující „naučené“ do každodenního života).

Můžeme konstatovat, že centrum Takiwasi poskytuje všechny formy léčebného působení tak, jak je popisuje Kudrle (2003) (zastavení se, odpoutání se od prostředí, které umožňovalo žít závislým způsobem života, pohled na minulost, konfrontace se svým chováním v minulosti, přijetí zodpovědnosti za svůj život, náhled na abúzus návykové látky, kontaktování se s emocemi, vyjasnění vztahů s důležitými lidmi a s lidmi v okolí, hledání smyslu života a životních hodnot, hledání vztahu k vyššímu ideálu, aj.).

Pokud vezmeme v úvahu kritéria příznivého výsledku léčby uvedená Kalinou (2008) (snížení užívání drog, snížení kriminality, zlepšení psychického stavu a zvýšená sociální integrovanost), informace o stavu respondentů případových studií nasvědčují tomu, že minimálně v případě 4 z celkových 5 (o jednom nemáme informace) byla léčba v Takiwasi úspěšná.

## 11. Závěr

Disertační práce se zabývá léčbou v centru Takiwasi a jejím vlivem na formování vztahu k sobě samému. Jejím cílem bylo zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí. Práce byla koncipována jako zakotvená teorie postavená na kvalitativně-quantitativním výzkumu. Tento výzkum kombinoval na různých úrovních různé výzkumné metody - dotazníkové šetření (Rosenbergova škála sebehodnocení, sémantický diferenciál, N=17), obsahovou analýzu spisů bývalých pacientů (N=84) a případové studie (N=5). Platnost výsledků dotazníkového šetření byla velmi omezená (zejména z důvodu nízkého počtu respondentů) a dalo se z nich pouze usuzovat na určitou tendenci v souvislosti s formováním pacientova vztahu k sobě. Obsahová analýza již přinesla přesnější a konkrétnější zjištění, na jejichž základě byly formulovány teoretické předpoklady. Tyto předpoklady byly následně ověřovány na případových studiích. Výzkum přinesl zjištění, která nám umožnila formulovat teorii o tom, jak se v centru Takiwasi vyvíjí pacientův vztah k sobě a s jakými faktory tento proces souvisí. Podařilo se identifikovat procesy odehrávající se v jednotlivých fázích léčby a prvky léčby, které mají na proces formování vztahu k sobě významný vliv.

Výzkum prokázal, že v průběhu léčby dochází kontinuálně ke zlepšování pacientova vztahu k sobě. Na počátku léčby je jeho vztah k sobě negativní, ve druhé fázi se vztah začíná zlepšovat a od fáze třetí k sobě mají pacienti pozitivní vztah – mají se rádi, důvěřují si a dobře se znají. Dále dochází ke změně zdrojů sebepřijetí od více povrchních, krátkodobých, indikovaných zvenku a ovlivněných vnějšími okolnostmi po hluboké, trvalé a vnitřní. Klíčovým faktorem ovlivňujícím proces formování pacientova vztahu k sobě je sebepoznání. Sebepoznání pacientů po celou dobu léčby kontinuálně narůstá - na konci léčby má pacient jasno v tom, „kým je“ a co od sebe může očekávat.

Ukázalo se, že organizace léčby v Takiwasi poskytuje vhodné podmínky k formování pacientova vztahu k sobě a že tento proces výrazně podporuje. Není možné vyčerpávajícím způsobem identifikovat všechny faktory, které se na této změně podílí, nebo sestavit jejich hierarchii od nejvlivnějších po nejméně podstatné - léčba je účinná jako celek a její jednotlivé prvky se vzájemně doplňují a podporují. Z prvků psychoterapeutické komunity se jedná zejména o aplikaci naučeného do praxe, učení se sebeovládání, zpětnou vazbu, učení se novým vzorcům chování, zážitek akceptace a přijetí, otevření se druhým, sdílení, bavení se bez drog, dodržování pravidel, rozvoj spirituality a dokončení léčby. Psychoterapie poskytuje rámec celé zkušenosti a jejími prvky podstatnými pro proces formování vztahu k sobě jsou

pochopení zkušeností spojených s užíváním rostlin, integrace zážitků, konfrontace s negativní stránkou sebe, podpora, možnost vyjádřit se, urovnání myšlenek, vyplavování emocí a zpětná vazba. Užívání rostlin je nejdůležitějším pilířem léčby a slouží zejména k sebepoznávání. Umožňuje intenzivní setkání se sebou. Dalšími podstatnými prvky užívání rostlin jsou kontakt s emocemi, kontakt s tělem, zpětná vazba o svém chování, pochopení souvislostí, reálný pohled na sebe, sebelítost, pocity lásky k sobě, „vyčištění“ mysli a těla, vliv na snovou činnost a rozvoj spirituality. Kromě těchto prvků léčby byly identifikovány další tři významné faktory – pozitivní mužské vzory, detoxikace a možnost pracovat legitimním způsobem se změněnými stavy vědomí.

Zjištěné poznatky mají své limity a lze je zobecňovat pouze s opatrností. Hlavní riziko představují dvě omezení – fakt, že se jedná o subjektivní pohled pacientů a zaměření výzkumu pouze na pacienty, kteří zůstali dlouhodobě v léčbě.

I přes tato omezení je patrné, že je léčba v Takiwasi pro proces formování vztahu k sobě velmi přínosná a dochází zde k hlubokým změnám. Ačkoliv není možné přenést kompletně tento systém léčby do našich podmínek, jistě pro nás může být obohacující a inspirativní. Užívání halucinogenů v léčbě se stalo obávaným a téměř tabuizovaným fenoménem. Takiwasi je však důkazem toho, že pokud jsou tyto látky užívány správným způsobem (ritualizovaně, vycházejíce z tradiční ucelené koncepce, za dodržení pravidel, pod vedením, atd.), může jít o bezpečný a velmi přínosný nástroj léčby a sebepoznávání. Jedná se o fenomén, který by si zasloužil větší odbornou pozornost.

## 12. Souhrn

Práce se zabývá léčbou v centru Takiwasi a jejím vlivem na proces formování pacientova vztahu k sobě. Centrum Takiwasi je terapeutická komunita zaměřená na léčbu drogových závislostí, která vznikla v roce 1992 v Tarapotu, stotisícovém městě nacházejícím se na okraji peruánské Amazonie. Koncept léčby v Takiwasi propojuje dvě základní východiska – amazonské tradiční léčitelství (šamanismus, curanderismus) a současnou psychoterapii, a to jak ve svém teoretickém východisku, tak i v praktikách, které jsou zde k léčbě drogově závislých užívány. Obě paradigmaty mají v modelu léčby rovnocenné a nenahraditelné postavení, vzájemně se doplňují a jsou po celou dobu léčby úzce provázána.

Tradiční medicína Jižní Ameriky spadá do oblasti, kterou nejčastěji nazýváme pojmem šamanismus nebo curanderismus. Existuje mnoho pojetí tohoto jevu, v naší disertační práci jej chápeme jako učení a vědění domorodých národů, respektive jako učení domorodých kmenů peruánské Amazonie. WHO (2000) definuje tradiční medicínu jako souhrn znalostí, dovedností a praktik založených na teoriích, přesvědčeních a zkušenostech pocházejících z různých kultur, které jsou vysvětlitelné či nikoliv a slouží k udržování zdraví, prevenci, diagnostice, zlepšení či léčbě fyzických a psychických onemocnění. Tradiční medicína Jižní Ameriky využívá k diagnostice a léčbě nemocí lokální rostlinné zdroje (Llamazares, Sarasola, 2003). Tyto rostliny jsou v pojetí amazonského šamanismu chápány jako „duchové-učitelé“ a je jim přisuzována schopnost „učit“ osoby, které je užívají, zejména prostřednictvím změněných stavů vědomí (Aedo, 2009).

Tradiční medicína je v Peru stále ještě živým a užívaným přístupem. V 70. letech OSN vypracovala a přijala definici tradiční medicíny a navrhla mechanismy, jakým způsobem tento přístup začlenit do systému veřejného zdravotnictví. Od té doby se na tuto problematiku (roli tradiční medicíny v komunitním zdravotnickém systému) zaměřilo mnoho rozvojových programů (Sieber, 2007). V Peru, kde žije více než 20 milionů obyvatel, najdeme méně než 250 psychiatrů (z čehož je většina soustředěná do velkých měst jako Lima a Arequipa) oproti tisícům curanderos<sup>41</sup> (Dobkin de Rios, Rumrill, 2008).

Centrum Takiwasi založil v roce 1992 francouzský lékař Jacques Mabit po mnoha letech výzkumu a vzdělávání se v problematice tradiční amazonské medicíny (Cárcamo, Obreque, 2008). Jednalo se o výzkumný projekt finančně podpořený francouzskou vládou a Evropskou unií (Mabit, 1992), který si kladl několik cílů. Tím hlavním byl výzkum tradiční medicíny a

---

<sup>41</sup> *curandero* – léčitel, šaman, praktik tradiční amazonské medicíny

její možné aplikace, zejména na oblast drogové závislosti. To vše se souhlasem peruánské vlády, Ministerstva zdravotnictví, organizace Contradrogas a Mezinárodního institutu tradiční medicíny a v souladu s právními předpisy země, kde je užívání ayahuasky naprosto legální (El Peruano, 2008, July) i společensky akceptované (Mabit, Giove, Vega, 1996, Mabit, 2001a).

Léčba v centru Takiwasi probíhá interní formou. Pacienti, maximálně 15, zde pobývají po dobu 9-12 měsíců a způsob jejich soužití je organizován zásadami terapeutické komunity. Interní forma léčby je určena pouze mužům s diagnózou závislosti na psychoaktivních látkách. Mimo to centrum Takiwasi nabízí také formu ambulantní. Ta je určena pro širokou veřejnost – muže i ženy, bez předem definovaného okruhu obtíží. Docházejí sem na terapii i děti a adolescenti, probíhá zde i terapie rodinná.

Koncept léčby v Takiwasi je postaven na třech pilířích, které jsou v interakci a vzájemně se vyživují a doplňují – život v terapeutické komunitě, psychoterapie a užívání rostlin. Obsahy, které pacienti získají prostřednictvím zkušeností s užíváním rostlin, jsou zpracovávány pomocí psychoterapie a integrovány do každodenního života v komunitě (Aedo, 2009). Život v komunitě a podněty z psychoterapie zase naopak přinášejí patřičný materiál do práce s rostlinami nebo jsou podkladem pro „předepsání“ konkrétní rostliny pacientovi (Cárcamo, Obreque, 2008). Tak z těchto tří elementů vzniká dobře fungující terapeutický model, ve kterém má každá složka své nezastupitelné místo (Giove, 2002).

Komunitu definuje Kratochvíl (2006, s. 215) jako „zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie“, kde se společný program zaměřuje tak, aby pacientům umožňoval „promítnout do tohoto malého modelu společnosti problémy ze svého vlastního života, zejména vztahy k lidem různého věku, pohlaví, postavení a různých povahových vlastností, získat zpětné informace o působení vlastního chování na jiné a tak dosahovat náhledu na vlastní podíl na vytváření problémů, prožít určitou korektivní emoční zkušenost a nacvičovat vhodnější adaptivní formy chování.“

Po dobu léčby jsou pacienti povinováni dodržovat určitá pravidla. Jedná se v zásadě o dvě skupiny pravidel - pravidla spojená s pobytem v komunitě a pravidla spojená s léčbou tradiční medicínou. Pravidla spojená s pobytem v komunitě se podobají kardiálním pravidlům terapeutických komunit našeho typu. Mimo ta zde platí zákaz kontaktu a komunikace s rodinou po první tři měsíce léčby. Pravidla spojená s léčbou tradiční medicínou vychází ze systému opatření a doporučení spojených s ritualizovaným užíváním léčivých rostlin založeným na více než tisícileté tradici amazonského domorodého léčitelství. Mezi nejzásadnější pravidla patří sexuální abstinence (včetně masturbace), zákaz užívání alkoholu a



zákaz konzumace některých potravin (chilli, vepřové maso, kořeněná jídla, smažené pokrmy) (Aedo, 2009). Užívání rostlin tradičním způsobem také klade nároky na pravidelný a klidný život bez silných vnějších podnětů jako jsou například hluk, smog nebo velké množství lidí.

Psychoterapie v Takiwasi je srovnatelná s psychoterapií v jiných centrech pro léčbu závislosti (Harrington, 2008). Probíhá zde jak formou individuální (jednou týdně nebo častěji v případě akutní potřeby), tak i formou skupinovou. Její zaměření odpovídá zaměření konkrétního terapeuta, který má pacienta v péči (např. gestalt, racionálně-emoční psychoterapie, analytická psychoterapie). Na rozdíl od psychoterapie v běžném pojetí jsou cenným materiálem pro práci s klienty obsahy „vizí“ z ayahuaskových sezení. Mimo individuální a skupinové psychoterapie nabízí Takiwasi řadu aktivit, ve kterých mají pacienti možnost poznávat sami sebe i ostatní pacienty, rozvíjet se a zpracovávat témata, která aktuálně řeší. Během devíti měsíců léčby prochází pacienti také různými rituály, které čerpají z rituálů domorodých kmenů Amazonie. Některé z rituálů se týkají všech pacientů, jiné jsou indikovány „na míru“ konkrétnímu pacientovi na základě povahy jeho obtíží. Mezi tyto rituály patří např. rituál přechodu, rituál „zavázání se“, rituál vody, rituál ohně, rituál země, aj.

Třetím pilířem léčby v Takiwasi je užívání rostlin. Tento pilíř vychází z tradiční amazonské medicíny (šamanismu, curanderismu) a opírá se nejen o znalosti účinků konkrétních rostlin, ale také o způsob jejich podávání – vždy spojené se striktním dodržováním pravidel a doprovázené odpovídajícím rituálem. V Takiwasi je k léčbě používáno více než 50 druhů rostlin (Harrington, 2008). Tyto rostliny můžeme rozdělit do tří základních kategorií:

- 4) rostliny s purgativním<sup>42</sup> účinkem – používané během purgativních sezení sloužící především k fyzické detoxikaci se sekundárním psychologickým účinkem
- 5) ayahuasca – používaná během ayahuaskových sezení, jejíž schopnost měnit stav vědomí je zde využívána především k psychoterapeutickým účelům
- 6) rostliny užívané na dietě („*plantas maestras*“) – rostliny s mírným psychoaktivním účinkem užívané během izolovaných pobytů v džungli zaměřených na hlubokou psychologickou práci

Tyto tři skupiny rostlin jsou užívány kontinuálně a paralelně po celou dobu léčby, i když v každé její fázi určitá skupina dominuje.

---

<sup>42</sup> purgativní = čistící; v kontextu léčby v Takiwasi používáno ve smyslu vyvolávající zvracení

Rostliny s purgativním účinkem tvoří skupinu rostlin, která slouží především k fyzické detoxikaci a revitalizaci organismu, i když má výrazný účinek i na psychickou rovinu pacientů. Patří sem rostliny s laxativním účinkem a rostliny s vomitivním účinkem, které vyvolávají zvracení. Ty se používají během tzv. purgativních sezení, jež se konají pravidelně jednou týdně pod vedením curandera a probíhají v souladu s původním rituálem (Aedo, 2009). Užívání purgativních rostlin je nutným předpokladem tradičního užívání ayahuasky a dalších psychoaktivních rostlin (Mabit, 1987). Ačkoliv je absolvování purgativních sezení pro mnohé pacienty těžká a nepříjemná zkušenost, vnímají ji jako velmi prospěšnou (Aedo, 2009). Subjektivně jako hlavní přínosy uvádějí pročištění na všech úrovních – fyzické, psychické i spirituální, to, že jim pomáhají zbavit se některých nepříjemných emocí, posílení vůle, upevnění důvěry v curanderos a tradiční medicínu, to že se pak cítí klidní, pocít „čisté hlavy“, vymizení nepříjemných pocitů a jevů spojených s abstinenčním syndromem jako jsou napětí, úzkost, nespavost, třes rukou. O pozitivních účincích purgativních rostlin hovoří řada autorů (Yon, Mabit, Hidalgo, 1991, Mabit, 2007, Sieber, 2007, Doménech, 2008, Aedo, 2009, Horák, 2010, Torres, 2009). Zvracení bývá často doprovázeno silnými psychickými prožitky. Mnohým pacientům se během těchto sezení vyplavují traumatické vzpomínky a nepříjemné emoce jako pocity agresivity, zloby, nenávisti, smutku či viny. Prostřednictvím zvracení je mohou na symbolické rovině zpracovat a vyloučit. Tyto zážitky bývají velice intenzivní, někteří pacienti popisují stavy katarze.

Ayahuasca je silně halucinogenní nápoj užívaný přírodními kmeny Amazonie nejméně 2500 let (Naranjo, 1970). Tento nápoj vzniká kombinací dvou rostlin, které se spolu vaří po dobu delší než 12 hodin – ayahuasky (*Banisteriopsis caapi*) a chacruny (*Psychotria viridis*). Callaway a kol. (1996) detekovali po požití ayahuaskového nápoje v krvi zdravých dobrovolníků mužů alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin (TTH) a *N,N*-dimethyltryptamin (DMT). Obdobné složení potvrzují i další studie (in Luna, 2002). Zdrojem DMT v ayahuaskové směsi je chacruna. Některé výzkumy nasvědčují tomu, že je tato látka také přirozeně vylučována v našem mozku (v souvislosti se spánkovým cyklem, tvorbou snů, během mystických zážitků, během spontánní psychózy aj.) (Smythies a kol. in Narby, 2006, Luke, 2011). Chacruna užívaná sama o sobě však nevytváří výraznější fyziologický nebo psychický efekt, protože je její účinek deaktivován žaludečním enzymem monoaminoxidázou (Narby, 2006). Rostlina ayahuasca poskytuje inhibitory této monoaminoxidázy (IMAO) – beta-karbolinové alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin, díky nimž může být DMT orálně aktivní a účinkovat v těle (McKenna, Towers, Abbott, 1985). Tyto alkaloidy konzumované v dostatečně vysokých dávkách mají

samy o sobě rovněž halucinogenní účinky – např. harmalin je halucinogenní v orálních dávkách 4 mg/kg (Naranjo, 1970). Obsah všech alkaloidů v ayahuasce je 0,95% (Sánchez, 2001). Současné výzkumy fyziologických účinků se zaměřují zejména na měření fyziologických funkcí během užívání ayahuasky. Bylo prokázáno, že užívání ayahuasky je bezpečné (Callaway a kol., 1999) a že při něm dochází k minimálnímu riziku psychického poškození nebo vzniku závislosti (Gable, 2007). Na poli výzkumů s ayahuaskou najdeme i řadu studií z oblasti psychologie.

Ayahuasková sezení pro pacienty se v Takiwasi konají s frekvencí jednou týdně. V průměru tak každý pacient absolvuje za dobu své léčby 25 sezení (Mabit, 2007). Účast na ayahuaskovém sezení je opět podmíněna přísným dodržováním pravidel spojených s užíváním rostlin. Účinky ayahuasky se obvykle projevují na fyzické i psychické úrovni. Během ayahuaskových sezení dochází k mimořádným psychickým zážitkům, které napomáhají léčbě pacienta. Tomuto jevu napomáhá i dočasná redukce funkcí obranných mechanismů a snížení zábran na straně pacientů, což jim umožňuje kontaktovat se s nevědomými nebo jinak potlačenými obsahy.

Během léčby trávající 9 měsíců pacient podstoupí 3-4 procedury nazývané dieta. Jedná se o izolovaný pobyt v džungli spojený s eliminací podnětů a pravidelným užíváním rostlin, které mohou mít mírný psychoaktivní účinek (v tradiční medicíně označovaných jako „plantas maestras“) (Cárcamo, Obreque, 2008). Označení „plantas maestras“ („rostliny učitelky“) vychází z konotace, kterou mají tyto rostliny v pojetí tradiční amazonské medicíny a odkazuje na jejich schopnost vyvolat vize, vést člověka k uvědomění a vhledům, facilitovat snovou činnost (Graña, 2009). Druh užívané rostliny i podávané množství je stanoveno curanderem, který tak činí v závislosti na individuálních potřebách pacienta. Podle názoru curanderos se jedná o nejvýznamnější léčebnou praktiku tradiční medicíny vůbec - dochází během ní k uvědoměním, která jsou mnohem více strukturovaná, než při jakýchkoliv jiných šamanských praktikách, a která mění psychickou strukturu individua (Aedo, 2009).

Výzkumná část práce si kladla za cíl zjistit, jak se průběhu léčby v Takiwasi vyvíjí vztah pacienta k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí. Na základě tohoto cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky:

1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?
2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?

### 3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?

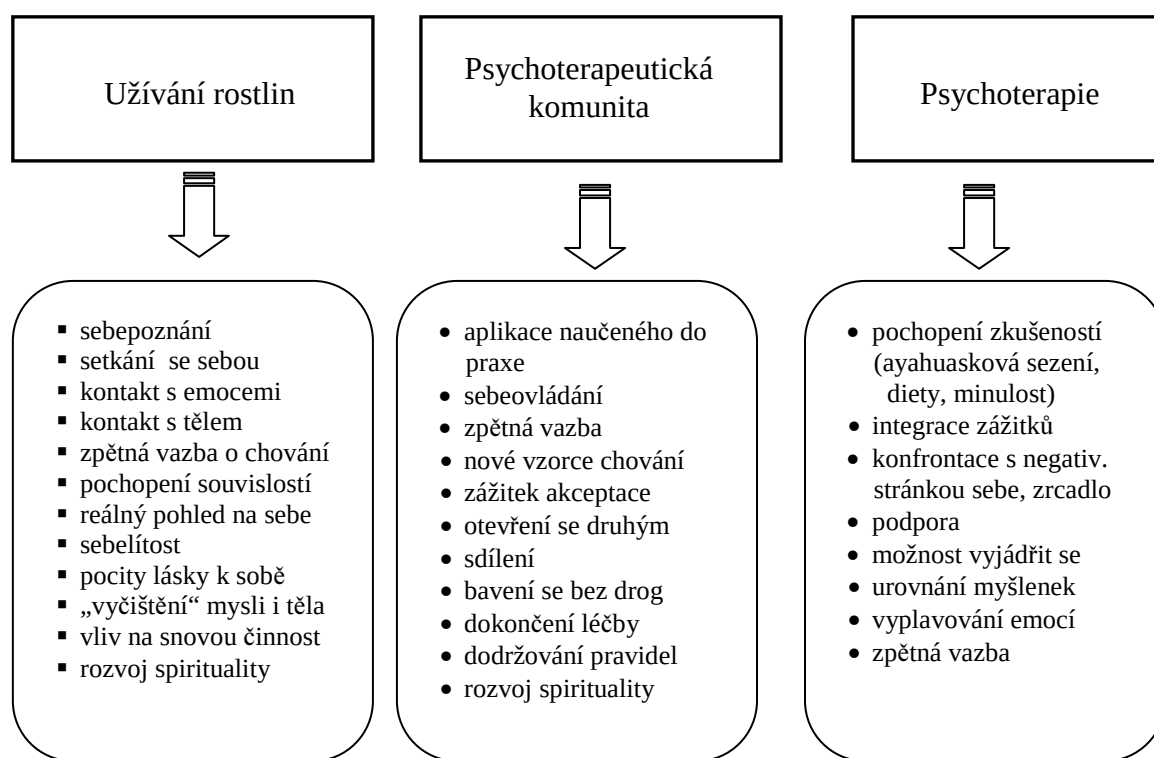
Z metodologického hlediska se jedná o kvalitativně-quantitativní výzkum, který je koncipován jako zakotvená teorie. Zakotvená teorie je „teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14), tedy teorie vytvořena a prozatím ověřena analýzou shromážděných údajů o zkoumaném jevu. Cílem zakotvené teorie je vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji.

Výzkum kombinuje na různých úrovních různé výzkumné metody. V základě zde nacházíme 3 roviny výzkumu (dílčí studie), které na sebe navazují - dotazníkové šetření, obsahovou analýzu spisů bývalých pacientů a případové studie. Tato triangulace metod má přispět k větší komplexnosti zjištěných poznatků a tedy i k vyšší objektivitě a validitě vzniklé teorie. Pro dotazníkové šetření byly zvoleny 2 dotazníky měřící vztah k sobě samému – Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) primárně určená ke sledování úrovně sebehodnocení pacientů a sémantický diferenciál (Blatný, Osecká, 1998) ke zjišťování obsahu sebepojetí. Tato dotazníková baterie byla administrována 17 respondentům. Druhou zvolenou výzkumnou metodou byla obsahová analýza (Plichtová, 1996) spisů bývalých pacientů centra Takiwasi (N=84). Třetí výzkumnou metodou byla případová studie, konkrétně mnohonásobná osobní případová studie (Hendl, 2008), která zahrnovala 5 pacientů. Data pro případové studie byla sesbírána metodami zúčastněného a nezúčastněného pozorování, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s pacienty a prostřednictvím elektronické korespondence (po ukončení léčby). Výzkum se realizoval v centru Takiwasi (Tarapoto, Peru) v období září 2009 – červen 2010. Touto dobou zde autorka práce pobývala na odborné stáži, všechna data tedy sbírala osobně.

Získaná data byla utříděna, vyčištěna a zpracována odpovídajícím způsobem. Platnost výsledků dotazníkového šetření byla velmi omezená (zejména z důvodu nízkého počtu respondentů) a dalo se z nich pouze usuzovat na určitou tendenci v souvislosti s formováním pacientova vztahu k sobě. Obsahová analýza již přinesla přesnější a konkrétnější zjištění, na jejichž základě byly formulovány teoretické předpoklady. Tyto předpoklady byly následně ověřovány na případových studiích. Výzkum přinesl zjištění, která nám umožnila formulovat teorii o tom, jak se v centru Takiwasi vyvíjí pacientův vztah k sobě a s jakými faktory tento proces souvisí. Podařilo se identifikovat procesy odehrávající se v jednotlivých fázích léčby a prvky léčby, které mají na proces formování vztahu k sobě významný vliv.

Výzkum prokázal, že v průběhu léčby dochází kontinuálně ke zlepšování pacientova vztahu k sobě. Na počátku léčby je jeho vztah k sobě negativní, ve druhé fázi se vztah začíná zlepšovat a od fáze třetí k sobě mají pacienti pozitivní vztah – mají se rádi, důvěřují si a dobře se znají. Dále dochází ke změně zdrojů sebepřijetí od více povrchních, krátkodobých, indikovaných zvenku a ovlivněných vnějšími okolnostmi po hluboké, trvalé a vnitřní. Klíčovým faktorem ovlivňujícím proces formování pacientova vztahu k sobě je sebepoznání. Sebepoznání pacientů po celou dobu léčby kontinuálně narůstá - na konci léčby má pacient jasno v tom, „kým je“ a co od sebe může očekávat.

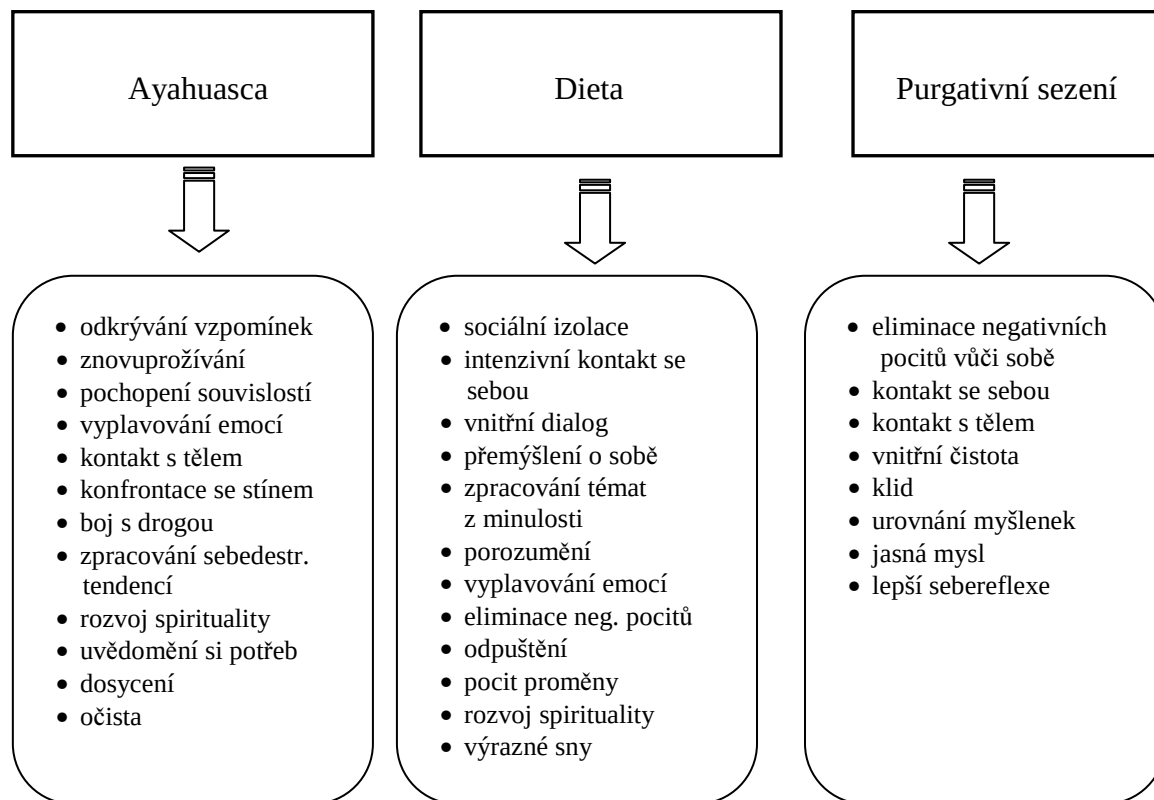
Ukázalo se, že organizace léčby v Takiwasi poskytuje vhodné podmínky k formování pacientova vztahu k sobě a že tento proces výrazně podporuje. Faktory léčby, které se na této změně podílí, shrnuje následující schéma:



Obr. č. 31: Prvky léčby v Takiwasi mající vliv na proces formování vztahu k sobě.

Kromě těchto prvků léčby byly identifikovány další tři významné faktory – pozitivní mužské vzory, detoxikace a možnost pracovat legitimním způsobem se změněnými stavy vědomí.

Nejdůležitějším prvkem léčby je užívání rostlin, které slouží zejména k sebepoznávání. Užívání rostlin v léčbě a jeho prvky mající vliv na formování pacientova vztahu k sobě samému shrnuje následující schéma:



Obr. č. 30: Užívání rostlin – prvky mající vliv na proces formování vztahu k sobě.

Zjištěné poznatky mají své limity a lze je zobecňovat pouze s opatrností. Hlavní riziko představují dvě omezení – fakt, že se jedná o subjektivní pohled pacientů a zaměření výzkumu pouze na pacienty, kteří zůstali dlouhodobě v léčbě. I přes tato omezení je patrné, že je léčba v Takiwasi pro proces formování vztahu k sobě velmi přínosná a dochází zde k hlubokým změnám. Ačkoliv není možné přenést kompletně tento systém léčby do našich podmínek, jistě pro nás může být obohacující a inspirativní. Užívání halucinogenů v léčbě se stalo obávaným a téměř tabuizovaným fenoménem. Takiwasi je však důkazem toho, že pokud jsou tyto látky užívány správným způsobem (ritualizovaně, vycházejíce z tradiční ucelené koncepce, za dodržení pravidel, pod vedením, atd.), může jít o bezpečný a velmi přínosný nástroj léčby a sebepoznávání. Jedná se o fenomén, který by si zasloužil větší odbornou pozornost.

### 13. Seznam použitých pramenů

Aedo, F. N. C. (2009). *Contribución de los estados modificados de conciencia facilitados por la experiencia con Ayahuasca en la rehabilitación de drogdependientes de la comunidad terapéutica Takiwasi* [Contribution of the altered stades of consciousness facilitated by the experience with Ayahuasca in the drugdependents rehabilitation in the therapeutic community Takiwasi]. Unpublished master's thesis. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Alderete, W. E., Becharano, I., Kaplan, C., Ericsson, P., Pérez-Stable, P. (2009, June). Uso ceremonial del tabaco: Pautas para la prevención del tabaquismo en jóvenes andinos [The ceremonial use of tobacco: Pattern for the prevention of tobacco addiction of andien juvenils]. In: *Congreso Internacional "Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental"*, Tarapoto, Peru.

Andritzky, W. (1989). Sociopsychotherapeutic Functions of Ayahuasca Healing in Amazonia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21 (1), 77-89.

Ballón, G. G. (1999). *Efectos del ayahuasca en el tratamiento de toxicomanias* [Effects of ayahuasca in the drug addiction treatment]. Unpublished thesis. Universidad Ricardo Palma, Lima, Peru.

Baštecká, B., Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha. Portál.

Barbosa, P. C. R., Cazorla, I. M., Giglio, J. S., Strassman, R. (2009). A Six-Month Prospective Evaluation of Personality Traits, Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Ayahuasca-Naive Subjects. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41 (3), 205-212.

Beltrán, O. G. (2007). Yagé, cognición y funciones ejecutivas. *Cultura y droga*, 12, 14-26.

Biset, J. S., Campos, J., Rivera, M. A. E., Canigaeral, S. (2006). A first survey on the medicinal plants of the Chazuta Valley (Peruvian Amazon). *Journal of Ethnopharmacology*, 122, 333-362.

Blatný, M., Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38 (6), 481– 488.

Blatný, M., Osecká, L. (1997). Struktura globálního vztahu k sobě: Analýza Rosenbergovy škály sebehodnocení - replikace. *Československá psychologie*, 61 (6), 481–486.

Blatný, M., Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů. *Československá psychologie*, 42 (4), 297–305.

Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.

- Bourgogne, G. (2009, June). Uso de las purgas de tabaco en el proceso terapéutico [Use of tobacco purge in the therapeutic process] [Electronic version]. In: *Congreso Internacional "Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental"*, Tarapoto, Peru.
- Bowie, F. (2008). *Antropologie náboženství*. Praha: Portál.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Callaway, J. C. (1996). A report from the internacional conference of hoasca studies [Electronic version]. *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*, 6(3).
- Callaway, J. C., Airaksinen, M. M., McKenna, D. J., Brito, G. S., & Grob, C. S. (1994). Platelet serotonin uptake sites increased in drinkers of ayahuasca. *Psychopharmacology*, 116, 385–387.
- Callaway, J. C., Raymon, L. P., Hearn W. L., McKenna D. J., Grob, Ch. S., Brito, G. S., et al. (1996). Quantitaion of *N,N*-dimethyltryptamine and hamala alkaloids in human plasma after oral dosing with ayahuasca. *Journal of Analytical Toxikology*, 20, 492-497.
- Callaway, J. C., McKenna, D. J., Grob, C. S., Brito, G. S., Raymon, L. P., Poland, R. E., Andrade, E. N., Andrade, E. O., & Mash, D. C. (1999). Pharmacokinetics of hoasca alkaloids in healthy humans. *Journal of Ethnopharmacology*, 65, 243– 256.
- Cárcamo, S. V., Obreque, G. M. (2008). *Aproximaciones antropológicas al modelo terapéutico del centro Takiwasi* [Anthropological aproximation to the therapeutic model of Takiwasi center] (College Report). Unpublished master's thesis. Catolic university of Temuco, Chile.
- Cárdenas, M. A. (2009). Madre ayahuasca (II): Terapia contra las drogas [Mother ayahuasca (II): A therapy againsts the drugs] [Electronic version]. *El comercio* , 15.1. 2009.
- Cruz, O. C. (n.d.). *Purgas para limpeza* [Purges for cleaning ]. Unpublished manuscript.
- Čačka, O. (1997). *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: DOPLNĚK.
- De Leon, G. (2002). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In: Nevšímal, P. (Ed.) (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna.
- Denys, A. (2005). *Alliance des médecines occidentales et traditionnelles dans le traitement des addictions* [Alliance of medicines occidental and traditional to the treatment of addictions]. Unpublished master's thesis. Université Henri Poincaré, Nancy.
- Dobkin de Rios, M. (1994). Drug Tourism in the Amazon. *Anthropology of Consciousness*, 5(1),16-19.



- Dobkin de Rios, M., Rumrill, R. (2008). *A hallucinogen tea, laced with controversy*. London: Praeger Publishers.
- Doménech, R. P. (2008). Posibilidades terapéuticas de la planta del tabaco en el tratamiento de la adicción al consumo de cigarrillos [Therapeutic possibilities of plant of tobacco in the cigarette addiction treatment] [Electronic version]. *Cultura y droga*, 13(15), 39-58.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K. (Ed.). (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- El Peruano (2008, July). Normas legales. *El Peruano*, 25 (10292). Retrieved from [http://pallasca.inictel.net/img\\_upload/4d4143494f4a525549574e5549434e52/NL20080712.PDF](http://pallasca.inictel.net/img_upload/4d4143494f4a525549574e5549434e52/NL20080712.PDF).
- Eliade, M. (1997). *Šamanismus a nejstarší techniky extáze*. Praha: Argo.
- Fericgla, J. M. (1997). *Al trasluz de la ayahuasca* [To flash of ayahuasca]. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo, S. L.
- ForoSalud. (2007). *Acerca de Nosotros*. Retrieved from <http://www.forosalud.org.pe/nosotros.html> [accessed February 20, 2012].
- Fotiou, M. (2010). *From medicine men to day trippers: Shamanic tourism in Iquitos, Peru*. Unpublished dissertation. University of Wisconsin-Madison, USA.
- Freska, E. (2008). Ayahuasca versus violence – a case report. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 10/2, 95-98.
- Furst, P. T. (1996). *Halucinogeny a kultura*. Praha: DharmaGaia a Mat'a.
- Gable, R. S. (2007). Risk assessment of ritual use of oral dimethyltryptamine (DMT) and harmala alkaloids. *Addiction*, 102 (1), 24-34.
- Giove, R. (1997). Descubriendo la cuadratura del círculo: El íkaro de la „A“ [Discovery of squaring the circle: Íkaro of „A“]. *Revista Takiwasi*, 5, 7-19.
- Giove, R. (2002). *La liana de los muertos al rescate de la vida* [Vine of dead like redemption of the life]. Tarapoto: Takiwasi.
- Gómez, P. P. C. (2009, June). Medicina tradicional indígena y psicología [Traditional medicine and psychology]. In: *Congreso Internacional “Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental”*, Tarapoto, Peru.
- Gonzaga, W. (2009, June). El uso de ayahuasca en el tratamiento de la dependencia química de pasta base de cocaína (crack) en poblaciones de alto riesgo social [The use of ayahuasca in the treatment of chemical crack dependence in the areas of high social risk]. In: *Congreso Internacional “Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental”*, Tarapoto, Peru.

- Graña, D. L. (2009, June). La „dieta“ o retiro terapéutico en la selva, en el protocolo del centro Takiwasi [The „diet“ or psychotherapeutic retirement in the jungle, in the Takiwasi center protocol] [Electronic version]. In: *Congreso Internacional “Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental”*, Tarapoto, Peru.
- Grob, C. S., McKenna, D. J., Callaway, J. C., Brito, G. S., Neves, E. S., Oberlender, G., Saide, O. L., Labigalini, E., Tacla, C., Miranda, C. T., Strassman, R. J., & Boone, K. B. (1996). Human pharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 86– 94.
- Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
- Hájny, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: Kalina, K. (Ed.). (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Halpern, J. H., Sherwood, A. R., Passie, T., Blackwell, K. C., Rutenber, A. J. (2008). Evidence of health and safety in American members of a religion who use a hallucinogenic sacrament. *Medical Science Monitor*. 14 (8), 15-22.
- Harrington, N. (2008). *The psychology of plants. An ethnography of patient-provider relationship at the Takiwasi center for rehabilitation*. Unpublished master's thesis. Hampshire college, USA.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Horák, M. (2010). *Případ Takiwasi*. Unpublished doctoral dissertation. Univerzita Karlova, Praha.
- Horák, M. (2011). Léčebná síla rituálu. *Psychologie dnes*, 17/1, 48-51.
- Hultkrantz, A. (1978). Ecological and Phenomenological Aspects of Shamanism. In: *Louise Backman a Lke Hultkrantz Studies in Lapp Shamanism*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Chen, J. (2010). Relationship between self-esteem, self-efficacy, self-concept and depression. [\*Chinese Journal of Clinical Psychology\*](#), 8(6), 799-801.
- Chromčák, J. (2010). *Změna sebehodnocení a výsledný efekt v léčbě závislostí ve vztahu k rysům osobnosti: výzkum v rámci mužského režimového AT oddělení psychiatrické léčebny*. Unpublished master's thesis. Masarykova univerzita, Brno.
- Jacob, M. S., Presti, D. E. (2005). Endogenous psychoactive tryptamines reconsidered: an anxiolytic role for dimethyltryptamine. *Medical Hypotheses*, 64, 930–937.
- Jeřábek (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. (Ed.). (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina, K., Radimecký, J. (Eds.). (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (Ed.). (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Kooyman, M. (1992). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. (Ed.) (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krippner, S., Sulla, J. (2000). Identifying spiritual content in reports from ayahuasca sessions. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 19, 59-76.
- Labate, B. C., de Rose, I. S., dos Santos, R. G. (2008). *Ayahuasca religions. A comprehensive bibliography and critical essays*. Santa Cruz: MAPS.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho.socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K., Radimecký, J. (Eds.). (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Lévi-Strauss, C. (1971). *Myšlení přírodních národů*. Praha.
- Llamazares, A. M., Sarasola, C. M. (2003). *Principales plantas sagradas de Sudamérica* [The principal sacred plants of South America]. In: Butlletí Informatiu. Revista de Etnopsicologia. Societat d'Etnopsicologia Aplicada i Estudis Cognitius, 2, 9-22.
- Luke, D. (2011). Discarnate entities and dimethyltryptamine (DMT): Psychopharmacology, phenomenology and ontology. *Journal of the Society for Psychical Research*, 75, 26-42.
- Luna, L. E. (2002). *Vegetalismo. Šamanismus mezi mestickým obyvatelstvem peruánské Amazonie*. Praha: DharmaGaia.
- Luna, L. E. (2011). Indigenous and mestizo use of ayahuasca. An overview. In: Dos Santos, R. G. (Ed.). (2011). *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*. Kerala: Transworld Research Network.
- Mabit, J. (n.d.). *Shamanismo en la selva* [Shamanism in the jungle]. Unpublished manuscript.
- Mabit, J. (1987, October). El cuerpo como instrumento de la iniciación chamánica [The body like the instrument of shamanic initiation]. In *II Congreso Internacional de Medicina Tradicional*, Lima, Peru.

- Mabit, J. (1992). *De los usos y abusos de sustancias psicotrópicas y los estados modificados de conciencia* [About the use and abuse of psychotropic substances and altered states of consciousness]. *TAKIWASI*, 1, 13-23.
- Mabit, J. (1997). El saber médico tradicional y la drogadicción [The knowledge of traditional medicine and the drug addiction]. *Medicinas alternativas*, 6, 30-41.
- Mabit, J. (2001, September). Uso ritualizado de plantas psicoactivas de la Amazonia en el tratamiento de toxicómanos: 7 años de experiencias en el Centro Takiwasi [Ritualized use amazonian psychoactive plants in the treatment of addictions: 7 years of experience at Takiwasi center]. In *Addictions 2000+1, Challenges and Opportunities for a new Millenium*. International Scientific Conference of ISAM, Izrael.
- Mabit, J. (2001). *The session of ayahuasca in Takiwasi: concepts, advices and recommendations*. Unpublished manuscript.
- Mabit, J. (2002). Blending traditions: Using indigenous medicinal knowledge to treat drug addiction. *MAPS*, 12 (2), 25-32.
- Mabit, J. (2007). Ayahuasca in the treatment of addictions. In Winkelman, M. J., Roberts, T. B. (Eds.). *Psychedelic medicine. New evidence for hallucinogenic substances as treatments. Volume 2*. Westport: Praeger Publishers.
- Mabit, J., Campos, J., Arce, J. (1992). Consideraciones acerca del brebaje ayahuasca y perspectivas terapeuticas [Considerations about the beverage ayahuasca and therapeutic perspectives]. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 55, 188-131.
- Mabit, G., Giove, R., Vega, J. (1996). Takiwasi: The use of amazonian shamanism to rehabilitate drug addicts. In W. Andritzky (Ed.), *Yearbook of Cross-Cultural Medicine and Psychotherapy*. Berlin: International Institute of Cross-Cultural Therapy Research.
- Mabit, J., Sieber, C. (2006). The evolution of pilot program utilizing ayahuasca in the treatment of drug addiction. *Shaman's Drum Journal*, 73, 23-31.
- Mabit, M. (1996). Takiwasi: Ayahuasca and Shamanism in Addiction Therapy. *MAPS*, 6 (3), 24-34.
- Macek, P. (1991). *Příspěvek ke konceptualizaci obsahu sebepojetí*. Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity, I 25, 63-71.
- Maierová, E. (2010). Sebehodnocení klientů doléčovacího programu pro uživatele návykových látek. *Adiktologie*, 10 (3), 47 - 54.
- McKenna, D. J., Towers, G. H. N., Abbott, F. (1984). Monoamine Oxidase Inhibitors in South American Hallucinogenic Plants: Tryptamine and beta-Carboline Constituents of Ayahuasca. *Journal of Ethnopharmacology*, 10, 195-223.

- McKenna, D. J. (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, 102, 111 – 129.
- Melho, J. A. (2006). *Estudio de los efectos somáticos y psíquicos producidos por la ingesta del berbaje del ayahuasca, realizado en la región Loreto en el período 2004-2006* [The study of the somatic and psychical effect produced by consumption use of ayahuasca beverage, ritualized in the Loreto region in the period 2006-2006]. Unpublished doctoral dissertation. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Peru.
- Mendive, F. (2008). *Long term outcomes of addiction treatment at Takiwasi center* (Unpublished report). Tarapoto: Takiwasi center.
- Mercante, M. S. (nd ). *The possibility of healing depression through ayahuasca sessions*. Unpublished manuscript.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mujica, S. B. (1997). *El centro Takiwasi y el uso terapéutico de plantas psicoactivas* [The Takiwasi center and the therapeutic use of psychoactive plans]. Unpublished master's thesis, Universidad de Lima, Lima, Peru.
- Naranjo, P. (1986). El ayahuasca en la arqueología ecuatoriana [Ayahuasca in the Ecuadorian archeology]. *América Indígena*, 46(1), 117-127.
- Naranjo, P. (1970). *Plantas psicotrópicas de América* [The psychotropic plants from America]. Bogotá: H. Roselli.
- Narby, J.(2006). *Kosmický had*. Praha: Rybka Publishers.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nicholson, S. (Ed.). (1987). *Shamanisms: an Expanded View od Reality*. Wheaton: Quest Books.
- Ojeda, W. J. (2002). *La psicoterapia en el límite de la realidad* [The psychotherapy in the limits of the reality]. Retrieved March 3, 2011, from [http://www.takiwasi.com/docs/arti\\_esp/psicoterapia\\_limite\\_realidad.pdf](http://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/psicoterapia_limite_realidad.pdf)
- Osório, F., Horta de Macedo, L. R., Machado de Sousa, J. P., Pinto, J. P., Quevedo, J., Crippa, J. A., et. al. (2011). The therapeutic potential of harmine and ayahuasca in depression: Evidence from exploratory animal and human studies. In: Dos Santos, R. G. (Ed.). (2011). *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*. Kerala: Transworld Research Network.
- Owen, B. J. (2006). *Marketing mysticism and the purchase of pilgrimage: The rise of spiritual tourism in Cusco and Iquitos, Peru*. Unpublished doctoral dissertation. University of Arizona, USA.

Peralta, P., Rojas, R., Valenzuela, F. (n.d.). *Uso psicoterapeutico y cosmovisión de la liana Ayahuasca o Yagé* [The therapeutic use of the vine ayahuasca or yage]. Retrieved January 25, 2012, from <http://vidaom.cl/libre/Ayahuasca.pdf>, Universidad Andrés Bello, Chile.

Peru. Retrieved January 02, 2011, from [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/jizni\\_amerika/peru/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/jizni_amerika/peru/index.html)

Pfitzner, F. (2009, June). Los efectos del tratamiento en el centro Takiwasi desde la perspectiva del paciente [Effects of the treatment in the Takiwasi center from the patient perspective] [Electronic version]. In: *Congreso Internacional “Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental”*, Tarapoto, Peru.

Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a její možnosti využitia v psychológii. *Československá psychologie*, 4 (40), 304-314.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.

Riba, J., Rodríguez-Fornells, A., Urbano, G., Morte, A., Antonijoan, R., Monteiro, M., et al. (2001). Subjective effect and tolerability of the South American psychoactive beverage ayahuasca in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 154, 85-95.

Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A., Barbanoj M. R. (2003). Human Pharmacology of Ayahuasca: Subjective and Cardiovascular Effects, Monoamine Metabolite Excretion, and Pharmacokinetics. *The Journal of Pharmacology and experimental Therapeutics*, 306, 73-83.

Riba, J., Romero, S., Grasa, E., Mena, E., Carrió, I., Barbanoj, M. J. (2006). Increased frontal and paralimbic activation following ayahuasca, the pan-amazonian inebriant. *Psychopharmacology*, 186, 93–98.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada publishing.

Saiz, J. C. B. (2006). Efectos a largo plazo del consumo crónico de yagé sobre personalidad, la psicopatología y las funciones neuropsicológicas [Abstract]. *Cultura y droga*, 11, 367.

Sánchez T. Y. (2001). *Estudio químico de la liana ayahuasca (Banisteriopsis Spruce ex. Grisbach Morton)* [The chemical study of the ayahuasca vine]. Unpublished master's thesis, Universidad nacional de Ingeniería, Lima, Peru.

Santos, R. G., Landeira-Fernandez, J., Strassman, R. J., Motta, V., Cruz, A. P. M. (2007). Effects of ayahuasca on psychometric measures of anxiety, panic-like and hopelessness in Santo Daime members. *Journal of Ethnopharmacology*, 112, 507–513.

- Silveira, D. X., Grob, Ch. S., Dobkin de Rios, M., Lopez, E., Alonso, L. K., Tacla, C., et. al. (2005). Ayahuasca in Adolescence: A Preliminary Psychiatric Assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37 (2), 129-133.
- Schmid, J. T., Jungeberle, H., Verres, R. (2010). Subjective theories about (self-)treatment with ayahuasca [Abstract] [Electronic version]. *Anthropology and Consciousness*, 21 (2), 188-204.
- Schultes, R. E., Hofmann, A. (1996). *Rostliny bohů. Jejich posvátná, léčebná a halucinogenní moc*. Praha: Mat'a.
- Sieber, C. L. (2007). *Enseñanzas y mareaciones: Exploring intercultural health through experience and interaction with healers and plantas teachers in San Martin, Peru*. Unpublished master's thesis. University of Victoria, Canada.
- Smékal, V. (1989). *Psychologie osobnosti*. Praha.
- Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: BARRISTER & PRINCIPAL.
- Strassman, R.J., Qualls, C.R. (1994). Dose-response study of N,N-dimethyltryptamine in humans. I. Neuroendocrine, auto-nomic, and cardiovascular effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 85–97.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: ALBERT.
- Stuchlíková, I., Klinger, E., Man, F. (1998). Dotazník motivační struktury - srovnávací studie českých a amerických studentů. *Československá psychologie*, 42 (3), 206-217.
- Stuchlíková, I., Man, F., Popov, P. (1999). Motivační struktura alkoholově závislých v porovnání se vzorkem populace. *Československá psychologie*, 43 (3), 193-204.
- Tafarodi, R., W., Swann, W., B., Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322–342
- Torres, J. R. (n.d.). *Uso de la ayahuasca en el tratamiento de las adicciones* [The use of ayahuasca in the treatment of drug addictions]. Unpublished manuscript.
- Torres, J. R. (2009, June). Purgahuasca: aportaciones de la cultura awajun en el tratamiento de las adicciones [Purgahuasca: contribution of the awajun culture to the addiction treatment] [Electronic version]. In: *Congreso Internacional "Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental"*, Tarapoto, Peru.
- Trichter, S. (Winter, 2006-7). Ayahuasca and spirituality: Empirical research on experiencing the divine. *MAPS*, 17, 23.

- Valíček, P. (2000). *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: START.
- Viegas, D. R. (2009, June). El potencial terapéutico de ayahuasca [The therapeutic potential of ayahuasca]. In: *Congreso Internacional "Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental"*, Tarapoto, Peru.
- Villaescusa, M. (2006). Aplicaciones del uso de ayahuasca en la psicoterapia occidental [Application of use of ayahuasca to the occidental psychotherapy]. *Simposio Cultura y Droga*, Universidad de Caldas en Manizales, Colombia.
- Vitebsky, P. (2006). *Los chamanes. El viaje del alma, fuerzas y poderes mágicos, éxtasis y curación* [Shamans. The journey of the soul, power and powerful wizards, extasy and healing]. Evergreen.
- Výrost, J., Slaměník, I. a kol. (1997). *Sociální psychologie*. Praha: ISV.
- Wilbert, J. (1991). Does pharmacology corroborate the nicotine therapy and practices of South America shamanism? *Journal of Ethnopharmacology*, 32, 179-186.
- Winkelman, M. Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: a shamanic perspective. *International Journal of Drug Policy*, 12 (4), 337-351.
- Winkelman, M. J. (2002). Shamanic Guidelines for Psychedelic Medicine. In Winkelman, M. J., Roberts, T. B. (Eds.). *Psychedelic medicine. New evidence for hallucinogenic substances as treatments. Volume 2*. Westport: Praeger Publishers.
- WHO (1994). *Lexicon of Alcohol & Drug Terms* [Electronic version]. Geneve: WHO.
- WHO (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine* [Electronic version]. Geneve: WHO.
- Yalom, I. D. (1999). *Skupinová psychoterapie: teorie a praxe*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Yon, R. R., Mabit, J., Hidalgo J. A. (1991). *Ceremonia ritual de la Yawar panga*. Unpublished manuscript.
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.



# PŘÍLOHY

## ***SEZNAM PŘÍLOH:***

Příloha č. 1: Slovníček základních pojmů

Příloha č. 2: Abstrakt disertační práce (ČJ, AJ)

Příloha č. 3: Osnovy rozhovorů (ČJ, ŠP)

Příloha č. 4: Sémantický diferenciál

Příloha č. 5: Případová studie 2

Příloha č. 6: Případová studie 3

Příloha č. 7: Případová studie 4

Příloha č. 8: Případová studie 5

Příloha č. 9: Plánek centra Takiwasi

Příloha č. 10: Seznam rostlin užívaných v Takiwasi

## **PŘÍLOHA č. 1: Slovníček základních pojmů**

**Ayahuasca** – halucinogenní nápoj užívaný v oblasti Amazonie; též označení liány, ze které se tento nápoj připravuje

**Ayahuaskové sezení** – ritualizované sezení s užitím ayahuasky

**Curandero** – označení praktika tradiční medicíny (léčitele) používané v Jižní Americe; někdy též označován jako šaman, vegetalista, aj.

**Curanderismus** – tradiční medicína Jižní Ameriky

**Dieta** – pobyt v sociální izolaci, obvykle v džungli, často doprovázený užíváním rostlin s mírným psychoaktivním účinkem; nutná součást průpravy budoucího curandera

**Ícaro** – píseň zpívaná curanderem během vykonávání léčebných praktik (hl. během ayahuaskových a purgativních sezení)

**Plantas maestras** – šp., v překladu „rostliny–učitelé“ – skupina rostlin převážně s psychoaktivním účinkem, u kterých se dle konceptu tradiční medicíny Jižní Ameriky předpokládá schopnost „učit“ člověka prostřednictvím změněných stavů vědomí, snů, vhlédů aj.

**Purga** – viz. purgativní sezení

**Purgativní rostlina** – rostliny s čistícím účinkem; v kontextu amazonské tradiční medicíny chápáno jako rostliny s vomitivním (případně laxativním) účinkem, které bývají užívány během purgativních sezení

**Purgativní sezení** – ritualizované sezení za využití rostlin s vomitivním účinkem vycházející z koncepce amazonské tradiční medicíny

## **ABSTRAKT DISERTAČNÍ PRÁCE**

**Název práce:** Léčba v centru Takiwasi a její vliv na proces formování vztahu k sobě

**Autor práce:** PhDr. Veronika Kavenská

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Vladimír Řehan

**Počet stran a znaků:** 232 stran, 394 868 znaků

**Počet příloh:** 10

**Počet titulů použité literatury:** 141

### **Abstrakt (800 – 1200 zn.):**

Disertační práce se zabývá alternativním způsobem léčby drogové závislosti realizovaným v centru Takiwasi, terapeutické komunitě pro drogově závislé. Takiwasi se nachází v peruánské Amazonii a léčba zde vychází ze dvou zdánlivě odlišných paradigmat - soudobé psychologie a tradičního amazonského léčitelství (šamanismu, curanderismu), která se vzájemně doplňují a podporují. Jedním ze základních pilířů léčby je i užívání rostlin s psychoaktivním účinkem (zejména halucinogenní liány ayahuasky). Výzkum byl realizován během 10ti měsíční stáže autorky práce v tomto centru. Jeho cílem bylo zjistit, jak se v průběhu léčby vyvíjí vztah pacientů k sobě samému a s jakými faktory tento proces souvisí. Jedná se o kvalitativně-kvantitativní výzkum, který je koncipován jako zakotvená teorie. Výzkum kombinuje na různých úrovních různé výzkumné metody - skládá se ze 3 částí - obsahové analýzy spisů bývalých pacientů (N=86), případových studií (N=5) a dotazníkového šetření (N=17). Na základě výsledků výzkumu byla formulována teorie o procesu formování vztahu k sobě v průběhu léčby v Takiwasi.

**Klíčová slova:** ayahuasca, halucinogeny, centrum Takiwasi, léčba drogové závislosti

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Treatment in the Takiwasi center and its influence on the process of building a relation to oneself

**Author:** PhDr. Veronika Kavenská

**Supervisor:** Doc. PhDr. Vladimír Řehan

**Number of pages and characters:** 232 pages, 394 868 characters

**Number of appendices:** 10

**Number of references:** 141

### **Abstract (800 – 1200 characters):**

This thesis deals with an alternative treatment of drug addiction realized in the Takiwasi center, a therapeutic community for drug addicts. Takiwasi is located in the Peruvian Amazon and the treatment here is based on two seemingly different paradigms - contemporary psychology and traditional Amazonian medicine (shamanism, curanderismo), which are complementary and supportive. One of the basic elements of the treatment is the use of plants with psychoactive effect (especially hallucinogenic vine ayahuasca). Research was conducted during the 10 month author's internship in this center. Its aim was to determine how the relationship with oneself develops during treatment and what factors are related to this process. It is a qualitative-quantitative research, which is conceived as grounded theory. The research combines the various levels of different research methods - consists of 3 parts – a content analysis of the folders of former patients (N=86), case studies (N=5) and a questionnaire survey (N = 17). On the base of the research results there was formulated theory about the building a relation to oneself in the process of the treatment in Takiwasi center.

**Key words:** ayahuasca, hallucinogens, Takiwasi center, drug addiction treatment

### **PŘÍLOHA č. 3: Osnova rozhovoru (ČJ, ŠP)**

#### **OSNOVA ROZHOVORU (úvodní)<sup>43</sup>**

1. Jak bys ses popsal? Jaký jsi?
2. Kým naopak nejsi? Jaké vlastnosti jsou ti úplně cizí?
3. Jaké jsou tvoje dobré vlastnosti? Čeho si na sobě ceníš?
4. Jaké jsou tvoje nedostatky? Za co se někdy stydíš?
  
5. Jak se ti v životě daří? Jsi úspěšný? A v porovnání s ostatními lidmi?
6. Jak se ti daří v práci? Děláš to, co jsi chtěl? Dokážeš vydělat tolik peněz, kolik potřebuješ?
7. Jaké je tvoje zdraví?
8. Máš partnerku/manželku? Jaký je váš vztah? Jaký jsi manžel? (Příp. nezadaní – Jak se ti daří navazovat vztahy se ženami?) Jak tě vnímají ženy?
9. Máš děti? Jaký jsi otec?
10. Jaký máš vztah se svými rodiči? Jaký jsi syn?
11. Jakou roli hraje ve tvém životě víra (spiritualita)?
  
12. Dokážeš uskutečnit věci, které sis předsevzal?
13. Máš úctu sám k sobě? Vážíš si sám sebe?
14. Co si myslíš o svých schopnostech? Dá se jim důvěřovat?
15. Jsi silný člověk?
16. Máš rád sám sebe?
  
17. Jsi sám se sebou spokojený?
18. Co bys na sobě změnil? Jaký bys chtěl být?
19. Máš nějaký vzor, ideál?
20. Jak moc se liší to, jaký jsi, od toho, jakým bys chtěl být?
  
21. Co si o tobě myslí ostatní lidé?
22. Jak se k tobě druzí chovají? Jaké to pro tebe je?
23. Jsi vážený a důležitý člověk? Pro koho jsi důležitý?
24. Komu na tobě záleží? Kdo tě má rád?
25. Čeho si na tobě druzí cenili?
26. Co jim na tobě naopak vadilo? Co kritizovali?
27. Jak si myslíš, že tě vnímá tvoje rodina?
28. Jak působíš na kolegy v práci?
29. Jak tě vnímají přátelé?
30. Jak by tě popsala vaše žena (příp. nezadaní - ženy obecně)?
31. Liší se to, jak působíš navenek, od toho, jak se cítíš uvnitř?
32. Kdybys potkal člověka, jako jsi ty, co by sis o něm pomyslel? Jaký by se ti zdál?

---

<sup>43</sup> V dalších fázích léčby byl rozhovor mírně upravený, plus byly přidány otázky na účinné faktory v léčbě (viz. jeho verze ve španělštině – Entrevista 2).

## ENTREVISTA 1 (inicial)

1. ¿Cómo te describes? ¿Cómo eres?
2. Al revés ¿quién no eres? ¿Qué cualidades no son tuyas?
3. ¿Cuales son tu calidades positivas? ¿Qué aprecias a ti mismo?
4. ¿Cuales son tus debilidades? ¿Tienes a veces la vergüenza de algo?
5. ¿Cómo estabas antes de ingresar a tkw? ¿Era tu vida exitosa? ¿Y si lo comparas con los demás?
6. ¿Cómo estabas en tu trabajo? ¿Habías hecho lo que querías hacer? ¿Progresaba tu carrera como merecías? ¿Podías ganar suficiente dinero para tu vida?
7. ¿Cómo era tu estado de salud ?
8. ¿Tienes una pareja? ¿Cómo es su relación? ¿Eras un buen marido? ¿Porqué? (En el caso de las personas solteras: ¿Es fácil para ti tener una relacion nueva?) ¿Cómo te apreciaban las mujeres?
9. ¿Tienes hijos? ¿Cómo te percibes como padre?
10. ¿Cómo es tu relación con tus padres? ¿Qué hijo eres?
11. ¿Cual papel tiene la espiritualidad en tu vida?
12. ¿Puedes realizar las cosas que te propones?
13. ¿Te respetas a ti mismo? ¿Qué valoras de ti mismo?
14. ¿Cómo piensas sobre tus capacidades? ¿Puedes confiar en ellas?
15. ¿Eres un hombre fuerte?
16. ¿Te amas a ti mismo?
17. ¿Estas contento contigo mismo?
18. ¿Qué cambiarías de ti?
19. ¿Tienes algún ídolo en la vida?
20. ¿Cual es la diferencia entre tú como eres ahora y tú como te gustaría estar?
21. ¿Qué piensa sobre ti el resto del mundo?
22. ¿Cómo actúan los otros contigo? ¿Cómo te sientes en esa ocasión?
23. ¿Eres un hombre serio e importante? ¿Para quien eres importante?
24. ¿Alguien se importa de ti? ¿Quién te ama?
25. ¿Qué aprecian los otros en tí?
26. ¿Qué no les gusta? ¿Qué critican?
27. ¿Cómo crees que te percibe tu familia?
28. ¿Cual es la impresión que tenían de ti tus compañeros de trabajo?
29. ¿Cómo te ven tus amigos?
30. ¿Cómo te describiría tu pareja (las mujeres en general)?
31. ¿Hay alguna diferencia entre como tu te expresas y como te sientes?
32. ¿Si hubieras encontrado una persona igual como tu, qué pensarías sobre ella? ¿Cómo te parecería?

## **ROZHOVOR 2 (po postdietě)**

**1. Můžeš se pospat? Jaký teď jsi? Jakým jsi člověkem? Co se na tobě od doby, co jsi v Takiwasi (TKW), změnilo?**

- Naopak kým už víc nejsi? Jaké vlastnosti už nemáš?
- Jaké jsou tvé pozitivní vlastnosti? Čeho si na sobě ceníš?
- Jaká jsou tvoje negativa, slabiny?
- Za co se na sobě stydíš?

**2. Jak je na tom tvůj tělesný stav (zdraví, forma ...)?**

**3. Jak je na tom teď tvůj duchovní život? Změnilo se něco?**

**4. Jaké jsou tvé plány do budoucna? Máš nějaké představy? (práce, rodina, studia ...)**

**5. Jaký je tvůj vztah k sobě?**

- Vážíš si sebe?
- Čeho si na sobě ceníš?
- Máš se rád?

**6. Co si o tobě myslí druzí (pacienti, terapeuti ...)?**

- Čeho si na tobě cení?
- Co se na tobě druhým nelíbí? Co kritizují?
- Jak se k tobě chovají? Jaké to pro tebe je?

**7. Jsi se sebou spokojený?**

- Co na sobě chceš změnit?
- Jaký (kým) chceš být?
- Jaký je rozdíl mezi tím, kým jsi teď a kým bys chtěl být?
- Kolik procent ti chybí k tomu, abys byl takový, jaký bys chtěl být?

**8. Jaká je příčina všech těchto změn?**

**9. Vzpomeneš si na něco (vize, myšlenky, ...) z ayahuaskových sezení, co by bylo důležité pro tvoje osobní změny?**

**10. Myslel jsi na sebe během diety? Co ses o sobě dozvěděl, k čemu jsi došel?**

**11. Co v Takiwasi bylo nejdůležitější k změně tvého pohledu na sebe?**

**12. Co myslíš, jak by se ti vedlo, kdybys teď odešel z léčby?**

## **ENTREVISTA 2 (después la postdieta)**

### **1. ¿Puedes describirte? ¿Cómo eres ahora? ¿Qué persona eres? ¿Qué ha cambiado durante el tiempo que estas en Takiwasi?**

- Al revés ¿quién ahora no eres mas? ¿Qué atributos ya no son tuyos?
- ¿Cuales son tus cualidades positivas? ¿Qué aprecias en ti mismo?
- ¿Cuales son tus defectos?
- ¿Tienes a veces vergüenza de algo?

### **2. ¿Cómo esta tu cuerpo (salud, forma,...)?**

### **3. ¿Como esta ahora tu vida espiritual? ¿Ha cambiado en algo?**

### **4. ¿Cuales son tu proyectos para el futuro? ¿Tienes ya algunas ideas? (el trabajo, la familia, los estudios, ...)**

### **5. ¿Como es tu relacion contigo mismo?**

- ¿Te respetas a ti mismo?
- ¿Qué valoras en ti mismo?
- ¿Te amas a ti mismo?

### **6. ¿Y los demas? ¿Qué piensan ahora sobre ti (compañeros, terapeutas,...)?**

- ¿Qué aprecian los otros en tí?
- ¿Qué no les gusta? ¿Qué critican?
- ¿Cómo actúan contigo? ¿Cómo te sientes en esa ocasión?

### **7. ¿Estas contento contigo mismo?**

- ¿Qué quieres cambiar en tí?
- ¿Quién quieres ser?
  - ¿Que diferencia encuentras entre la persona que eres y lo que quieres llegar a ser?
- ¿Qué porcentaje te falta para ser como quieres llegar a ser?

### **8. ¿Cuál es la causa de todos estos cambios?**

### **9. ¿Te acuerdas algo (visiones, pensamientos) de la sesión de ayahuasca que eran importantes para tu cambio personal?**

### **10. ¿Has pensado en ti durante la dieta? ¿Cuál fue tu conclusión, la enseñanza sobre ti?**

### **11. ¿Qué en Takiwasi fue la más importante para cambiar tu imagen?**

### **12. ¿Que piensas, cómo estarías ahora fuera de Takiwasi?**



## PŘÍLOHA č. 4: Sémantický diferenciál

### Jaký jsem, jak sám sebe vidím ?

Označte prosím na škále dvou protikladných charakteristik, kde mezi oběma vlastnostmi vidíte sám/u sebe, jaký/á podle Vašeho názoru jste.

|                         |   |   |   |     |   |   |   |            |
|-------------------------|---|---|---|-----|---|---|---|------------|
| 1. dobrý                | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | špatný     |
| 2. cenný pro společnost | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | bezcestný  |
| 3. nemorální            | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | morální    |
| 4. ledový               | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | vřelý      |
| 5. nemilovaný           | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | milovaný   |
| 6. družný               | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | uzavřený   |
| 7. nelaskavý            | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | laskavý    |
| 8. svědomitý            | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | nedbalý    |
| 9. úzkostný             | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | klidný     |
| 10. inteligentní        | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | hloupý     |
| 11. pasivní             | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | aktivní    |
| 12. úspěšný             | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | neúspěšný  |
| 13. nesprávný           | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | správný    |
| 14. mužský              | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | ženský     |
| 15. nesmělý             | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | průbojný   |
| 16. přizpůsobivý        | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | vzdorovitý |
| 17. nepořádný           | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | pořádný    |
| 18. uvolněný            | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | napjatý    |
| 19. zaostalý            | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | vzdělaný   |
| 20. silný               | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | slabý      |

|                        |   |   |   |     |   |   |   |                    |
|------------------------|---|---|---|-----|---|---|---|--------------------|
| 21. neprospěšný        | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | prospěšný          |
| 22. zásadový           | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | bezzásadový        |
| 23. bezcitný           | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | soucitný           |
| 24. přátelský          | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | lhostejný          |
| 25. pomstychtivý       | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | shovívavý          |
| 26. pracovitý          | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | líný               |
| 27. litující se        | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | spokojený se sebou |
| 28. tvořivý            | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | netvořivý          |
| 29. bezvýznamný        | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | významný           |
| 30. zodpovědný         | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | nezodpovědný       |
| 31. zdrženlivý         | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | srdečný            |
| 32. zdvořilý           | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | hrubý              |
| 33. mající slabou vůli | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | mající sebekázeň   |
| 34. sebejistý          | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | podceňující se     |
| 35. nevnímavý          | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | vnímavý            |
| 36. správný            | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | nesprávný          |
| 37. nedbalý            | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | svědomitý          |
| 38. žádoucí            | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | nežádoucí          |
| 39. nečestný           | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | čestný             |
| 40. pochopený          | 7 | 6 | 5 | (4) | 3 | 2 | 1 | nepochopený        |
| 41. bezcharakterní     | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | charakterní        |
| 42. podrážený          | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | 6 | 7 | nadřazený          |

**Děkuji Vám moc za Vaši ochotu spolupracovat.**

## **PŘÍLOHA č. 5: Případová studie 2**

### ***Případová studie 2 - Pablo***

#### **Anamnestické údaje**

Demografické údaje: 20 let, Argentinec, vystudoval základní školu, pracoval jako automechanik. Svobodný, bezdětný, žije v domě rodičů ve větším městě, nepraktikující katolík. Žádné zdravotní ani psychiatrické obtíže.

Dojem: Pablo je středně vysoký, hubený s dlouhými končetinami. Má tmavé krátké lehce vlnité vlasy, tmavé oči. Působí velmi emotivně. Věci, o kterých hovoří, silně prožívá a v důsledku toho u něho dochází k rychlému střídání nálad. Je impulzivní, dlouho nepřemýšlí, než odpoví nebo jedná. Je roztěkaný. Mluví výrazně (hlasitě, hodně artikuluje – možná kvůli mně, abych mu dobře rozuměla?) a většinou pomaleji. V některých situacích působí trochu jednoduše a naivně, nerozumí otázkce, chápe metafory doslovně. Rád si povídá a sdílí, je příjemné bavit se s ním. Jeho vyprávění je zajímavé zejména díky tomu, že události silně prožívá a poutavě popisuje.

Primární rodina: Pablo žije se svými rodiči a 2 bratry (jeden starší, jeden mladší). Rodiče spolu vycházejí obtížně, velmi často se hádají. S bratry má dobrý vztah, zejména se starším bratrem, který mu je oporou a vzorem.

Drogová historie: Pablo se přišel do Takiwasi léčit ze závislosti na marihuaně a kokainu. Marihuanu užívá 6 let denně a asi 4 roky je na ni podle jeho slov závislý. Jeho závislost je psychická, nedovede si představit život a fungování bez ní, její užívání mu velmi zkomplikovalo život. 3 roky užívá také nepravidelně kokain, obvykle v době, kdy na něho má peníze nebo kdy ho od někoho dostane za službu, kterou mu poskytne, což se pohybuje od frekvence denně až po frekvenci jednou za dva týdny. K drogám ho přivedl jeho kamarád z dětství. Dosud vyzkoušel krátkodobě ambulantní psychoterapii a docházel do svépomocné skupiny. Obě léčby byly neúspěšné. K léčbě v Takiwasi přiměla Pabla jeho rodina. Pablo s léčbou souhlasí, uvědomuje si potřebu léčit se, je připraven respektovat všechna pravidla Takiwasi.

Akutní problém: Pablo se chce v Takiwasi především zbavit drogové závislosti. Traumatickým zážitkem pár dnů před nástupem do léčby pro něho byla smrt blízkého

kamaráda (se kterým od dětství společně konzumovali drogy), který byl zastřelen při nákupu drog. Pablo si za tuto událost klade vinu, myslí si, že ho měl varovat nebo jet na nebezpečné místo s ním. V prvních dnech léčby bojoval s touhou opustit léčbu a jít si „vyřídit účty“ s osobou, která kamaráda zastřelila (zabít ji). Smrt přítele a s ním spojený pocit viny je pro Pabla důležitým tématem.

## Průběh léčby v Takiwasi

### Zahájení léčby - obsah rozhovoru č.1

Vhledem k otřesu způsobeném **smrtí** blízkého **kamaráda**, začíná Pablo léčbu velmi rozrušený. Cítí silné pocity viny, je smutný. Má silný strach, děsivé noční sny, pocit, že ho v noci pronásledují nějaké **zlé síly** (duchové, démoni). Intenzivně přemýšlí o ukončení léčby. Chce se pomstít za smrt kamaráda a také být se svojí rodinou. Má strach že se jim něco stane, potřebuje se ujišťovat, že jsou v pořádku, jinak je nervózní a dělá si starosti. Někdy má chuť odjet, aby zkontroloval, jak se mají. Vyčítá si, že jim hodně ublížil když bral drogy. Velmi mu chybí, bylo pro něho těžké rozloučit se s nimi. Slíbil jim, že na sobě udělá velkou změnu a svůj slib chce dodržet.

Charakterizuje se především jako **drogově závislého**. To má vliv na celou jeho osobnost, už je skoro jenom tím, protože o zbytek své osobnosti přišel tím, že užíval drogy. Občas se za sebe styděl, když byl pod vlivem drog, chodil špinavý s nepříjemným pohledem, o nikoho se nezajímal. Cítil se neužitečný. Dívky ho nezajímal, všechny ignoroval. Ani jeho tělo nebylo připravené na sex, protože byl nemocný. Kvůli drogám byl propuštěn z práce automechanika, která ho velmi bavila a kterou vykonával dobře. Jeho snem bylo být automobilovým závodníkem, bohužel ale tento sen nemohl realizovat, protože „*nebyl dobrý*“, a proto chtěl s auty alespoň pracovat. Když ztratil práci, byl „*v depresi*“ a začal užívat drogy s ještě větší frekvencí a ve větším množství. Říká, že tou dobou „*bral všechno*“. Dělal různé práce, aby měl peníze na nákup drog, často si vydělával prodejem drog.

Nikdy si sám sebe nevážil. Vždy sám sobě lhal. Nemá se rád. Nevidí důvod, proč by měl. Ani druzí lidé si ho neváží. Není důležitý. Pouze pro jeho rodinu, ti ho mají rádi.

Dřív hodně lhal, neměl k nikomu úctu, včetně lidí, které měl rád. K rodičům se choval špatně, dělal si, co chtěl, byli mu jedno. Vadilo mu, že ho stále vnímali jako dítě a nutili ho, aby dělal věci, které oni chtěli. Často se hádali. Mnohem lepší vztah měl se **starším bratrem**. Velkým motivem k léčbě pro něho byl sen, který se bratrovi zdál a ve kterém bratr viděl, že pokud Pablo nepřestane brát drogy, zemře na problémy se srdcem. Když užíval drogy, dělal si o

něho bratr starosti. Je jeho životním vzorem, protože pro Pabla „*je to sportovec a výjimečný člověk, který mi hodně pomohl. Říkával mi ať neblbnu a neubližuji si*“. Takém na něm obdivuje to, že nebere drogy a je rádcem a ochráncem rodiny. Obdivuje také své rodiče pro sílu, kterou mají a že ho „*dostali až sem*“.

Lidé na něm kritizovali to, že **lhal a kradl**. Nechtěl vidět pravdu, kterou mu ukazovali. Vadilo jim také, že dělal věci jen pro peníze, včetně práce pro jeho rodinu (například domácí práce), a že ho zajímaly pouze drogy. Poslední narozeniny strávil sám, zdrogovaný, bez rodiny nebo přátel. Opravdové kamarády nikdy neměl. Kromě jednoho, se kterým od dětství bral drogy a který zemřel. Nikdy neměl kamaráda, který by mu pomáhal a dobře poradil.

Partnerku nemá, o dívku, kterou velice miloval a miluje dodnes, přišel před třemi lety. Bral drogy a hodně se kvůli tomu hádali. Nikdy ji nepřestane milovat a nemůže ji „*dostat z hlavy*“, neví ale, kde bydlí ani jak ji kontaktovat, protože se přestěhovala. Od té doby měl několik krátkodobých známostí („*tu a tam jsem si s nějakou vyrazil*“), ale do žádné dívky se už nezamíloval.

Opakovaně říká, že je člověk s **dobrým srdcem**, velkým srdcem, enormním. Cení si na sobě to, že je člověk, který „*všem všechno odpustí*“ a je hodně citlivý. Vždy pomáhal druhým. Umí dávat, někdy je dobrý „*až příliš*“. Nechá se ovlivnit kamarády a poslouchá jejich rady, kvůli kterým se nikdy nezměnil a nikdy nepřestal brát drogy. Je až moc důvěřivý. Hodně lidí ho zneužívalo, například k tomu, aby pro ně kupoval drogy. Je pracovitý, vždy se naučil dělat dobře svoji práci, umí dělat všechno možné. Je hodně schopný a aktivní, nedovede moc spát, rád je vzhůru a dělá věci, které mu „*zaměstnávají hlavu*“, protože jinak ho napadají ohrožující myšlenky.

Jeho zdraví je v pořádku, jediným problémem byla **deprese** a to, že bral drogy. Má drobné problémy se srdcem (šelest), které však nikdy nepocítil. Ačkoliv je katolík, ke své víře se nehlásí. Věří však v přírodu a v přírodní medicínu, a to mu dává sílu. Má rád „*Matku zemi*“.

Chtěl by přestat brát drogy, přestat lhát a „*vydržet víc*“, tedy dokázat dodržet to, co slíbí nebo co si naplánuje. Chtěl by být „*normálním člověkem jako všichni ostatní*“, pomáhat lidem, být zdravý, dávat druhým dobré rady. **Důvěřuje léčbě**, především rostlinám, které jsou léčivé, cítí se být v Takiwasi ochraňovaný lidmi, kteří tu pracují.

## **2. fáze (zahájení léčby - první dieta) - obsah rozhovoru č.2, zúčastněné pozorování**

Pablo říká, že se od doby, kdy vstoupil do Takiwasi, udály „*veliké změny v jeho osobnosti*“. Od příjezdu do Takiwasi se změnil asi ze 30%, tolik práce na sobě ještě nikdy neudělal. Tou nejdůležitější změnou je to, že už **nelže**. Lhal odmalička, tento mechanismus v něm „*byl*

uložený“. Teď když lže, cítí zlost sám na sebe a je z toho smutný. Má respekt k rostlinám, ke curanderos a lidem celkově, když bral drogy, k nikomu respekt neměl. Váží si lidí, kteří mu pomáhají. Je vděčný, že je v Takiwasi a cítí se tu chráněný (curandery, terapeuti a dalšími lidmi, kteří tu pracují). Takiwasi je pro něho „*silně duchovní místo*“, kde na sobě může v bezpečí pracovat.

Cítí se být hodně spojený s rostlinami a přírodou. Více se setkává sám se sebou, což je pro něho důležité. Sám sebe si více váží, tak na 70% ze 100%, dříve to bylo 0%. Má se rád víc než dřív. Ale ještě se úplně nezná. Teprve začíná objevovat sám sebe, kým je. Zatím pouze ví, že má dobré srdce. Musí se ale ještě vyléčit a být lepším člověkem. Chtěl by změnit to, aby si více věřil. Aby měl větší sebevědomí a byl citlivější. Aby byl více ve spojení s Bohem a rozvíjel svoji spiritualitu, aby byla pevnější a hlubší. Také by chtěl být klidnější. Již teď je klidnější, než býval, ale ještě mu v tomto ohledu dost práce zbývá. Snaží se více naslouchat druhým, ale nejprve se potřebuje naučit poslouchat sám sebe. Uvědomuje si, že stále ještě hodně mluví a málo naslouchá. Často se nedovede vyjádřit, když mluví a někdo ho přerušuje, „*rozházejí se mu slova*“ a neví, co chtěl říci, což ho velmi frustruje. Chtěl by se naučit **lépe komunikovat** a především urovnat si myšlenky. Také by chtěl dozrát a **dospět**. Nebát se toho, co se stane. Být si vědomý toho, že Bůh ochraňuje jeho rodinu a že se ani jemu nemůže nic stát.

Důležitým tématem jsou pro Pabla **zlé síly a energie**. Říká, že je na energie (dobré i špatné) velmi citlivý a že cítí, zda má člověk dobrou nebo špatnou energii a zda s ním tedy může mluvit. Cítí to především srdcem, ale i pohledem. Trochu dotyčného studuje, pozoruje, jak se chová, až dokud necítí nějakou energii. V Takiwasi mají všichni energii dobrou, s výjimkou jednoho pacienta, který má energii velmi špatnou a zatěžuje tím skupinu. Má v sobě hodně nenávisti, hněvu, naštvanosti na lidi a terapeuti. Pablo se snaží nevšímat si ho a hledět si svého, nebýt s ním a nemluvit s ním, ale velmi mu to znesnadňuje léčbu. V přítomnosti tohoto člověka se necítí v bezpečí. V noci se budí a má strach. Jako pozorovatel nabývám dojmu, že se jedná o mechanismus projekce, kdy Pablo na druhého pacienta projikuje své nezpracované pocity. V podobném duchu pracují s Pablem na tématu i psychoterapeuti.

Téma **strachu** se objevuje v procesu léčby Pabla velmi často. Hodně se bojí – v noci, na ayahuaskových sezeních, na dietě. Už od dětství se hodně bál, neví ale čeho. Má strach z mnoha věcí. Při zvládání strachu mu pomáhá Bůh a víra v něho.

Začíná vidět, jak moc **ublížil lidem** v okolí, především rodině. Mrzí ho mnoho věcí, které udělal a řekl (například matce). Vzpomněl si na situace, kdy byl jeho bratr celé noci vzhůru, protože ze strachu o něho nemohl spát a čekal na něj. Dochází mu, že ho hodně lidí

zneužívalo. Kupoval pro ně drogy nebo dělal jiné věci. Považoval je za kamarády, ale ve skutečnosti ho jen využívali.

Po fyzické stránce se cítí dobře, je zdravější a má „*lépe urovnanou hlavu*“. Musí se ale snažit zklidnit se a dělat věci pomalu. **Hlídá se** kvůli svému srdci. Nedělá náročné sporty. Uvědomuje si, jak nebezpečné pro jeho zdraví a život vůbec užívání drog bylo a že byl několikrát v situacích ohrožení života. „*Na ayahuasce jsem viděl hodně situací, kdy jsem mohl umřít. Třeba, jak jsem se předávkoval nebo když jsem jezdil pod vlivem drog rychle v autě. Nebo když jsem kupoval drogy od lidí, kterým se nedalo věřit a kteří mě mohli zabít. A taky, jak při tom trpělo moje nemocné srdce, které někdy bylo na hranici fungování*“.

Už nemá chuť brát drogy. Stále je pro něho však těžké zřít se **marihuany**. Je to „*jeho rostlinka, kterou miluje, přítelkyně a učitelka*“. Uvědomuje si, že mu její užívání způsobilo hodně problémů, že pro něho není dobrá a že mu poškodila paměť, ale stále se snaží najít způsob, jak ji užívat jiným způsobem nebo by ji chtěl alespoň pěstovat.

Důležitý je pro něho i rozvoj **duchovního života**. Dříve se hodně zajímal o materiální, snažil se mít se co nejlépe, mít nové auto, dost peněz, moci si někam vyrazit nebo si koupit, co se mu líbí. Tady v Takiwasi má minimum věcí, je tu bez ničeho, bez peněz a začíná si tak všeho více vážit. Váží si jídla (zejména, když se často musí postit, např. při dietě nebo před ayahuaskovým sezením), oblečení, rodiny a lidí, kteří mu pomáhají. Cítí vděk. Důležité pro jeho léčbu je rozvíjet spiritualitu. Chtěl by, aby mu Bůh pomohl očistit jeho špatnou energii i špatnou energii od jeho předků, aby odtud odešel zdravý a čistý. Spiritualita mu pomáhá také na ayahuaskových sezeních. Například poslední sezení bylo velmi temné, pokoušel se ho zmocnit démon. Spiritualita mu v takových chvílích dává sílu, Bůh ho ochraňuje, aby se mu nic nestalo.

Premýšlel trochu nad svojí **budoucností**. Chtěl by jednoduchý život – rozvíjet duchovní složku, být s rodinou, dávat lásku lidem, kteří ho mají rádi, najít si dobrou dívku a být s ní. Být zdravý a nemít moc problémů. Žít u moře a surfovat. Sportovat, pracovat jako automechanik. Mít všeho akorát. Na ayahuaskovém sezení si uvědomil, že přemíra čehokoliv (zejména peněz a péče) by mu nedělala dobře.

V Takiwasi mu nejvíce pomáhá především **dieta**, dále pak purgativní sezení, ayahuasková sezení a purghuasca. Myslí si, že 25% práce na sobě udělal na dietě, „*byl to velký krok dopředu*“. Na dietě čelil svému strachu, obavám a myšlenkám. Je to místo, kde se může setkávat sám se sebou, vidět, v čem se mýlí, co v životě udělal špatně. „*Pomáhá mi porozumět, proč jsem tu a co mám dělat*“. Na dietě jsou pro něho důležité klid, setkání s přírodou a se sebou samým, možnost „*naplnit se dobrou energií*“ a „*nechat tam nějaké*

ošklivé věci, které jsem v sobě ukryval“. **Purgativní sezení** Pablovi pomáhají „čistit energie a cítit se čistší. Více se uzemnit, být v těle. Nemyslet tolik, jako obvykle přemýšlím“. Důležité pro něho bylo purgativní sezení s purgahuaskou, které mělo silný vliv na jeho motivaci k léčbě. „Bylo to velmi silné, strašně jsem se bál. Bojoval jsem s hromadou démonů, viděl jsem hodně ošklivé věci uvnitř mě, hodně jsem zvracel. Viděl jsem sebe jako člověka, který lhal, bral drogy, ubližuje lidem, je hyperaktivní, ničemu nerozumí ... Potom jsem už byl v klidu, cítil jsem, že je mi dobře, že se mi nic nemůže stát, že je všechno v pořádku – mé srdce, břicho, mozek ... viděl jsem Boha, který mi řekl, že musím poslouchat mé tělo, můj mozek, mé srdce a že mám před sebou dlouhou cestu ... chtěl bych se změnit, být lepší člověk, respektovat druhé a dokončit léčbu“.

**Ayahuasková sezení** mu pomáhají tím, že mu „ukazují věci o mně – krásné i hodně temné“. Vždy měl strach se k těmto věcem přiblížit a podívat se na ně, na sezeních před nimi ale utéci nemůže. Poskytují mu bezpečné prostředí ke zkoumání sebe sama. „Tady se cítím chráněný, a tak to mohu začít zkoumat. Pak na tom pracuji s terapeutem.“ Na ayahuaskových sezeních často pláče, rozvzpomíná si na některé těžké události z dětství. „V dětství mi chyběla láska – matka měla rakovinu, byla chladná, nikdy se nezajímala, jak se mám, neobjala mě, neřekla, že mě má ráda. Otec zase pořád pracoval a zajímalo ho jenom, jak mi jde práce a škola. Pořád jsem hledal někoho, kdo mě bude mít rád, hledal jsem city, lásku.“

V **psychoterapii** Pablo pracuje také hodně se sny. „Mám hodně znamení ve snech. Jsou jiné než dřív. Více jasné, čistší.“ Říká terapeutovi vše, snaží se nic neskrývat a nelhat. Má k němu velkou důvěru. Myslí si, že by mohl léčbu již ukončit, že už viděl, co vidět měl. Zvládl by čelit životu a mít rodinu.

### **3. fáze (první dieta - polovina léčby)** - obsah rozhovoru č.3, zúčastněné pozorování

Pablo si uvědomuje, že na sobě udělal veliké **změny**. „„Tak, jak jsem na tom teď, se nepoznávám. Nikdy jsem si nemyslel, že bych se změnil tolik.“ Je mnohem klidnější, dělá věci svým tempem, dává si čas, který potřebuje. Vyhledává pohodu, kontakt se zemí a rostlinami, věci, které mu „dělají dobře“. I ostatní pacienti říkají, že je více v pohodě, tišší, klidnější a více v kontaktu se sebou. Více čelí životu a hledá řešení. Je si jistý, že „ze svých problémů vychází ven“. Zná sám sebe. Začíná mít představu o tom, co dělat, aby měl zdravý život a aby nezrelapsoval. Urovnává si život, snaží se v Takiwasi „naučit co nejvíc, dokud tu jsem, abych to pak, až odejdu, zvládal sám“. Pociťuje radost.

Cítí se o mnoho **zralejší** a dospělejší. Poslouchá rady druhých. Když neví, zda dělá věci správně, ptá se druhých a žádá si jejich rady. Je poctivý a přímý. Stará se o sebe. Sám sebe si



více váží. Cení si sebe. Ochraňuje se. Naučil se mít se rád. Snaží se dávat na sebe pozor, vyhledávat věci, které jsou pro něho dobré, a rychle utéci z toho, co je pro něho špatné. Je už v tomto směru dostatečně citlivý a dokáže tyto věci rozeznat. Jeho sebevědomí je zdravé, i když mu ještě trocha práce na něm zbývá. Na stupnici 0-10 by jeho míru teď umístil na 8, na začátku léčby tak na 4.

Cení si na sobě toho, že má dobré srdce, že ho umí dávat druhým, že má soucit, pochopení, je přátelský, má k druhým respekt a úctu. Jsou pro něho důležité jiné věci než dříve. Zajímá ho jeho rodina, on sám a to, jak dělat věci dobře. Chce se změnit a chce změnit způsob, jakým žil. Cítí, že odejde z Takiwasi „s dobrou energií a v hodně dobrém stavu“. Se všemi zkušenostmi, které tu získal, už nikdy nebude tím samým. Už teď přemýšlí mnohem „čistěji“, více věcem rozumí a má v nich jasno.

Jeho slabinou je to, že je stále ještě trochu **netrpělivý**. Někdy je nervózní a hodně citlivý. Prochází určitou **krizí**, kdy se usilovně pokouší změnit na sobě některé věci, ale nedaří se mu to. Jednou z těchto věcí je soustředěnost a schopnost urovnat si myšlenky, což je pro Pabla důležitým tématem. Již od počátku léčby měl „v hlavě zmatek“, který zapříčiňoval potíže v komunikaci a vyjádření se. Pablo pak v některých situacích působil hloupě a ostatní pacienti měli tendenci smát se mu, což se ho velmi dotýkalo. S tímto problémem bojuje dosud. „Pokouším se poslouchat lidi a srovnat si hlavu, ale je tolik věcí, co mám rozházených, že nevím, jak na to.“ „Vždycky když pracuji, chci to dělat co nejlíp. Když toho mám ale hodně, všechno se mi to v hlavě rozhází a jsem zmatený, což mě vždycky naštve.“

Dalším předmětem jeho frustrace jsou negativní a obavné myšlenky. „Zlobím se sám na sebe. Protože myslím na špatné věci. Chtěl bych mít dobré myšlenky, dělat věci dobře, ale nejde mi to.“ Tato zklamání pak opakovaně vedou k tomu, že Pablo pod vlivem zakoušené frustrace **zvažuje ukončení léčby** a má silné pochybnosti o sobě samém („Nedokážu dát cit nikomu. Mám hlavu tak v nepořádku, je plná démonů, cítím se jako blázen.“). Nakonec se ale vždy rozhodně v léčbě zůstat, hlavní vliv na jeho rozhodnutí má rozhovor s psychologem a ayahuaskové sezení („Diego [psycholog, který má Pabla v péči, pozn. autorky] mi řekl, ať s tím rozhodnutím počkám po ayahuaskovém sezení a ať se na to zeptám ayahuasky. Na ayahuaskovém sezení mi pak došlo, že by to pro mě nebylo dobré. Že mi ještě chybí hodně práce a že chci odejít jen ze strachu.“).

Uvědomuje si, že se už nechce dotknout **žádných drog** včetně alkoholu nebo cigaret. Bylo velmi těžké rozhodnout se, že nechá marihuany, vždy bylo něco, čím ho silně přitahovala. Až nedávno mu naplno došlo, že mu byla k ničemu a že kvůli ní „dělal spoustu zlých věcí, ztratil důvěru rodiny, ztratil jsem přítelkyni, co jsem měl, snížilo se mi sebevědomí, nevážil jsem si

*sám sebe, trpěl jsem.*“ Nyní si uvědomil, že už se nechce dál ničit ani ubližovat svému tělu. Také vidí mnoho možností, jak si užít život bez drog.

Myslí hodně na **rodinu**, což mu zároveň přináší smutek. Začíná mít náhled na některé věci, které se v jeho rodině udály a které ovlivňují jeho současný stav. *„Neposlouchám lidi, něco ve mně je zablokované, myslím si, že i proto, že se bojím, že by mi ublížili, křičeli na mě, něco mi vyčítali a tak jako u nás v rodině, kde se všichni pořád jen hádali“.* Také si je ještě více vědomý svého chování k blízkým v období, kdy užíval drogy. *„Když jsem se vracel domů zdrogovaný, často jsem byl agresivní, zlostný, rozbíjel věci, mlátil jsem kolem sebe, byl hnusný k rodičům, k sourozencům, byl hnusný na malého brášku, což je mi teď líto. Byl jsem mu hrozným příkladem, měl ze mě strach, bál se mě.“* Pablo si uvědomuje, že nutné vymezit se vůči své rodině a separovat se od ní. Odstěhovat se z domu rodičů, žít sám, nebýt na rodičích (zejména matce) závislý, navštěvovat je pouze, kdy chce on.

Ví, co chce dělat. I po odchodu z Takiwasi by se chtěl dále rozvíjet. Spřátelit se se zdravými lidmi, být v kontaktu s Bohem. Věnovat se svému oblíbenému sportu – surfování. Pracovat, nepoflakovat se. Najít si podnájem. Najít si partnerku. Mohl by jí nabídnout hodně porozumění, důvěry a lásky. Chtěl by se o ni starat a být k ní pozorný. Dávat jí to hezké z něho. nelhat. Moci o všem mluvit. Důležité hlavně je, aby byla zdravá a nebrala drogy. Rád by byl také otcem. Vždy měl dobrý vztah s dětmi. Je třeba, aby si našel nějaký životní cíl, aby opět nespadol do drog. Přemýšlí, zda pro něho není rizikové vrátit se na stejné místo, do své země. *„Mám odtamtud hodně špatných vzpomínek, znám tam hodně lidí, co berou.“*

Důležitou oporou mu je **spiritualita**. Celý život ji v nějaké formě hledal. Například dělal reiky, experimentoval s energií, hledal ji skrze zemi, přírodu, vítr, hory. V Takiwasi našel duchovní život prostřednictvím rostlin.

V Takiwasi mu během uplynulé etapy pomohlo hlavně **utrpení**. To, čím si musel projít. Uvědomil si, jak moc trpěl a nebylo pro něho snadné vidět všechny věci, které mu rostliny ukazovaly, a dělat to, co má. Ayahuasková sezení mu pomáhají tím, že mu *„ukazují zlé věci. Mé lži, malé sebevědomí, jak jsem se neměl rád, co dělám špatně ... skrze vize. Velmi ošklivé vize.“* Diety mu pomáhají, především k tomu, aby dospěl. *„Mám tam hodně myšlenek, hodně se bojím a setkávám se svým strachem. Rostliny mi ukazují, co jsem dělal a co mám dělat dál.. Uvědomuji si tam, jak dobrou energii nám dává příroda, země.“* Uvědomuje si, v jak špatném stavu do léčby nastoupil (*„Přijel jsem ve špatném stavu, hodně intoxikovaný, aniž bych věděl, kdo jsem. Byl jsem na hranici smrti, velmi blízko.“*) a děkuje Bohu a přírodě, že ho tolik naučili.

#### 4. fáze (polovina léčby - ukončení léčby) - obsah rozhovoru č.4, zúčastněné pozorování

Poslední dny je Pablo nervózní z blížícího se odchodu z léčby. Bojí se posledních dnů a posledních ayahuaskových sezení, má strach, že budou náročná. Velmi se těší, až odejde, poslední měsíce v léčbě pro něho byly **náročné**, opakovaně bojoval s myšlenkou, že by ji ukončil. Vadí mu být zavřený v centru, nemít svůj prostor a svobodu. Cítí se unavený. Říká, že „*je velmi velmi těžké vytrvat, dojít až do konce*“.

To nejdůležitější, co je na něm jiné, je to, že je klidný. Vnímá **vnitřní klid**. Vidí víc své chyby a pokouší se je překonat. V Takiwasi se také naučil vydržet. Hodně toho teď vydrží, má mnohem více síly a vytrvalosti. Dovede jít dál a dosáhnout věcí. Je upřímný, otevřený, už nepodvádí. Má se rád. Dovede si vychutnat věci, včetně svojí rodiny. To dříve neuměl. Rád s nimi mluví a cítí, že minulost a negativní zkušenosti z ní jsou už pryč. Chce se posunout dál. Je teď zralý a dospělý. O věcech přemýšlí, dívá se kolem sebe, ví, jak se cítí. Už není tak agresivní jako dříve („*Byl jsem venku dost agresivní – nikdo mi nemohl nic říct, neměl jsem strach z nikoho. Chtěl jsem být chlapem, a tak jsem byl vždycky dost agresivní a vynucoval si od druhých hodně autority.*“), nevyhledává konflikty a o všem si raději promluví. Má vnitřní disciplínu. I jeho rodina mu při návštěvě v Takiwasi řekla, že se změnil, že už není jako dříve. Jeho slabým místem je **komunikace** s druhými. Někdy příliš mluví a druhé neposlouchá. Nenechá je mluvit, je netrpělivý a trochu podrážděný. „*Mám strach z mého vzteku – hlavně, když mi lidi říkají věci, kterým nerozumím. Frustruje mě to a mám pak tendenci se hádat. Myslím, že to dělám proto, že se cítím sám a něčeho ve mně se to dotýká. Bude to asi něco v souvislosti s rodinou, nikdy jsme doma moc nemluvili.*“ Toto by v Takiwasi rád ještě změnil. Zároveň si však uvědomuje, že v tomto směru učinil jistý pokrok, že s druhými komunikuje lépe než dříve a že se dokáže lépe vyjádřit. Také by chtěl být trpělivějším, lépe se kontrolovat a nestěžovat si tolik.

Myslí hodně na **budoucnost**. Chce bydlet sám a studovat. Uvědomuje si, že pro něho samostatné bydlení bude náročné, protože celý život bydlel s rodiči a i v Takiwasi mu rodina velice chybí. Také ho už nebude nikdo ochraňovat a bude muset převzít zodpovědnost za svůj život. Vnímá to ale jako nezbytnost („*Už nechci nebýt závislý na rodině, nejsem už dítě. Už jsem vyrostl, jsem dospělý. Mám je moc rád, ale musím přerušit intenzivní pouto mezi námi, protože by mě mohlo přivést k relapsu.*“). Časem, až potká někoho, kdo za to bude stát, by rád založil rodinu vlastní. Je to pro něho důležité.

**Drogy** už ho nijak nepřitahují a nemyslí na ně. Uvědomil si, jakou funkci v jeho životě plnily, a také, že je možné dosahovat změněných stavů vědomí legitimním způsobem. „*Nijak se jimi [drogami] teď nezabývám. Ale mám z nich respekt. Tehdy mi pomohly, posloužily, byly*

*užitečné. Teď jsem si ale uvědomil spoustu věcí a už je nepotřebuji. Našel jsem spiritualitu, sebe, našel jsem rostliny, které se dají užívat ritualizovaně. Dřív jsme neměl k rostlinám respekt a užíval je bez rituálu, jak jsem chtěl. Od ayahuasky jsem se toho hodně naučil a mám k tomu všemu respekt. Už se nebojím, že bych zrelapsoval.“* Uvědomuje si, že způsob, kterým dříve rostliny užíval (ve formě drog, svévolně), byl špatný („Po tom, co jsem se tu naučil, bych si už nikdy nedal jakoukoliv rostlinu bez řádného rituálu, například sám doma. Naučil jsem se tu vážit si rostlin a taky sám sebe.“).

V Takiwasi mu pomáhalo **soužití s ostatními pacienty** a možnost vidět lidi, kteří zrelapsovali a vrátili se do léčby (čerstvá zkušenost – jeden pacient se vrátil do léčby ve špatném psychickém stavu asi před 2 týdny). Přínosné pro Pabla také bylo vidět vnitřní realitu jiných osob. „*Tady se sdílí všechno a díky tomu teď víc vidím druhé. Jejich osud, jejich pocity. Vážím si jich, vidím, jak trpí a že potřebují pomoci.*“

Pro Pabla byla důležitá také **ayahuasková sezení**, která mu ukázala mnoho věcí. V poslední době především, co dělat, aby nezrelapsoval, a také ho naučila respektu k sobě samému. Důležitou pro Pabla byla také zkušenost, že vytrval a **neukončil předčasně léčbu**. „*Nejdůležitější pro mě bylo, že jsem viděl, že navzdory všem mým pohnutkám, kdy jsem to chtěl vzdát a odejít, jsem našel sílu a zůstal. Bojoval, i když to bylo těžké. Že jsem celou dobu vydržel vidět všechny ty těžké věci, ustát střety s druhými, nevzdat to, A to mi venku hodně pomůže, protože díky tomu vím, že už toho umím mnoho víc, než jsem si myslel.*“ Vždy mu dělalo problém dokončovat věci („*nikdy jsem nic nedokončil*“) a raději volil drogy a snadnou cestu. Dokončení léčby pro něho bylo důležitou zkušeností.

Léčba v Takiwasi byla pro Pabla náročná („*je to to nejtěžší, co jsem kdy v životě dělal*“), ale důležitá a podařilo se mu změnit na sobě mnoho věcí („*jsem takový, jako jsem si nikdy nemyslel, že bych mohl být*“). Na poslední dietě cítil, jako by se znovu narodil – jako nový člověk. Absolvování léčby pro něho mělo smysl, říká, že měl velké štěstí, že tu „*mohl být, léčit se a poznávat se pomocí rostlin a stát se tak lepším člověkem*“. Chtěl by se i po odchodu z léčby dál pravidelně (s frekvencí jednou ročně) zúčastňovat ritualizovaných sezení s ayahuaskou a v práci na sobě pokračovat.

## **Informace o stavu pacienta po ukončení léčby**

Půl roku po ukončení léčby se Pablo cítí dobře. Léčba změnila jeho život a je teď „*zdravým člověkem*“. Žije v Argentině, v podnájmu bez rodičů a chystá se přestěhovat do Chile, kde se může věnovat surfování, které ho velice baví. Před krátkou dobou poznal dívku, se kterou

navázal vztah a do které se zamiloval. Neužívá žádné drogy, včetně cigaret a alkoholu, a ani nemá chuť užívat je. Zatím se mu nedaří najít práci, a tak žije z příležitostných brigád a za finanční podpory rodičů. V Chile by se chtěl účastnit ayahuaskového sezení s curanderem, v Argentině absolvoval u curandera jedno purgativní sezení s tabákem. Cítí, že „rostliny stále ještě zůstaly v těle a pracují“, což reflektuje zejména prostřednictvím výrazných snů.

Necelý rok od odchodu z Takiwasi je Pablo v náročné situaci. Žije v Argentině se svojí přítelkyní, se kterou zažívá „opravdový vztah“, pracuje na poště, neužívá žádné drogy. Cítí ale, že musí vyřešit ještě mnoho věcí souvisejících s jeho rodinou a životním směřováním, což mu připadá těžké a komplikované. Uvědomuje si, že v tomto ohledu potřebuje pomoci, zvažuje návštěvu curandera a je v písemném kontaktu se svým psychologem z Takiwasi.

Rok a půl po ukončení léčby se Pablo stává otcem, narodila se mu dcera. S přítelkyní, se kterou má vztah přibližně rok, je šťastný. Cítí se hrdý, byl to důležitý krok v procesu jeho zrání. Chce být dceři dobrým příkladem a ochraňovat ji.

## **Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 2**

Následující část práce si klade za cíl zodpovědět výzkumné otázky práce pro případ respondenta č. 2 (Pablo). Zároveň bere v potaz výsledky zjištěné v empirické části 2, které zde poslouží jako základní struktura pro zodpovídání výzkumných otázek. Výsledky respondenta č. 2 budou výsledky zjištěné v empirické části 2 doplňovat, rozšiřovat a případně korigovat.

### **1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?**

Pacient je na počátku léčby v minimálním kontaktu se sebou samým. Neváží si sebe, nemá se rád, nepřipadá si důležitý. Říká, že nevidí důvod, proč by tomu mělo být jinak. Sám sobě lže. Prožívá silné pocity viny (za smrt svého kamaráda, za ublížení rodině v době, kdy užíval drogy), někdy se za sebe styděl. Bránil se kontaktu se sebou samým, nechtěl o sobě vědět pravdu.

Důležitým v souvislosti se vztahem k sobě samému bylo rozhodnutí Pabla, které učinil v 2. fázi léčby – být k sobě upřímný, nelhat si. Díky tomu se pacient v léčbě intenzivně setkává se sebou samým a poznává se. Již v 2. fázi léčby sám sebe lépe zná a zároveň uvádí potřebu poznat se lépe a více se toho o sobě dozvědět.

Toto poznání podnítilo jeho zájem o další poznávání. Na základě lepší znalosti sebe samého si pacient začíná sebe více vážit, má se více rád. Uvědomuje si konkrétní věci, které by na sobě chtěl změnit. Více o sebe pečuje. Chybí mu stále ještě sebedůvěra.

Ve 3. fázi léčby se pacient zná dobře, je si vědomý svých potřeb, i toho, jak je uspokojovat. Zná své silné stránky i slabá místa. Ví, co mu škodí a co naopak pomáhá. Sám sebe si váží, má se rád, dává na sebe pozor a stará se o sebe. Uvědomuje si nutnost vymezit se vůči své rodině a převzít zodpovědnost za svůj život. Zároveň prochází krizí pochybností o vlastních schopnostech v době, kdy se mu nedaří realizovat určité změny. Ve 4. fázi léčby se tato témata dále rozpracovávají.

Na konci léčby má k sobě Pablo pozitivní vztah, má se rád a váží si sebe. Dobře se zná, ví, co od sebe může čekat. Převážně důvěřuje svým schopnostem, jedinou starost mu dělá schopnost komunikovat s druhými a to, že se někdy nedovede kontrolovat.

Srovnání případové studie respondenta č. 2 (Pabla) s výsledky empirické části 2 pro větší přehlednost zobrazujeme v následující tabulce:

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                                | Respondent č.2 (Pablo)                                                                                                                                         | Potvrzeno |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                |           |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                       | na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                              | ANO       |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe | nedostatek důvěry v sebe spojen zejména s pocitem, že zklamal druhé, negativním pohledem na svoji minulost a s neznalostí sebe samého                          | ANO       |
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                                                                                                                                                                                       | narůstá mírně již během 2. fáze léčby, výrazněji od 3. fáze léčby                                                                                              | částečně  |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                                                                                                                                                                                    | pacient od 3. fáze převážně důvěřuje sobě a svým schopnostem, v některých oblastech (komunikace, schopnost kontrolovat) však zůstává sám k sobě velmi kritický | částečně  |
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                                                                                                                                                                                       | na poslední dietě (4. fáze) popisuje Pablo zážitek „jako by se znovu narodil“, byl novým člověkem                                                              | ANO       |
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života                                                                                                                                                                                  | na konci léčby se pacient cítí připravený k ukončení léčby, schopný čelit nárokům                                                                              | ANO       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| a čelit drogám                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | běžného života, drogy pro něho nejsou zdrojem vědomých obav, má pocit že má toto téma vyřešené a zpracované                                                                                         |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Respondent č.2 (Pablo)</b>                                                                                                                                                                       | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                                                                                                                                                                                                                              | pacient popisuje, že má sám sebe rád již od 2. fáze léčby                                                                                                                                           | částečně         |
| - nárůst souvisí zejména se sebepoznáním                                                                                                                                                                                                                                                                                 | narůstá zejména díky sebepoznání                                                                                                                                                                    | ANO              |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                                                                                                                                                                                                                          | zde se tato tendence projevila opačným způsobem – pokles důvěry v sebe měl negativní vliv na motivaci k léčbě (pacient chtěl léčbu ukončit, protože nevěřil, že dokáže některé věci na sobě změnit) | částečně         |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebepoznání                                                                                                                                                                                                                                                            | pacient se chce poznávat i po ukončení léčby, chce pravidelně docházet na ayahuasková sezení s curanderem                                                                                           | ANO              |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                                                                                                                                                                                                                    | tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                                                                                                                       | nejisté          |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                                                                                                                                                                                                                   | k nárůstu důvěry k sobě docházelo v průběhu celé léčby                                                                                                                                              | NE               |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                  |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                                                                                                                                                                                                                          | pacient sám sebe nepřijímá, nevidí důvod, proč by měl                                                                                                                                               | ANO              |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:<br>i) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)<br>j) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)<br>k) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)<br>l) pacient nezná sám sebe | negativní vztah pacienta k sobě pramení z jeho negativního chování v minulosti, pocitů viny a neznalosti sebe samého                                                                                | ANO<br>(a, d)    |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva                                                                                                                                                                                     | ve 2. fázi léčby se pacient začíná přijímat a mít se rád                                                                                                                                            | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu                                                                                                                                                                                                                    | pacient se ve 2. fázi začíná přijímat zejména díky sebepoznání, prvním                                                                                                                              | částečně         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| života a přival pozitivních zkušenost (a z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje)                                                                                                                                                                                         | úspěchům v léčbě a rozhodnutí změnit některé způsoby svého chování, které se mu daří realizovat                                                                                           |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Respondent č.2 (Pablo)</b>                                                                                                                                                             | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebedůvěry spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                                                                                                                | pacient se konfrontoval s některými výraznými negativními pocity (vina, strach, paranoia), pochopil jejich zdroj, některé z nich částečně zpracoval                                       | ANO              |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebedůvěry                                                                                                                                                                                                                               | pacient se má rád, respektuje se                                                                                                                                                          | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebedůvěry bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                                                                                                  | pacient uvádí, že na sobě udělal velké změny a že se cítí mnohem zralejší                                                                                                                 | ANO              |
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                                                                                                     | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, žádá o odpuštění své blízké                                                                                                                 | NE               |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                                                                                                         | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří                                                                                                                                              | NE               |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                                                                                                 | pacient sebelítost explicitně neprojevuje                                                                                                                                                 | NE               |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                                                                                                          | pacient pochybuje o vlastních schopnostech, zažívá menší krizi ve 3. fázi a větší ve 4. fázi léčby, tato krize má vždy za následek další práci na sobě a je pozitivním přínosem pro léčbu | ANO              |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe                                                                                                                                                                                                                         | pacient od konce 2. fáze léčby přijímá sám sebe                                                                                                                                           | ANO              |
| - ve 4. fázi mívá sebedůvěry pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu) | pacient se trvale přijímá, zná dobře sám sebe (svou pozitivní i negativní stránku), respektuje se, reflektuje výrazné změny, které na sobě učinil                                         | ANO              |
| - zdrojem vzrůstajícího sebedůvěry je proces sebezpoznaní                                                                                                                                                                                                                   | pro sebedůvěru pacienta bylo sebezpoznaní klíčové                                                                                                                                         | ANO              |
| - proces sebedůvěry prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                                                                                                                                                                       | pacient hledal odpuštění u druhých osob, o odpuštění sobě samému ale nehovoří                                                                                                             | NE               |
| - sebedůvěra bývá spojena s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                                                                                                                                                                      | pacient se konfrontoval se svými negativními pocity a v průběhu léčby se s                                                                                                                | ANO              |



|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                                   | nimi vyrovnával, což výrazně napomohlo přijetí sebe samého                                                                                                            |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                 | <b>Respondent č.2 (Pablo)</b>                                                                                                                                         | <b>Potvrzeno</b> |
| <b>Sebepoznání</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                  |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                         | Pablo tuto potřebu explicitně nevyjadřuje                                                                                                                             | nejisté          |
| - potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty | pacient tuto potřebu explicitně nevyjadřuje                                                                                                                           | nejisté          |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                    | celá léčba je dlouhým procesem poznávání sebe sama, pacient se o sobě dozvídá neustále něco nového                                                                    | ANO              |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se                                                                 | ve 4. fázi pacient ví, kým je a co od sebe může očekávat                                                                                                              | ANO              |
| - sebepoznání vede k potřebě dalšího sebepoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                      | jakmile se o sobě pacient dozvídá některé věci, vyslovuje potřebu dalšího sebepoznávání, pacient má záměr pokračovat v sebepoznávání i po ukončení léčby              | ANO              |
| - proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                   | léčba pacienta je na poznávání sebe sama založena, toto poznání je důležité pro porozumění sobě a svým vnitřním mechanismům i pro prevenci relapsu po návratu z léčby | ANO              |

Tab. č. 33: Srovnání výsledných zjištění empirické části 2 a studie respondenta č.2.

Formování vztahu k sobě samému se vyvíjí až na drobné odchylky v souladu se zjištěnými tendencemi (viz. Empirická část 2). Na počátku léčby je pacientův vztah k sobě samému negativní, od 2. fáze se začíná zlepšovat a v 3. a zejména 4. fázi léčby je tento vztah pozitivní. Pacient sám sebe přijímá a důvěruje si. Mezi nejdůležitější mechanismy pro zlepšení vztahu k sobě samému patří sebepoznání, konfrontace s negativními pocity a změna chování k sobě samému. Většina tendencí popsaných v kap. 8.5 se v případě respondenta č. 2 potvrdila (viz. tabulka č.33).

Kromě popsaných tendencí je patrný ještě jeden faktor, který hrál důležitou roli v procesu formování vztahu k sobě samému u respondenta č. 2. Tímto faktorem je **upřímnost k sobě samému**. Pacient v minulosti sám sobě lhal, netoužil po sebepoznání, nechtěl o sobě vědět

pravdu. Rozhodnutí změnit tento postoj (a být k sobě upřímný) bylo nezbytným předpokladem práce na sobě a celé léčby.

## **2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**

Organizace léčby v Takiwasi byla v případě respondenta č. 2 vhodná pro proces formování jeho vztahu k sobě samému. Poskytla bezpečné prostředí pro to, aby se pacient sám sobě otevřel a začal se poznávat. V tomto směru učinil během léčby výrazné pokroky (od naprostého uzavření se sobě a klamání sebe samého po znalost sebe samého a touhu po dalším sebepoznávání). Pacient udává v každé fázi léčby jiný faktor, který mu v práci na sobě samém pomohl – ve 2. fázi léčby hovoří zejména o dietě, ve 3. fázi léčby o utrpení, kterým prošel, a o ayahuaskových sezeních a ve 4. fázi léčby o soužití s ostatními pacienty.

### **Užívání rostlin**

Z výpovědi respondenta vyplývá, že za nejdůležitější prvek léčby považuje užívání rostlin. To, že jsou rostliny součástí léčby v Takiwasi bylo důvodem, proč se rozhodl léčbu zde absolvovat. Respondent má k rostlinám a jejich užívání velkou důvěru, což má vliv na celou motivaci k léčbě. Za nejdůležitější považuje především pobyt na dietě a ayahuasková sezení. Rostliny mu pomáhají zejména čelit strachu a obavám, setkávat se se sebou samým a reflektovat své myšlenky. Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č.3.

### **Psychoterapeutická komunita**

Pro úspěšné dokončení léčby bylo pro pacienta důležité soužití s ostatními pacienty. Zejména vyzdvihuje možnost setkat se s pacienty, kteří po ukončení léčby zrelapsovali a vrátili se opětovně do léčby, sdílet s druhými zážitky (z ayahuaskových sezení, z diet aj.) a poznat vnitřní realitu jiných osob. Prostřednictvím soužití s ostatními pacienty se respondent také učil novým vzorcům chování, efektivní komunikaci a naslouchání. Velmi důležitou pro něho byla také zkušenost, kdy se opakovaně rozhodoval pro ukončení léčby a nakonec v léčbě zůstal a dokončil ji.

## Psychoterapie

Pacient o psychoterapii mnoho nehovoří. Klíčovým zde bylo zejména rozhodnutí navázat s psychoterapeutem upřímný vztah – nelhat mu a nic před ním neskrývat, což byla pro Pabla nová životní zkušenost. K psychoterapeutovi měl velkou důvěru. Psychoterapie mu pomohla objasnit a interpretovat některé události z ayahuaskových sezení, purgativních sezení, pobytů na dietě a v léčbě vůbec (např. jeho silné obavy a stavy paranoii). Toto objasnění bylo důležité zejména v případě ayahuaskových sezení, kdy se opakovaným tématem stávali démoni a boj s nimi. Respondent měl tendenci chápat obsahy těchto sezení konkrétně, tedy jako boj zlých entit o jeho duši. Psychoterapeut ho pak musel opakovaně a intenzivně vést k tomu, aby vnímal tyto obsahy vizí symbolicky a metaforicky – tedy jako boj s negativní stránkou sebe samotného. V tomto případě byla tedy role psychoterapeutického doprovodu pacienta velmi důležitá – bez ní by nebyl schopný přisoudit tyto obsahy sobě a ztotožnit se s nimi, a navíc by v něm rostly pocity strachu a paranoii.

Dále měla psychoterapie funkci podpůrnou – např. dodávala pacientovi odvahu zúčastnit se další diety nebo zkoušet nové způsoby chování, také mu pomohla v rozhodnutí zůstat v léčbě a dokončit ji.

Při srovnání procesu léčby respondenta č. 2 a poznatků uvedených v empirické části 2 můžeme říci, že tento proces odpovídá uvedeným zjištěním.

### **3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?**

Užívání rostlin bylo pro pacienta nejdůležitějším prvkem léčby. Dává jej do souvislosti zejména se sebepoznáním, s konfrontací s negativními pocity a s introspekci.

## Ayahuasca

Ayahuasková sezení mají na vývoj vztahu respondenta č.2 k sobě samému významný vliv, zejména proto, že jsou pro něho nejdůležitějším zdrojem sebepoznávání. Během sezení mívá pravidelně silné vize, které mu přinášejí informace týkající se jeho osoby (pozitivní i negativní). Z účasti na ayahuaskových sezení mívá často strach, protože je zde konfrontován s obsahy, před kterými dříve utíkal. Výhodou ayahuaskových sezení je podle jeho slov fakt, že zde před těmito obsahy utéci nemůže a je nucen jim čelit, tedy „*podívat se pravdě do očí*“. Zároveň se během sezení cítí být v bezpečném prostředí ke zkoumání sebe samotného. Na

ayahuaskových sezení se setkává s pocity, které si dříve nepřipouštěl (např. smutek, strach, vina), rozvzpomíná si na některé události z dětství, získává zpětnou vazbu o svém počínání („ukazuje mi, co jsem udělal blbě a co mám dělat jinak“) a podněty pro život („ayahuasca mi ukazovala, co dělat, abych nezrelapsoval“). Dále zažívá respondent na ayahuaskových sezeních prožitky lásky k sobě samému a kontaktuje se se svým tělem. Důležitým a opakovaným tématem ayahuaskových sezení je v případě Pabla střet s negativní stránkou sebe samotného (démoni a boj s nimi).

### Diety

Jako nejdůležitější účinný faktor v léčbě a při formování vztahu k sobě samému v 2. fázi léčby uvádí respondent pobyt na dietě. Říká, že zde učinil 25% celé práce na sobě. Dieta je místo, kde se může setkávat se sebou samým, vidět v čem se mýlí a co udělal špatně. Říká, že mu diety pomáhají dospět. Setkává se zde s vlastním strachem a jinými intenzivními pocity, které nejdou rozptýlit jinými činnostmi. Důležitá je pro něho také možnost eliminovat na dietě některé části sebe samého, se kterými již dále nechce žít („nechat tam nějaké ošklivé věci, které jsem v sobě ukrýval“). Na poslední dietě zažil respondent pocit znovuzrození – po náročných stavech, kterými procházel, se nakonec cítil „jako nový člověk“.

### Purgativní sezení

Purgativní sezení mají na vztah k sobě samému a jeho formování také výrazný vliv. Přivádějí respondenta do intenzivnějšího kontaktu se sebou samým, umožňují eliminovat některé negativní pocity ve vztahu k sobě (např. pocity viny), pomáhají pacientovi cítit se vnitřně „čistěji“. Významné bylo pro respondenta purgativní sezení s purgahuaskou, které mu „otevřelo oči“ v pohledu na sebe samého a mělo tak velký vliv na vztah k sobě i na motivaci k léčbě.

Tato zjištění odpovídají výsledkům empirické části 2.

## **PŘÍLOHA č. 6: Případová studie 3**

### ***Případová studie 3 - Oscar***

#### **Anamnestické údaje**

Demografické údaje: 32 let, Peruánec, středoškolské vzdělání (opakovaně nedokončil studium na VŠ), svobodný, bezdětný, bez vyznání. Pracuje jako vedoucí rodinné obchodní firmy. Žije ve vlastním bytě v Limě. Žádné zdravotní ani psychiatrické obtíže.

Dojem: Oscar je menší drobnější postavy, má krátké tmavé vlasy, tmavé oči, bledou pleť. Působí unaveně a trochu nezdravě. Je upravený, oblečený v elegantních kalhotách a košili, zakládá si na tom, jak vypadá a jak hovoří. Rád se poslouchá. Hovoří sebejistě, používá spisovnou řeč a složitější větné konstrukce. Na prvním setkání ve mně budí trochu strach, zejména proto, co říká o své minulosti a také proto, že o těžkých ublíženích, která způsobil druhým lidem, vypráví s klidem a bez zjevné emoční reakce. Později se vedle něho cítím již klidně, ačkoliv stále působí velice narcisticky.

#### Primární rodina:

Rodinné prostředí Oscara je spíše chladnější, orientované na výkon. Rodiče spolu formálně žijí, není mezi nimi však již žádný partnerský vztah. Manželství udržují především kvůli rodinnému podniku (velká známá peruánská obchodní firma), kolem kterého se točí chod celé rodiny. Je v něm zaměstnán otec, matka, Oscar, jeho sestra i oba jeho bratři a jejich manželky. Matka je citově chladná, s dětmi nikdy příliš nekomunikovala, myslí především na sebe. Otce zajímá především firma, má několik mimomanželských poměrů a bývá často obchodně na cestách. Oscar je nejmladší ze čtyř sourozenců. Oba bratři mají kvalitní vysokoškolské vzdělání, pracují v rodinném podniku, založili rodiny, jeden je úspěšný sportovec a žije velmi zdravým způsobem života. Sestra žije především prací, má hodně osobních problémů, zneužívá léky na lékařský předpis.

Drogová historie: Pacient byl závislý především na kokainu, který užíval 15 let, posledních 5 let denně. Říká, že bez kokainu už ani ráno nemohl začít den. Dále 10 let denně užíval clonazepam a marihuanu. Podstoupil ambulantní léčbu (psychoterapie) a docházel na setkání Anonymních alkoholiků. Oboje bez většího efektu.

Akutní problém: Posledních 6 měsíců bylo pro pacienta nesnesitelných. Bez drog již nedokázal dělat nic, ani vstát ráno z postele. Žil ze dne na den. Je velmi zmatený. Chtěl by se především zbavit drogové závislosti, mít klidnou mysl a cítit se šťastný.

## Průběh léčby v Takiwasi

### Zahájení léčby - obsah rozhovoru č.1

Oscar sám sebe charakterizuje především jako **nemocného člověka** – trpí závislostí. Užíval drogy 15 let, tedy velkou část svého života. Bez drog už nedovedl fungovat, říká, že v posledních letech byl „*na drogách permanentně*“. Nakonec kvůli nim ztratil zájem o vše, také rezignoval na své životní plány. Užívání drog dává do souvislosti s tím, že je impulzivní a agresivní.

Charakterizuje se jako velmi citlivý, sentimentální, dobrý člověk, který se snaží mít šťastný život. Jeho pozitivními stránkami je to, že je velmi inteligentní, pracovitý, schopný v práci, pohledný, hodný, čestný a má soucit. Slabinou je jeho chabá schopnost soustředit se, nic dalšího ho nenapadá. Jeho vysoká inteligence měla i odvrácenou stranu – někdy ji využíval ke špatným účelům – pomáhala mu manipulovat, lhát a schovávat to, že bere drogy.

Sám sebe si neváží, zejména kvůli tomu, co v minulosti dělal. Za tyto věci se stydí. Neměl se rád. Kdyby se rád měl, neubližoval by si tolik. Protože nemá rád sám sebe, nedovede mít ani rád druhé. Jediný, kdo ho má rád, je jeho rodina. Nemá kamarády, pouze jednu kamarádku, která žije ve Francii a se kterou si občas telefonují.

Oscar je velmi **nedůvěřivý až paranoidní**. Dává si vždy pozor, pečlivě sleduje, co se kolem něho děje, je vypočítavý. Vnímá to jako svou přednost. Před nástupem do léčby chodil trvale se zbraní, i s ní spával. Báł se, že by ho někdo mohl přepadnout a zabít. Zmiňuje incidenty, kdy se zbraní v ruce ohrožoval svého kolegu, aby ho ponížil, a jednu ženu z práce, kterou tak nutil k sexuální aktivitě s ním. Opakovaně porušoval zákon, např. denně řídil opilý a pod vlivem drog. Tuto situaci pak řešil uplácením policie a příslušných úřadů (on nebo někdo z jeho rodiny). Nikdy k nim neměl úctu, nezajímaly ho.

Opakovaně se pokoušel o studium na univerzitě, ale žádný obor nedokončil. Cítí se kvůli tomu v rodině i v práci méněcenný. Své neúspěchy vysvětluje především tím, že byl jako dítě (a i později) hyperaktivní – neměl ve škole dobré známky, ani se nechoval dobře.

**Centrem jeho života je práce.** Vždy poctivě a vytrvale pracoval, i přes drogy a další problémy. V práci byl velmi úspěšný, když si něco předsevzal, dosáhl toho. Měl velký respekt u svých spolupracovníků. Nikdy mu nechyběly finance, měl vlastní luxusní byt, vlastní auto.

Byl vysoce společensky postavený. Většinu peněz utrácel za drogy. Drogy užíval částečně i kvůli práci. Pracoval denně od šesti do půl osmé, a potom od osmi hodin studoval. Aby vydržel bdělý, užíval kokain. Bylo toho na něho příliš.

Vztah s rodiči nebyl špatný, pracovali spolu a relativně dobře spolu vycházeli. Jenom jim vadila jeho závislost – jeho nemoc nakonec ovlivnila celou rodinu. Byli nervózní a podráždění. Teď, když vědí, že přijal to, že je nemocný, a léčí se, jsou klidní. Otec ho vždy ve všem podporoval a pomáhal mu. Oscarovi se na něm nelíbilo, že měl velké množství milenek. Několikrát mu to pod vlivem drog vyčetl, otec ale vše popřel. Celá rodina o otcových nevěrách ví, včetně matky, která tento fakt ignoruje. Rodiče spolu žijí jen formálně, kvůli podniku a obrazu ve společnosti. S matkou nemají mnoho společného. Oscar je perfekcionista, ona je zaměřená na rychlost a je jí jedno, jaký bude výsledek. Nikdy mu nedávala mnoho lásky, podobně jako otec. Myslela jen na sebe a působila mu hodně utrpení. Na matce mu vadí především to, že si nechá líbit chování svého manžela. Oscar se **porovnává se svými bratry**, kteří jsou úspěšní – vystudovali kvalitní univerzity, jsou uznávaní podnikatelé, mají vlastní rodiny a šťastný spořádaný život. Širší rodina si myslí, že promarnil život a vyčítají mu jeho závislost. Jeho však jejich názor nezajímá, je mu jedno, co si o něm myslí.

Ve svém životě potkal pouze jednu ženu, kterou miloval. Byla to Francouzka, kolegyně z práce. Jejich vztah trval 2 měsíce, potom se vrátil zpět do Evropy. Byla opakem Oscara – byla klidná, nebrala drogy a nenáviděla zbraně. Jejich vztah byl dobrý, ale nemohl přetrvat z důvodu velkých osobnostních odlišností. Oscar jí dával něhu a lásku, ale byly i okamžiky, kdy se velmi hádali a nebavili se spolu. Nakonec jí řekl, aby si našla někoho lepšího, než je on. Nechce se navíc vázat, chce žít svůj život svobodně a ne pro někoho. Jinou ženu nikdy nemiloval. Nedovedl jim dát lásku. Děti nemá, popisuje však situaci, kdy ho označila za otce svého dítěte jedna žena (také kolegyně z práce), avšak testy otcovství, které si vyžádal, toto tvrzení zpochybnilo.

Jeho zdravotní stav je dobrý – jeho jedinou nemocí je závislost na alkoholu a drogách. Vadí mu, že je příliš hubený, což přisuzuje tomu, že začal nadměrně užívat alkohol v příliš nízkém věku (15 let), což zastavilo jeho fyzický rozvoj – už dále nerostl ani nepřibral na váze. Věří v Boha jakožto univerzální sílu a stvořitele všeho. Nevěří ale v žádnou církev, protože to jsou pokrytci. Obzvláště církev katolická.

Má důvěru v léčbu, je přesvědčený, že z Takiwasi odjede „jako jiný člověk“, což znamená člověk bez strachu a obav, které mu drogy způsobovaly. Je mu líto let, které promarnil.

## 2. fáze (zahájení léčby - první dieta) - obsah rozhovoru č.2, zúčastněné pozorování

Oscar se nyní cítí mnohem **klidnější**. Nic se na něm nezměnilo zásadně, některé jeho nedostatky jsou ale již mírnější, například je méně netrpělivý a více tolerantní. Dříve by rozhodně nevydržel dodržovat pravidla nebo doporučení terapeutů, nyní je dokáže tolerovat. I tak ho ale stojí velkou námahu přijmout a dělat to, co mu říkají druzí. Dovede lépe **kontrolovat** svůj **hněv**. Dříve by vybuchnul a zareagoval, nyní si jen myslí pro sebe své, i když je to velmi náročné.

Klíčovou otázkou v tomto období je **motivace k léčbě**. Oscar často dostává sankce za porušení pravidel, občas cítí rezignaci a **zvažuje odchod z léčby**. Myslí si, že by se už mohl vrátit a pokračovat v životě. Dařilo by se mu dobře. Je spokojený s procesem očisty, který v Takiwasi udělal – léčbu zde vnímá spíše jako očistu – tělesnou a mentální, než jako rehabilitaci. Ještě mu sice zbývá urovnat některé věci, ale již ví jak a mohl by tak udělat mimo Takiwasi. Zvažuje, že by v Takiwasi zůstal pouze šest měsíců. Vadí mu tu zejména to, že nemůže dělat věci, které dělal, a že musí poslouchat pokyny druhých. Během seminářů je sice fyzicky přítomen, ale přemýšlí si „*nad svými věcmi*“ – zejména nad tím, co udělá, až odejde z léčby nebo si vytváří nejruznější možné scénáře situací, které by mohly nastat.

Oscar říká, že se nyní lépe zná, začíná si teprve **uvědomovat, kým je**. Jeho osobnost je ale velmi nestálá, hodně se tu mění, je jiný ráno a jiný večer. Jeho výkyvy jsou ale menší než dříve. Cítí se teď mnohem zranitelnější, a to mu velmi vadí.

**Důvěřuje více druhým**, i když ho to stojí velké úsilí. Dříve byla jeho důvěra nulová, nevěřil „*absolutně nikomu absolutně nic*“. Nyní by míru své důvěry ke druhým ohodnotil 3 body z 10. V souvislosti s důvěrou hovoří také o tématu strachů. Zasahují ho stále, nyní jsou ale více identifikované – ví, o co se jedná, a má je více pod kontrolou. Dovede lépe rozeznávat, „*co je jen v mojí hlavě, a co je skutečné*“. Dříve to tak nebylo. Jeho obavy pro něho byly realitou, a to vedlo k tomu, že byl paranoidní. Nedůvěřoval ani rodině, ani policii, ani kamarádům. „*Často jsem kamarády zradil, a tak mi nedůvěřovali. Stejně tak oni zrazovali mě, a proto jsem jim nemohl věřit.*“ Uvědomuje si, že tato silná nedůvěra souvisí s užíváním drog. „*Moji nedůvěru a paranoii rozjel kokain. Během jeho užívání se moje hlava rozházela, všechno se přetočilo a já vnímal, že nemohu důvěřovat druhým a že druzí jsou a tom stejně.*“ Ještě stále se stává, že ho některé obavy přemohou.

Sám **k sobě má pozitivnější vztah**, i když tento vztah ještě rozhodně není ideální. „*Nevím, jestli mohu přímo říci, že si sám sebe vážím, ale mám se radši, už si nechci víc ubližovat.*“ Uvědomuje si, že tak v minulosti činil, že se chtěl zabít a dělal to nejruznějšími způsoby – počínaje drogami a vyhledáváním limitních situacích, kdy mu hrozila smrt. Jeho riskantní



chování také souviselo se snahou získat pozornost blízkých osob. *„Ostatní si mě vždycky všimli, až když se mi něco stalo, nějaká vážná nehoda. Jinak o mně nevěděli.“* Nyní si cení života. Chce zůstat naživu a využít této příležitosti uzdravit se. Také má více chuti k jídlu, cítí, že více žije a více si věci vychutnává. Dříve mu nic nedělalo radost, většinou ani nejedl. Teď se stará o svoji tělesnou schránku. Začíná se mít rád, dělá mu ale stále ještě problém mít rád druhé. Bývá se sebou převážně spokojený, tento stav ale narušují rozhovory s psychoterapeutem. *„Bývám sám se sebou spokojený, pak jdu na rozhovor s terapeutem a bum. Srazí mě to k zemi ... Terapeut mě často hodně rozhodí. Vadí mi, že nemůžu být v klidu, že mě nenechá.“* Myslí si, že toto chování psychologa mu v ničem nepomáhá, možná ho trochu posiluje.

V tomto období pracoval na tématu **rodiny**. Hodně toho v této souvislosti pochopil, zejména na dietě. Více teď rozumí členům rodiny a dovede vidět situaci z jejich úhlu pohledu. Díky tomu má teď již větší pochopení pro některé věci, které dělali. Uvědomil si, jak náročný je *„mít doma někoho, kdo bere drogy“*. Došlo mu také, že jeho rodina byla výrazným negativním faktorem v jeho životě a že je závislost téma celé rodiny – *„drogy u nás berou skoro všichni, ve formě prášků na spaní, na psychiku, alkoholu a podobně“*. Také si uvědomil, že je nutné s nimi komunikovat, zejména v pracovních záležitostech, které jsou pro něho důležitější, než ty osobní (*„více než jejich osobní život mě zajímá, jaké vtahy máme v práci“*). Dříve dělal věci bez jejich souhlasu a prostě jim je oznámil, když byly již zrealizované. Teď se s nimi chce nejprve radit.

Oscar získal **náhled na některé své chování**. *„Došlo mi, že jsem velký sobec. Myslím jen na sebe a na uspokojení mých přání, na mé potřeby dřív než na druhé. To jsem si uvědomil a stálo mě velké úsilí přijmout to a změnit to. Pokouším se něco s tím dělat, ale moc to nejde. Občas se mi to daří a pak jindy nemám sílu, chuť, vykašlu se na to. Pamatuji si na jedno přísloví, co mi říkala matka, ani nevím proč: První jsem já, potom já a pak já. A toto ve skutečnosti praktikuji. A to je důsledek. Nezajímají mě druzí. A to mi došlo.“*

Také si uvědomil, že zneužíval svoji inteligenci a schopnost vidět situaci z různých úhlů pohledu – umožnilo mu to dělat v životě mnoho přestupků a prohřešků. Vždy dokázal najít kličku, jak uniknout pravidlům. Chtěl mít ze všeho co největší zisk. není si však jistý, zda se tohoto chování dovede někdy vzdát. Nemá k tomu motivaci, protože ví, jak by ho mohlo v budoucnu obohatit.

V Takiwasi mu pomáhá především to, že je bdělý a má *„čistou hlavu“* – tedy, že je detoxikovaný a může věci analyzovat. **Ayahuasková sezení** nevidí jako příliš léčivá. Mívá na nich často vize o sobě. *„Jsou to příšerné věci. Hrozné. Brrr. Nemám sezení rád, protože pořád*

vidím hnusné věci. Na každé sesi vidím tak deset procent hezkých věcí a devadesát je strašných.“ Tyto zkušenosti mu umožňují vidět věci z jiného úhlu. Jde to podle jeho názoru ale i jinak.

**Purgativní sezení** mu pomáhají. Vnímá, že mu hodně „pročistila hlavu“. Purgativní sezení mu také pomáhají uvolnit některé pocity. „Skoro pořád teď po purze [myšleno po purgativním sezení, pozn.] brečím a jsem hodně citlivý. Myslím, že je to tím, že se něco uvolňuje.“

Také mu velmi pomohl pobyt na **dietě**. Lépe díky němu porozuměl vztahu s rodinou a své minulosti. „Objevily se mi některé vzpomínky – velmi jasně, a já je mohl rozebírat. Cítil jsem střídavě velký smutek, brečel jsem, a radost, spokojenost. Už dlouho, jestli vůbec někdy, jsem nebyl tak šťastný a nebylo mi tak dobře.“ Dieta pro něho byla nejdůležitějším prvkem léčby. Zajímavý byl silný **spirituální zážitek**, který Oscar na dietě zažil. „V jednom okamžiku jsem umíral hladem, který byl obrovský a ucítil jsem velmi silný duchovní kontakt. Hodně jsem se modlil. To jsem nikdy předtím nedělal. Nikdy jsem se nemodlil. A tady, na dietě, jsem se začal modlit a modlil jsem se skoro celou dobu, kdy jsem byl vzhůru. Přinejmenším šestkrát, sedmkrát během dne. Dělal jsem to hlavně proto, abych se zbavil myšlenek na jídlo. Hodně mi to pomáhalo. V jednom okamžiku jsem se začal modlit a ucítil extrémní hlad. Ucítil jsem vůni jídla, chutě. Myslel jsem, že se z toho opravdu zblázním, že zešílím, a tak jsem se modlil a modlil. Bylo to v den, kdy se pil tabák. Modlil jsem se a cítil jsem silnou duchovní sílu, která vstoupila do mého těla. Takové vibrace. Pak jsem se modlil pořád. Ve dne, večer, i v noci, když jsem se probudil nebo nemohl spát. A to mi zůstalo i po dietě jako zvyk. Pravidelně se modlím. Cítím pak úlevu.“

### **3. fáze (první dieta - polovina léčby)** - obsah rozhovoru č.3, zúčastněné pozorování

Respondent se cítí čím dál tím lépe, každým dnem **rozumí více věcem**. Je mnohem více **klidný a v pohodě**. Nereaguje tolik impulzivně na podněty, které ho dráždí, a nemá tak „zlé a hrubé reakce“. Než něco udělá, snaží se přemýšlet o důsledcích, které to bude mít, což dříve nedělal. Také více rozumí své rodině a jejich chování – proč se k němu chovali tak, jak se chovali. Uvědomuje si svůj podíl na jejich chování k němu. Myslí si, že až se vrátí, bude „pro všechny jiný“, což může ovlivnit celou rodinu a urovnat chování jejich členů.

Také se ještě více zlepšil jeho vztah k sobě samému. Mnohem více si věří – cítí se být schopný udělat cokoliv si předsevze, a to i bez drog. Má se rád. Chtěl by se dožít dlouhého věku. Cení si sebe, zejména svých schopností – toho, že se dovede dívat na věci z nadhledu a že je hodně inteligentní.

Ještě je několik věcí, které by na sobě rád napravil. Například je hodně nepořádný (jeho věci jsou rozházené všude po pokoji), chtěl by být pořádnější, systematictější a metodičtější. Potřeboval by také více posílit své sebevědomí. V některých situacích se stále ještě cítí **nejistý**, například **ve vztahu k ženám**. V minulosti se vždy musel opít nebo užívat drogy, aby se k nějaké mohl přiblížit, nikdy nezažil vztah s čistou hlavou a bez opojení alkoholem nebo drogami. Bojí se, jak v této oblasti nyní bude fungovat. Je nyní sebevědomý tak na 70%, dříve to bylo nula.

Je pro něho důležité, co si o něm myslí druzí. V minulosti mu to bylo jedno. Nyní ho tyto názory zajímají, protože mu pomáhají rozvíjet se. Ostatní pacienti se k němu chovají opatrně a nejsou s ním moc ve styku („*moc se se mnou nezaplétají*“). Řekl by, že ho respektují. Také si o něm myslí, že je zábavný. Reflektují, že se změnil, všichni mu to říkají.

V této fázi léčby je pro něho důležité **téma spirituality**. Ještě ho nemá definitivně vyřešené a cítí, že je pro něho důležité k tomu, aby nezrelapsoval. Jedna část jeho osoby duchovní stránku přijímá a váží si jí, druhá ji stále odmítá, především katolickou církev. Tuto **ambivalenci** spojuje i **se vztahem k drogám** – jedna část ví, že je nezbytná naprostá abstinence, druhá stále přemýšlí o tom, že by mu trocha kokainu nebo jedno pivo tu a tam neuškodily. Myslí si, že právě vyřešení spirituální otázky jeho existence může být řešením tohoto dilematu. Spiritualita by mu poskytla „*pevnou půdu pod nohama*“, směřování, oporu. Má pocit, že je to nutný předpoklad toho, aby mu bylo stoprocentně dobře. Má tendenci negovat duchovní zážitky z minulé diety, nyní jej zpětně hodnotí jako „*halucinace z hladu*“ (ačkoliv na dietě jedl, i když pouze velmi jednoduchou stravu v omezeném množství).

Po fyzické stránce se cítí velmi dobře – je zdravý a silnější. I když ho to stojí velké úsilí, věnuje se dobrovolně sportu – každý den od pěti ráno do půl sedmé cvičí v posilovně. Také hodně jí a přibírá na váze, což ho velmi těší. Vnímá, že má **čistější tělo i mysl**. „*Dřív se mi v hlavě všechno míchalo, jedno přes druhé. Někdy to bylo šílené. Ted' tam mám věci více srovnané. Také, když mám nějaké negativní myšlenky, snadno je identifikuji a můžu s nimi pracovat. Už je vidím, neputují tam, jak chtějí.*“

Oscar se soustředí hlavně na budoucnost. Celý den přemýšlí nad svými plány a nad projekty, které by chtěl realizovat. Dál by rád pracoval s rodinou ve firmě, má představu, jak zvýšit obrát a vylepšit její chod. Chce se v této oblasti realizovat a ukázat, co je v něm. Vnímá to jako osobní satisfakci.

O citovém životě zatím jasnou představu nemá. Cítí, že by potřeboval nějakou stálou přítelkyni, nechce už žádné krátkodobé vztahy. Má **na partnerku vysoké požadavky**. Měla by být zejména velmi inteligentní – inteligentnější než on, aby mu mohla pomáhat chytře se

rozhodovat. Také by měla být pracovitá a nezávislá. Mít svou vlastní práci a nemíchat se do té jeho. Určitě musí být krásná a líbit se mu. Také je pro něho důležitá jeho rodina – to, odkud přichází, jaké má návyky a zvyky. Vadilo by mu, kdyby nepracovala a kdyby neměla hodnoty. On sám považuje za nejdůležitější hodnotu čestnost, i když ani u něho není míra této vlastnosti ideální. Někdy porušuje pravidla v centru a staví své zájmy nad zájmy druhých. Pomalu se ale mění, už není takový sobec jako dříve. Přinejmenším si uvědomuje, že je to ošklivá vlastnost, a to „*je už pokrok sám o sobě*“. Děti mít určitě nechce. Tímto rozhodnutím si je jistý. Asi je v něm i trocha strachu – z nemoci nebo vážných problémů.

Příčinou jeho změn je zejména **detoxikace** – to, že má „čistou hlavu“ a „urovnané myšlenky“. Z prvků léčby mu pomáhá především dieta a ayahuasca. **Dieta** proto, že je zde „sám se sebou samým“ a může tak vést intenzivní vnitřní dialog. „*Můžeš se ptát, odpovídat, namítat a mít různé pohledy a nakonec dojít k nějakému řešení. Pochopit. Porozumět mnoha věcem.*“ K dopovědím na své otázky dochází především „srovnáváním“ – toho, co si myslel dřív a co nyní. Uvědomuje si, jak „pomatenou hlavu“ dříve měl, zejména v souvislosti s jeho paranoiou.

**Ayahuasková sezení** mu pomáhají hlavně prostřednictvím vizí, kde bývá často konfrontován s událostmi z minulosti. „*Prostě na sesi znovu prožiji hrozné situace z mé minulosti, které byly nepříjemné. A to je jako lekce. Například naposledy jsem na sesi znovu zažil jeden moment, kdy jsem se předávkoval alkoholem a kokainem. Znovu jsem ho prožil jako tehdy. Stejně reálně. A došlo mi, že ještě jednou a bylo by to fatální. Že mě to mohlo stát život. A pak přišla pěkná část sezení. Pochopil jsem určité věci, poučil se a nakonec mi bylo velmi dobře. Cítil jsem spokojenost se sebou. Cítil jsem se plný. Plný příjemných pocitů, cítil jsem se moc dobře.*“ Oscar mívá hodně vizí, vidí hodně věcí, rychle mu je špatně a zvrací. Celý proces je pro něho dle jeho slov snadný – ponořit se do tématu, zvracet a nakonec jít dál. Problémem pro něho ale je, že z ayahuaskových sezení mívá často strach. „*Důvěřuji rostlinám a curanderům, ještě mi ale chybí důvěra k ayahuasce. Mám z ní pořád ještě strach. Víím, že ještě nikdy nikdo během sesezení neumřel, můj strach je ale někdy tak obrovský, že jsem přesvědčený, že budu první.*“ Před ayahuaskovým sezením se obvykle pokouší soustředit se na nějaký záměr, téma, které by během něho rád zpracovával, ale jeho přání nebývá většinou vyslyšeno („*většinou je to tak, že stejně nakonec vidím to, co mě chce naučit ayahuasca*“).

**Purgativní sezení** mu také pomáhají – pomohla mu zejména na začátku léčby „*vyčistit hlavu i tělo*“. Efekt necítí v den sezení – to je mu nevolno, ale až den následující. Přínosné je pro něho i **soužití s ostatními pacienty**, i když je někdy nepříjemné – má pocit, že na něho pacienti útočí a stále mu něco vyčítají. Soužití je náročné, protože „*z každého tam vychází to,*

co by jinak schovával“, ale je to pro něho důležitá lekce. Je nucen korigovat své chování a více o něm přemýšlet.

**Psychoterapie** je pro Oscara velmi náročná, často nesouhlasí se svým psychoterapeutem a jeho pohledem na situaci. *„Zrovna napravuji můj vztah s José Miquelem [pacientův psychoterapeut, pozn.]. Měl jsem s ním trochu konflikt, odmítal jsem ho. Kvůli určitým praktikám, se kterými nesouhlasím. Tedy vlastně souhlasím, ale vadí mi to. Má pravdu, ale otravuje mě to. Ale musím to akceptovat, protože je to součást léčby.“*

Oscar si myslí, že by mohl v této fázi **léčbu již ukončit** a setrvává v ní pouze kvůli rodině (*„rodina je přesvědčená, že totálně vyléčený a v pohodě je jen ten, kdo dokončí léčbu až do konce, takže tu jsem pro jejich klid“*) a kvůli tomu, aby dokončil závazek a slib, který na začátku léčby dal (v rámci rituálu „zavázání se“ podepisují pacienti kontrakt, viz. teoretická část práce). Chce mít dobrý pocit z toho, že léčbu *„dotáhl do konce“* a že může *„zavřít knihu“*.

Jediná věc, ze které má **strach**, je to, **aby znovu nezačal brát drogy**. Bojí se jedné své strany, která má pochyby a která si říká, že *„trocha kokainu nebo jedno pivečko neublíží“*. Ve svém přesvědčení abstinentovat není ještě zcela pevný. *„Pořád nerozumím tomu, proč bych nemohl pít, a to je špatné. I když vím, že když piji, stanu se démonem a když беру drogy, tak také, i když jsme si vědomý této mé slabosti, je jedna část mě, která ještě pořád pít chce.“* Rád by si toto téma do konce léčby ujasnil.

#### **4. fáze (polovina léčby - ukončení léčby)** - obsah rozhovoru č.4, zúčastněné pozorování

Oscar v této fázi léčby přemýšlí především nad budoucností a nad jeho pracovními plány. Po ukončení léčby se chce **soustředit na práci**. Naskytla se mu příležitost pracovat v pobočce rodinné firmy v Mexiku, kde žije i jeho bratr se svou rodinou. Mohl by tak změnit místo a nevracet se do prostředí, na které má špatné vzpomínky. Zároveň se k této možnosti váže i několik obav – nebude v Mexiku nikoho znát, nebude tam mít rodinu pro případ, že by se něco stalo. Dříve žili rodiče ve stejném městě jako on a pomáhali mu řešit jeho problémy. Také tam nebude mít žádné kamarády ani ženy, se kterými by mohl mít vztah. Bude začínat od nuly. Tato situace od něho bude vyžadovat velkou zodpovědnost. Chtěl by se této příležitosti chopit, myslí si, že má dostatek schopností a zkušeností, aby to zvládl (především zná trh a obchodní podmínky). Cítí v tom určitou satisfakci a výzvu.

Nad osobním životem nyní nepřemýšlí, chce se soustředit především na práci. Také studovat a dokončit si vzdělání. Dále by chtěl pokračovat ve sportu – chodit pravidelně do posilovny a plavat. Sport mu dělá dobře, je na něm takřka „závislý“.

Kdyby se měl nyní popsat, řekl by, že je „*lidská bytost, s city a s velkým množstvím lásky na rozdávání*“, inteligentní, pohledný a čestný sám k sobě. Snaží se čím dál víc být čestný i ke druhým. Žádnou novou kvalitu tu na sobě neobjevil, spíše se zvětšily a rozvinuly ty staré, o kterých věděl a které vždy měl.

Jeho slabou stránkou je to, že je stále ještě „*trochu nepořádný*“. Také by potřeboval ještě pracovat na tématu jeho **vztahu se ženami**. Někdy před nimi dokáže být velmi společenský, ale jindy je velmi stydlivý a nejistý. Záleží na situaci. Téma žen se objevilo i na jednom z posledních ayahuaskových sezení. Oscar si uvědomil, že „*ne všechny jsou stejné a že nehledají to samé, že jsou i dobré ženy*“. Než přišel do Takiwasi, měl ženy jenom na sex. Nyní si uvědomuje potřebu najít ženu, které by si vážil.

Během uplynulého období pracoval hodně na tématu **trpělivosti**. Bylo pro něho náročné setrvat v léčbě dokonce a snášet dále příkazy terapeutického týmu. Má pocit, že mu stále něco zakazují, což v něm vyvolává silnou frustraci. Naučil se ale mlčet a dělat, co mu nařídí, což by dříve nikdy nedovedl. I když i tak má pocit, že jsou jejich vysvětlení nepochopitelná a pravidla zbytečná. Vydržet tuto frustraci vnímá jako důležitou součást léčby. Naučit se to mu může pomoci „*v boji venku*“. Myslí si, že tyto potíže mají něco společného s jeho pýchou a namyšleností.

Také pracoval na tématu **vztahu s rodiči**. „*Téma vztahu s rodiči pro mě bylo také velmi důležité, to bylo fundamentální. S otcem téma jeho vztahu s dalšími ženami, s matkou to, že se o mě moc nestarala. To, že je naše rodina rozpadlá, že v ní není láska. Že mi chybí láska z rodiny. Už tomu víc rozumím. Porozuměl jsem každému z nich, proč se tak chovali. Nakonec jsem je přijal jako rodiče. Se všemi jejich ctnostmi i neřestmi. Také vztah s mými sourozenci. Vždycky jsem byl blízko nich, ale mentálně a citově oddělený. Teď k nim cítím víc lásky, respekt a obdivu. Obdivuji oba dva bratry i sestru. Chtěl bych poznat moji rodinu víc, včetně těch vzdálených jako jsou bratrance a sestřenice. Dát jim víc lásky, mám chuť je poznat. Nakonec jsou to pro mě nejdůležitější lidé. Budou s tebou pořád.*“ Chtěl by rozvíjet i vztahy s přáteli – věnovat se jim, poslouchat je. Být pro ně oporou v dobrém i ve zlém.

Domnívá se, že téma **drog** má již vyřešené. Už je nikdy více nechce užívat, protože ho ničily a také proto, že nejsou v souladu s jeho nynějším hlavním životním cílem - prací. „*Drogy mi vždycky hned totálně rozhodily hlavu a dělal jsem špatný věci. Za prvé mluvím hlouposti. Za druhé dělám hlouposti. Přivádějí mě do nebezpečí, vystavují mě nebezpečí. Velmi rychle. A navíc mě to vzdaluje od mého současného hlavního cíle, kterým je práce.*“ Velkým pokušením je pro něho ale konzumace alkoholu, v této oblasti má stále ještě trochu pochybnosti, ačkoliv si uvědomuje, že měl problémy i s ním („*Cítím, že jsem skutečně byl alkoholik. Alkoholik a*

*polytoxikoman. Všechny drogy, co byly ve městě, jsem bral. Nedokázal jsem něco nevyzkoušet.“).*

To, co se na něm **nejvíce během léčby změnilo**, je jeho sebevědomí, které se zvedlo, a to, že se zná. *„Znám své slabé stránky. Na co si dát pozor. Víím, co mi dělá dobře a co mi dělá špatně. Znáím své schopnosti. Hodně jsem se toho naučil a chci to uvést do praxe. Hlídat se před rizikovými situacemi, zabránit jim. Objevil jsem tolik věcí, co mi ukazují cestu.“* Důležité je také jeho „lucidní pohled“ a „čistá hlava“. V této bdělé formě by se chtěl udržet i nadále.

Uvědomuje si, že k jeho léčbě přispěly všechny aktivity v Takiwasi, i přesto, že mu většina z nich byla nepříjemná a bránil se jim. *„Připadalo mi, že je hnusná například psychoterapie, nesnášel jsem ayahuasková sezení, nesnášel jsem purgativní sezení, rostliny, diety. Někdy jsem nesnášel všechno. Ale víím, že všechno mi pomohlo v něčem. A přispělo k tomu, jak jsem na tom teď.“* Nyní se cítí spokojenější, smířenější sám se sebou, je mu se sebou dobře.

Pobyt v Takiwasi hodnotí jako velmi přínosný – pomohl mu pochopit sebe samého, „zničit bouřku“, ve které žil, a získat stabilitu, aby mohl pozvolna dále růst. Léčbu by **doporučil všem** – nejen těm, kteří mají problémy s drogami, ale i těm, kteří mají depresi nebo se cítí být zmatení. Byla by vhodná i pro další členy jeho rodiny.

### **Informace o stavu pacienta po ukončení léčby**

Po devíti měsících od ukončení léčby se Oscar soustředí především na práci. Pracuje s takovou vytrvalostí jako nikdy předtím. Říká, že bylo velmi náročné vrátit se zpět do prostředí, kde žil, a k práci v rodinném podniku. Nejtěžší pro něho byl fakt, že ve firmě úzce spolupracoval s matkou, sestrou a dalšími lidmi, kteří znali jeho minulost, a proto na něho všichni pohlíželi s velkou nedůvěrou. Časem ale mohl prokázat své schopnosti. Jeho sebevědomí je vysoké, uvědomuje si ale odvrácenou tvář této skutečnosti – svou pýchu a možnou zaslepenost a snaží se tuto část sebe sama kontrolovat a mít se před ní na pozoru.

Co se týče vztahu k ženám, stále ještě má v této oblasti hodně obtíží. Říká, že vyměnil závislost na drogách za závislost na sexu. Je promiskuitní, nedovede se do žádné z žen zamilovat. Na začátku se ke každé z nich chová pěkně, časem ho ale omrzí a chová se k nim tak, že kvůli němu trpí. Chybí mu skutečná láska a zamilovanost. Myslí si, že možná v nitru nevěří tomu, že by se někdo mohl zamilovat do něho, a tak má strach. Soustředí se intenzivně na práci, což mu pomáhá rozptýlit tyto chmurné myšlenky, samotu a prázdno, které cítí uvnitř. Věří ale, že tyto pocity časem pominou a situace se zlepší.

Rok a půl po ukončení první léčby v Takiwasi Oscar ukončil v Takiwasi svůj druhý pobyt. Nejsou nám bohužel známy důvody, proč do léčby po druhé nastoupil. Druhý pobyt ukončil předčasně – o 15 dnů dříve, protože nechtěl absolvovat poslední dietu a také proto, že opakovaně porušoval pravidla centra (např. každý den potajmu telefonoval se svojí bývalou přítelkyní).

Po ukončení druhé léčby se Oscar odstěhoval do Chiclaya (velké peruánské město), kde má řídit pobočku rodinné firmy pro oblast severního Peru. Nikoho zde nezná. Po několika dnech našel podnájem – luxusní nadstandardně vybavený byt, za který nyní platí nájemné rodina, protože by jej jeho současný nízký plat nepokryl. Oscar má dojem, že se mu bude v této oblasti dařit, má již hodně klientů (zvýšil jejich počet o 300%) a další plány na zvýšení prodeje. Uvědomil si, že je nutné, aby pracoval pod menším tlakem než dříve. Má známost, se kterou se stýká – ženu ve věku 32 let s osmiletou dcerou, se kterou se vídá především o víkendu. Zároveň však koketuje s dalšími ženami – říká, že téma žen nikdy nevyřešil a ani nedoufá, že by se v této oblasti někdy něco změnilo. Alkohol a drogy již nikdy užívat nechce, v současné době ale užívá dvakrát denně Clonazepam (především na spaní), který má oficiálně předepsaný od lékaře. Je se sebou spokojený – cítí se být pohledný, má vysoké příjmy, je rád, že si zachoval životní statut, který se mu líbí.

### **Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 3**

Následující část práce si klade za cíl zodpovědět výzkumné otázky práce pro případ respondenta č. 3 (Oscar). Zároveň bere v potaz výsledky zjištěné v empirické části 2, které zde poslouží jako základní struktura pro zodpovídání výzkumných otázek. Výsledky respondenta č. 3 budou výsledky zjištěné v empirické části 2 doplňovat, rozšiřovat a případně korigovat.

#### **1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?**

Pacientův vztah k sobě samému je na počátku léčby negativní. Ačkoliv působí sebevědomě a sebejistě, říká, že jeho sebevědomí je pouze zdánlivé a že mu jej dodávaly drogy. Ve skutečnosti si nevěří, neváží si sebe, nemá se rád a ani nerozumí tomu, proč by se rád mít měl. Stydí se za sebe (za své chování, svou nemohoucnost a slabost), je mu se sebou špatně.

V průběhu léčby se tato situace mění. Již ve 2. fázi si pacient uvědomuje potřebu mít se rád a již sám sebe víc neničit. Reflektuje (ještě výrazněji než na počátku léčby) svůj negativní vztah k sobě v minulosti. Dovede se lépe kontrolovat, vidí se v lepším světle, začíná objevovat, kým



je, a rozumět si. Tato tendence dále pokračuje. Ve 3. fázi léčby pacient ještě lépe rozumí sám sobě a více si důvěřuje. Zároveň si je však vědomý, že tato důvěra má své limity (např. ve vztahu k ženám je stále ještě velmi nejistý). Mnohem více si věří – cítí se být schopný udělat cokoli si předsevze, a to i bez drog. Má se rád. V této fázi koriguje vývoj pacientova vztahu k sobě výrazně i psychoterapeut, který pacienta provází. Domnívá se, že pacient je příliš sebestředný a že se nevidí v reálném světle (nevidí svoji negativní stránku). Pacient se ale těmto tvrzením brání, což je zdrojem konfliktů mezi ním a psychoterapeutem. Ve 4. fázi léčby se pacient přijímá, má se rád, rozumí sám sobě, je schopen introspekce a reflexi vlastních pocitů. Jeho vztah k sobě je pozitivní.

Srovnání případové studie respondenta č. 3 (Oscar) s výsledky empirické části 2 pro větší přehlednost zobrazujeme v následující tabulce:

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                                | Respondent č.3 (Oscar)                                                                                                                                                                               | Potvrzeno |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |           |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                       | pacient si na počátku léčby nedůvěřuje                                                                                                                                                               | ANO       |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe | nedostatek důvěry spojen s uvědoměním, že nedovedl fungovat bez drog, se sebedestruktivitou, s vysokou mírou sebekritiky, s negativním pohledem na svou minulost                                     | ANO       |
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                                                                                                                                                                                       | důvěra pacienta v sebe ve 3. fázi narůstá, pacient však ve 3. i 4. fázi léčby reflektuje některá slabá místa v tomto směru (např. slabá důvěra ve své schopnosti v souvislosti se vztahem se ženami) | ANO       |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                                                                                                                                                                                    | již od 3. fáze léčby pacient sám sobě důvěřuje ve většině aspektů (kromě vztahu se ženami)                                                                                                           | částečně  |
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                                                                                                                                                                                       | pacient explicitně pocit proměny nevyjadřuje, ani není jinak patrné, že by jej zažíval                                                                                                               | NE        |
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám                                                                                                                                                                   | pacient se na konci léčby cítí být připraven na život mimo Takiwasi; domnívá se, že téma drog má již zpracované                                                                                      | ANO       |

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Respondent č.3 (Oscar)                                                                                                                                                                                                                                      | Potvrzeno     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                                                                                                                                                                                                                              | pacient má rád sám sebe již od 3. fáze, ve 4. fázi tato láska k sobě pokračuje                                                                                                                                                                              | ANO           |
| - nárůst souvisí zejména se sebezpoznaním                                                                                                                                                                                                                                                                                | nárůst lásky k sobě souvisí zejména se sebezpoznaním                                                                                                                                                                                                        | ANO           |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                                                                                                                                                                                                                          | nárůst důvěry v sebe vede k naopak ke snížení motivace k léčbě – pacient má pocit, že už je schopen čelit nárokům života a přeje si léčbu opustit                                                                                                           | NE            |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebezpoznaní                                                                                                                                                                                                                                                           | pacient nevyjadřuje přání dalšího sebezpoznaní                                                                                                                                                                                                              | NE            |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                                                                                                                                                                                                                    | tato zkušenost nebyla v případě respondenta pozorována                                                                                                                                                                                                      | NE            |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                                                                                                                                                                                                                   | zážitek komplexní proměny nebyl pozorován ani popsán respondentem                                                                                                                                                                                           | NE            |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |               |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                                                                                                                                                                                                                          | pacient se na počátku léčby nepřijímá, nemá se rád, stydí se za sebe                                                                                                                                                                                        | ANO           |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:<br>m) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)<br>n) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)<br>o) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)<br>p) pacient nezná sám sebe | pacient si na počátku sebe sám sebe neváží, důvodem je především jeho chování v minulosti, za které se stydí, to, že se nemá rád a to, že v minulosti ubližoval sám sobě                                                                                    | ANO<br>(a, b) |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva                                                                                                                                                                                     | ve 2. fázi se pacient začíná přijímat – mít k sobě pozitivnější vztah, mít se rád; uvědomuje si ale, že tento vztah k sobě není ještě stále ideální; purgativní sezení mu v této fázi pomáhají eliminovat některé negativní pocity, včetně pocitů vůči sobě | ANO           |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností (a z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje)                                                                                                                               | nárůst pacientova sebepřijetí ve 2. fázi léčby souvisí se zastavením destruktivního způsobu života (včetně uvědomění si toho, jak sám sobě v minulosti škodil a                                                                                             | ANO           |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                 | rozhodnutí v tomto chování již nepokračovat), nárůstem radosti ze života a celkové spokojenosti, náhledem na některé souvislosti z minulosti                                                                                                |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>Respondent č.3 (Oscar)</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebepřijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                                                                                   | nárůst sebepřijetí souvisel ve 2. fázi mimo jiné i s konfrontací s negativními pocity vůči sobě (zejména to, že pacient neměl sám sebe rád, nevěřil si, ubližoval si a ničil se) a jejich eliminací                                         | ANO              |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebepřijetí                                                                                                                                                                                                  | sebeppřijetí narůstá již od 2. fáze, kde je vyjádřen začátek tohoto procesu; ve 3. fázi je nárůst sebepřijetí dominující, ve 4. fázi se zvyšuje zejména jeho kvalita a hloubka (je založeno na důkladné znalosti sebe sama, je stabilnější) | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                                                                     | zdrojem nárůstu sebepřijetí je ve 3. fázi léčby především sebepoznání (porozumění sobě samotnému) a schopnost kontrolovat některé své chování                                                                                               | nejisté          |
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                                                                         | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, ani není známo, že by toto téma zpracovával                                                                                                                                                   | NE               |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                                                                             | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, ani není známo, že by toto téma zpracovával                                                                                                                                                   | NE               |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                                                                     | pacient se ve 4. fázi léčby k minulosti již příliš nevrací, orientuje se především na budoucnost; sebelítost explicitně nevyjadřuje                                                                                                         | nejisté          |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                                                                              | krize ve vztahu k sobě nebyla v případě respondenta zaznamenána                                                                                                                                                                             | NE               |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe                                                                                                                                                                                             | ve 4. fázi pacient přijímá sám sebe                                                                                                                                                                                                         | ANO              |
| - ve 4. fázi mívá sebepřijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje | sebeppřijetí pacienta má ve 4. fázi stabilnější charakter (pacient sám sebe zná, respektuje se a ví, co od sebe může očekávat)                                                                                                              | ANO              |

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| výraznou osobnostní proměnu)                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                 | <b>Respondent č.3 (Oscar)</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Potvrzeno</b> |
| - zdrojem vzrůstajícího sebepřijetí je proces sebepoznání                                                                         | nárůst sebepřijetí úzce souvisí se sebepoznáním (porozuměním sobě samotnému, pochopení souvislostí mezi událostmi z minulosti a současným stavem aj.)                                                                | ANO              |
| - proces sebepřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                            | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, ani není známo, že by toto téma zpracovával                                                                                                                            | NE               |
| - sebepřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                           | součástí procesu sebepřijetí bylo uvědomění si negativního vztahu k sobě samotnému; s dalšími negativními stránkami své osobnosti se však pacient konfrontoval (zejména v porovnání s ostatními pacienty) velmi málo | částečně         |
| <b>Sebepoznání</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                         | pacient v na počátku léčby tuto potřebu explicitně nevyjadřuje                                                                                                                                                       | nejisté          |
| - potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty | pacient v na počátku léčby tuto potřebu explicitně nevyjadřuje                                                                                                                                                       | nejisté          |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                    | již v 2. fázi pacient uvádí, že se lépe zná a začíná si uvědomovat, kým je; tato tendence pokračuje i v dalších fázích léčby                                                                                         | ANO              |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se                                                                 | ve 4. fázi pacient uvádí, že rozumí sám sobě a dobře se zná (již od 3. fáze)                                                                                                                                         | ANO              |
| - sebepoznání vede k potřebě dalšího sebepoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                      | pacient má trvale ze sebepoznání strach a brání se mu                                                                                                                                                                | NE               |
| - proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                   | jedním z nejdůležitějších prvků léčby byla pro pacienta možnost poznávat se a lépe si rozumět                                                                                                                        | ANO              |

Tab. č. 34: Srovnání výsledných zjištění empirické části 2 a případové studie respondenta č. 3 (Oscara).

Formování vztahu k sobě samému se vyvíjí až částečně v souladu se zjištěnými tendencemi (viz. Empirická část 2). Na počátku léčby je pacientův vztah k sobě samému negativní, od 2. fáze se začíná zlepšovat a v 3. a zejména 4. fázi léčby je tento vztah pozitivní. Pacient sám sebe přijímá a důvěřuje si. Mezi nejdůležitější mechanismy pro zlepšení vztahu k sobě

samému patří detoxikace, sebepoznání, konfrontace s negativními pocity vůči sobě a zpětná vazba (od pacientů, od psychoterapeuta). Některé tendence popsané v kap. 8.5 se v případě respondenta č. 3 potvrdily (viz. tabulka č. 34).

Kromě výše uvedených tendencí je v případě respondenta č.3 patrný ještě další prvek významný pro jeho léčbu – **detoxikace**. Pacient opakovaně uvádí, že mu v léčbě velmi pomohla detoxikace a to, že má „čistou hlavu a tělo“ a může tedy jasněji uvažovat o sobě, svých pocitech a svém chování. Na počátku léčby dokonce vnímal léčbu spíše jako proces očisty, než jako proces rehabilitace či sebepoznání.

## **2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**

Organizace léčby v Takiwasi se ukázala být vhodná pro formování pacientova vztahu k sobě samému. Její prvky přiměly pacienta setkat se se sebou samým a konfrontovat se s negativními pocity vůči sobě, čemuž se v minulosti bránil. Obzvláště přínosné byly v tomto ohledu ayahuasková sezení, soužití s ostatními pacienty a psychoterapie. Tato konfrontace přispěla k reálnějším u pohledu na sebe a tedy i ke zralejšímu vztahu k sobě, ačkoliv měl pacient i po ukončení léčby v tomto směru velké limity (podle názoru jeho psychoterapeuta).

### **Užívání rostlin**

Užívání rostlin bylo jedním z klíčových složek léčby v souvislosti s budováním vztahu k sobě samému. Ayahuasková sezení pacienta „přinutila“ konfrontovat se s negativní stránkou sebe samotného, kterou odmítal a ze které měl strach. Tyto poznatky pacient dále zpracovával zejména prostřednictvím psychoterapie. Purgativní sezení mu pomohla „pročistit hlavu“ a být tak v intenzivnějším a jasnějším kontaktu se sebou samým. Důležité v tomto ohledu byly také pobyty na dietě, které mu pomohly především ujasnit si některé události z minulosti a lépe tak porozumět některým svým pocitům a vnitřním motivům. Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č.3.

### **Psychoterapeutická komunita**

Organizace léčby jakožto psychoterapeutické komunity také pozitivně přispělo k formování pacientova vztahu k sobě samému. Velmi důležité bylo soužití s ostatními pacienty, kteří jej často konfrontovali s jeho negativními aspekty (zejména povahovými vlastnostmi jako pýcha,

sobectví, bezohlednost, nepořádnost, lenost, zaměřenost na vzhled a materiálně, povýšenost aj.). Tlak skupiny jej nutil uvažovat o těchto aspektech své osobnosti, více se kontrolovat a změnit svého chování. Důležitým tématem byla také pravidla centra a jejich dodržování. Pacient se díky nim potýkal s frustrací, ale i s vytrvalostí a zkušeností, že je schopný „dotáhnout věci i přes hodně námahy do konce“, což jej opět konfrontovalo s negativní stránkou sebe samotného a zároveň vedlo k posílení jeho důvěry v sebe a své schopnosti.

### Psychoterapie

Psychoterapie byla pro pacienta velmi náročná. Opakovaně zažíval konflikty se svým psychoterapeutem, odmítal na ni docházet. Na konci léčby však reflektuje, že i tato část léčby přispěla k jeho léčbě a tomu, že je mu se sebou dobře. Psychoterapie se na formování vztahu k sobě samému podílela zejména tím, že psychoterapeut „nastavoval pacientovi zrcadlo“ - tedy mu ukazoval aspekty sebe samého, které nechtěl vidět a které odmítal přijímat. Také mu pomohla integrovat obsahy některých ayahuaskových sezení – zejména těch, kde pacient odmítal připustit souvislost mezi negativními obsahy a jím samotným.

Při srovnání procesu léčby respondenta č. 3 a poznatků uvedených v empirické části 2 můžeme říci, že tento proces částečně odpovídá uvedeným zjištěním.

### **3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?**

Užívání rostlin je prvkem léčby, ze kterého má pacient strach. Je mu nepříjemné, protože jej konfrontuje s negativní částí sebe, před kterou se snaží unikat a nevidět ji. Pokud takovou konfrontaci nabídl psychoterapeut nebo ostatní pacienti, pacient se jejich tvrzení bránil a popíral jej. Během ayahuaskových sezení nebo pobytu na dietě však tyto obsahy vzešly přímo z jeho nitra a byl jim intenzivně vystaven, tudíž neměl větší pochybnosti o jejich pravdivosti a byl nucený je přijmout. Tyto zkušenosti napomohly reálnějšímu pohledu na sebe samého a tedy i upřímnějšímu vztahu k sobě. Z tohoto důvodu se lze domnívat, že užívání rostlin bylo v případě tohoto pacienta jedním z nejdůležitějších prvků jeho léčby.

## Ayahuasca

Ayahuascková sezení byla pro pacienta obzvláště nepříjemná. Většinu času měl negativní vize o sobě a svém chování v minulosti. Tyto zkušenosti mu umožnily vidět situaci z různých úhlů pohledu a konfrontovat se s obsahy, které dříve odmítal vidět.

Ayahuascková sezení mu také umožnila znovuprožití situací, ve kterých se vystavoval ohrožení života (např. riskantní chování pod vlivem drog jako řízení auta, nehody, vysoké dávky drog, které užíval aj.), a uvědomění si nebezpečí takového chování i některých faktorů, kterého ho k němu vedly. Na základě těchto sezení si pacient uvědomil jeho touhu žít a mít k sobě pozitivnější vztah (mít se rád).

## Diety

Diety pomáhaly pacientovi především „být sám se sebou samým“ a moci tak vést se sebou intenzivní vnitřní dialog. Dále mu umožnily pochopit souvislosti mezi situací v rodině a jeho duševním stavem (vliv rodinné situace v dětství, vliv rodiny na jeho konzumaci drog a naopak vliv jeho konzumace drog na život rodiny, téma závislosti v rodině aj.). Na vývoj vztahu k sobě samotnému měla pak tato zjištění velký vliv – pacient si uvědomil, jaký podíl v jeho vztahu k sobě mají zkušenosti z rodiny (např. matka, která mu nedávala lásku, promiskuitní otec) a že je možné zaujmout k sobě i jiné stanovisko. Na dietě zažil pacient také silný spirituální zážitek, který dodal jeho vztahu k sobě další rozměr.

## Purgativní sezení

Dle subjektivního hodnocení respondenta byla purgativní sezení pro jeho proces formování vztahu k sobě obzvláště důležitá. Umožnila mu „detoxikovat tělo i hlavu“, a tudíž mít jasnou mysl, urovnané myšlenky a intenzivnější kontakt se sebou samým („dřív se mi v hlavě všechno míchalo, jedno přes druhé ... teď tam mám věci více srovnané ... když mám nějaké negativní myšlenky, snadno je identifikuji a můžu s nimi pracovat“).

Součástí tohoto „vyčištění hlavy“ bylo i postupné vymizení pocitů paranoie a silných strachů. Pacient se také díky purgativním sezením a jejich účinkům cítil klidnější, mimo jiné i proto, že mu umožňovaly uvolňovat některé negativní pocity (např. smutek). Purgativní sezení považuje za nejprínosnější prvek léčby.

Tato zjištění odpovídají výsledkům empirické části 2.

## **PŘÍLOHA č. 7: Případová studie 4**

### ***Případová studie 4 - Felipe***

#### **Anamnestické údaje**

Demografické údaje: 41 let, občan USA, rozvedený, 1 dítě (syn, 7 let), vzdělání vysokoškolské, pracoval jako vedoucí restaurace. Nepraktikující protestant. Žije v pronajatém rodinném domě v Miami. Bez známých zdravotních nebo psychiatrických problémů.

Dojem: Felipe je středně vysoký muž, urostlý, středně silné postavy. Má hubenější ruce a nohy a větší břicho. V době příchodu do léčby má delší hnědé vlasy (po ramena) zesponu vyholené, nahoře sepnuté do culíku, po dvou týdnech si vlasy nechává ostříhat na krátko. Má bystré hnědé oči, velký nos. Felipe je dost hlučný, velmi často a hlasitě hovoří, výrazně gestikuluje, často vtipkuje nebo vypráví anekdoty ze života. Má tendenci vstupovat druhým lidem do jejich osobního prostoru, staví se do jejich těsné blízkosti, dotýká se jich, poklepává na rameno. Je velmi žoviální. Je společenský, silně extrovertní, povídavý, stále usměvavý.

Primární rodina: Felipe pochází z multikulturního prostředí. Otec byl Francouz, matka Němka. Otec pracoval jako finanční poradce, často konzumoval alkohol a hašiš. Zemřel před rokem. Matka zemřela, když bylo Filipovi 8 let. Byla žena v domácnosti, podle jeho slov hodně pila a kouřila. Žili společně v USA. Otec rodinu opustil, když byl malý, několik let po smrti Filipovy matky si našel novou přítelkyni z Chile, se kterou se oženil a žil v Chile. Měli spolu jednoho syna, Filipova nevlastního bratra Lorenza. S Lorenzem vychází Felipe velmi dobře. Kromě něho má ještě starší vlastní sestru ve věku 43 let, která je vdaná, má 1 dítě, vystudovala VŠ a pracuje jako finanční poradkyně (stejně jako v minulosti otec). S prarodiči se nestýká, mají v rodině špatné vztahy.

Drogová historie: Felipe se přišel léčit ze závislosti na kokainu, který užíval 20 let (poslední roky téměř denně), a alkoholu, který konzumoval 21 let (posledních 10 let denně). Kromě toho denně kouřil marihuanu nebo hašiš. Marihuanu začal kouřit před 27 lety (ve věku 14 let). Příležitostně také užíval LSD, extázy, halucinogenní houby a různé druhy léků na lékařský předpis (např. Xanax). Byl silným kuřákem. Nikdy se ze závislosti na drogách neléčil, ani nenavštěvoval psychoterapii z jiných důvodů. Léčbu v Takiwasi mu doporučil nevlastní bratr.



Akutní problém: Než přišel Felipe do Takiwasi, cítil se psychicky velmi špatně. Nedovedl ráno vstát a jít do práce, nemohl se na sebe podívat do zrcadla. Vše ho natolik zraňovalo, že začal pít a užívat kokain ještě více než dříve. Uvědomuje si potřebu vyléčit se ze závislosti na alkoholu a kokainu. Chtěl by více porozumět vnitřní bolesti, kterou prožívá.

Felipa také trápí vztah s jeho bývalou ženou, se kterou se vzájemně nenávidí a která mu brání stýkat se s jeho sedmiletým synem, protože je drogově závislý a alkoholik. Vyčítá si, že je špatným otcem a že se synovi nevěnuje.

## Průběh léčby v Takiwasi

### Zahájení léčby - obsah rozhovoru č.1

Felipe přišel do Takiwasi proto, že se cítil **psychicky velmi špatně** – prožíval silnou bolest a vztek. Snažil se zapomenout na věci, které mu ublížily, ale nedařilo se mu to. Měl velký strach, bál se, co s ním bude a že se zblázní. Bál se své minulosti. Z tohoto důvodu začal ještě více konzumovat alkohol, kokain a léky, které měl zrovna k dispozici. Bylo mu ze sebe špatně, nedovedl se na sebe podívat do zrcadla. Velmi se za sebe styděl. Především za to, že v životě dostatečně nebojoval.

Říká, že je **dobrým člověkem**. Má dobré srdce, je vždy připravený pomoci druhým. Má rád lidi. Snaží se být za všech okolností příjemný. Je schopný najít vždy na věcech pozitivní stránku, a to samé dělá i pro druhé. Když se někdo cítí špatně, snaží se ho povzbudit. Je velký optimista. Je veselý, společenský, zaměřený na druhé, vždy připravený pomoci, slušný, pracovitý, hodně přizpůsobivý, není hloupý. Je vytrvalý, pokud mu nějaká autorita zadá úkol, dovede ho zrealizovat. Sám si ale úkoly nebo cíle nevytyčuje, a v tom je jeho problém.

Jeho slabou stránkou je to, že mu chybí struktura a pevnost (jistota) v názorech a činech. Také mu na sobě vadí, že se stále snaží **předcházet konfliktům za každou cenu**, že se nedovede konfrontovat s druhými, ačkoliv ho občas něco hodně rozčílí. Nemívá strach, ale konflikty ho zraňují a dělají mu špatně. Někdy mu také chybí vážnost, uvědomuje si, že by měl některé situace brát vážněji a zodpovědněji. Je impulzivní, měl by více přemýšlet předtím, než promluví.

Chybí mu úcta a láska k sobě samému. To byl jeden z důvodů, proč byl **sebedestruktivní** – neměl se dostatečně rád. Zatím neví, proč tomu tak bylo. Bál se podívat se na to, a tak tyto své pocity tlumil marihuanou a kokainem. V Takiwasi by chtěl „*svoji hlavu prohledat a zjistit, co je to, co mi nahání takový strach, proč se nenávidím a kvůli čemu jsem byl tak sebedestruktivní*“. Chtěl by být také sebevědomější, protože sebevědomí mu chybí, dále by se

chtěl umět více kontrolovat, dotahovat věci do konce a hlavně mít lepší vztah k sobě. Také mu chybí síla a sebedůvěra. Neumí druhým ukazovat své hranice. Myslí si, že není důležitý, všichni by se bez něho obešli. Chtěl by být důležitý pro druhé, ale aby k tomu došlo, musel by se změnit, být stálejší.

Vždy mu velmi záleželo na tom, **co si o něm myslí druzí**. Chtěl, aby ho lidé za každou cenu milovali a viděli ho jako dobrého člověka, aby jim byl sympatický. Až přehnaně se snažil, aby ho měli rádi. Chtěl být pro druhé důležitý. Lidé si ho obvykle cenili více, než on sám sebe. Některým lidem vadilo, že je přehnaně přátelský. Hned se s každým seznamuje, povídá si s ním, poplácává ho a ne každému se jeho chování líbí. Někdy neodhadne, jak daleko může zajít a příliš lidem vstupuje do jejich osobního prostoru. Také některým lidem vadí, že „je všude“ a že mluví hodně nahlas. Asi deset procent lidí ho vidí jako hrozbu. Nikdo ho nemá rád, ačkoliv se snaží, aby ho měli rádi všichni. Tato touha souvisí se smrtí jeho matky. Tehdy ho měla ráda ona, teď mu její láska chybí. Možná ho má rád jeho syn.

Felipe pracoval jako vedoucí restaurace a jeho práce se mu líbila. Rád by se do ní po ukončení léčby vrátil. Jediným problémem v práci bylo to, že si tam musel neustále „**nasazovat masku**“. Být veselý, společenský, zábavný. Když se ale cítil špatně, bylo těžké takovou masku nasadit, a proto pil alkohol nebo užíval kokain, aby toho byl schopný. Jako šéf měl u svých zaměstnanců respekt. Dělal svoji práci dobře, byl v ní úspěšný, vážili si ho.

Felipe zažil velmi **náročné manželství**, které trvalo 2 roky a skončilo před 6 lety rozvodem. Říká, že „šel do vztahu na plno“ a hodně do něho ze sebe investoval. Svou ženu miloval. Když se ale něco nedařilo, rychle se naštvál a hlasitě křičel. Oba byli v tu chvíli obvykle opilí nebo pod vlivem drog a v důsledku toho reagovali intenzivněji a rychle mezi nimi došlo k hádce. Jeho bývalá manželka v minulosti žila s násilníkem, který na ni křičel a bil ji, a tudíž byla na tento způsob chování hodně citlivá. Křičela na Felipe, že je stejný jako on (přesto, že jí nikdy fyzicky neublížil), což ho vždy ještě více rozčílilo a hádka se stupňovala. Také na svoji bývalou ženu často žárlil. Říká, že ho žárlivým udělala ona, protože mu často lhala a nedalo se jí věřit. Byl to vztah, který ho velice zraňoval a vyčerpával. Bývalá žena mu vyčítala především to, že mu chybí jistota a stálost a že přehnaně vyžaduje lásku a péči druhých. To dává Felipe do souvislosti s předčasnou smrtí matky v době, kdy byl malé dítě. Chtěl by tomuto mechanismu v Takiwasi lépe porozumět.

Z manželství vzešel syn, kterému je nyní 7 let. Felipe se s ním nevidá, protože mu to bývalá manželka nedovolí. Mají s touto ženou komplikovaný vztah plný hádek a vzájemné nenávisti. Nechtěla, aby se se synem vídal, protože nadměrně pil, bral drogy a byl nezodpovědný. Felipe si uvědomuje, že mu nemůže být příkladem a že s ním jeho syn nemůže počítat. Navíc si

vyčítá, že to byl on, kdo utekl a opustil rodinu. Vztah se synem a bývalou manželkou Felipa velice trápí.

**S primární rodinou** nemá Felipe v současné době **žádný vztah**. Rodiče zemřeli (matka v dětství, otec před rokem), se sestrou se nevidají. S rodinou ze strany matky, která pochází z Německa, nemají žádný kontakt, což ho mrzí. Manželství jeho rodičů bylo velmi problémové. Matka pocházela z Francie a otec z Německa a jejich rodiny nesouhlasily s jejich sňatkem. Francouzská rodina matky osočovala německou rodinu otce z toho, že jsou nacisti (což nebyla pravda) a rodina otce naopak rodině matky zazlívala, že jsou Židé. Od té doby konflikty mezi rodinami pokračují a Felipe má strach, že by do nich byl vtažen, takže je raději ani nekontaktuje. Otec se od rodiny brzy odstěhoval, protože *„byli s matkou příliš odlišní na to, aby spolu mohli mít spokojený vztah“*. Po letech si našel novou manželku z Chile, kam se za ní odstěhoval. Měli spolu Felipova nevlastního bratra Lorenza, který je o 12 let mladší než on a se kterým má výborný vztah.

Co se týče duchovního života, Felipe věří v určitou vyšší sílu, která je nad ním, ale nepatří a nechce patřit k žádné konkrétní církvi. Církvim nedůvěřuje, zazlívá jim povrchnost, falešnost a jejich činy v minulosti (křížové výpravy, inkvizice aj.). Nevykonává žádné náboženské praktiky.

Nemá žádný životní vzor, protože každý jsme jiný a on chce být sám sebou. Obdivuje ale například svoji sestru pro to, co dokázala. I když spolu v současnosti nemají žádný vztah (vždy se hádali a žárlili na sebe), respektuje ji kvůli některým věcem. Dokázala trpět, hodně si odříkat, aby dosáhla toho, co chtěla, což on nikdy neuměl. Respektovala pravidla a dotahovala věci do konce. Také obdivuje lidi, kteří dovedou vyjadřovat své emoce. A ženy všeobecně. Staví je na piedestal a má k nim přehnanou úctu.

V Takiwasi by se chtěl **dozvědět, co se s ním děje a co v něm je**. Bojí se věcí, které má uvnitř. Chtěl by *„být blíže svému pravému já“*, protože teď je od něho daleko. Chtěl by se naučit dotahovat věci do konce a nevzdávat to, jakmile se něco nedaří. Také by se chtěl vyznat ve svých pocitech a porozumět jim. Uvědomuje si ale, že to vyžaduje ustavičnou práci na sobě, která se nedá udělat jen v Takiwasi, ale která vyžaduje celý jeho život.

## **2. fáze (zahájení léčby - první dieta) - obsah rozhovoru č.2, zúčastněné pozorování**

Felipe si od doby, kdy začal užívat ayahuasku, uvědomil hodně důležitých věcí. Jako první zmiňuje **vztah ke svému tělu**. Více než 20 let ho ničí drogami a už s tím musí přestat. Musí se začít o své tělo starat, což je věc, kterou si dříve nikdy neuvědomil. Více teď vnímá, že je tělo jeho součástí, má ho rád a více si ho váží. Toto téma se objevilo na dvou ayahuaskových

sezeních, kdy si své tělo poprvé vážně uvědomil, dotýkal se sebe, hladil se a objímal. V souvislosti s tím mu došlo, že nejde pouze o to neničit se, ale že je potřeba ještě něco více – mít se rád. V tu chvíli cítil, že sám sobě dovede dát lásku. Začíná se mít rád, což je pro něho velká změna. Také se o sebe více stará a dbá na to, co jí. Ustupují jeho problémy s břichem, které ho dříve často bolívalo.

Uvědomil si, že mu **chybí láska**. „Protože mi zemřela matka, když jsem byl malý, mám velký nedostatek lásky. Proto jsem se vždycky snažil se všemi vycházet, mít pozitivní vztahy, protože mi to chybí. I proto jsem si celý život nandával masku s úsměvem a jen se usmíval a usmíval, protože jsem chtěl, aby mě lidi měli rádi a dávali mi pozitivní věci. Ale teď jsem si uvědomil, že je třeba dělat to jinak. Začít od sebe samého. A to vidím jako základní velkou změnu, jako překlíknutí, skok jinam.“ Felipe si myslí, že tato potřeba lásky souvisí i s jeho užíváním drog.

Cítí se nyní mnohem více v klidu a v pohodě, už nemá potřebu ničit se, začíná se lépe znát. Je pořád veselý člověk, hodně pozitivní, rád s lidmi. Toto se na něm asi nezmění. Bývá méně podrážděný, méně vybuchuje a více se kontroluje. Cítí méně hněvu na matku jeho dítěte, méně naštvanosti na sebe samého i na život. Život mu vždy připadal nespravedlivý, protože ztratil tak brzy matku.

Je plný **naděje**. Dívá se s chutí do budoucnosti, což dříve nedělal. Dříve ho život nezajímal, neměl chuť žít. Neuvažoval sice o sebevraždě, ale ničil se postupně – způsobem života, který vedl. Bylo mu jedno, jak dlouho ještě bude žít. Teď chce žít co nejdéle a být co nejdelší možnou dobu se synem a se sebou.

Také už není tak nezodpovědný. Je mnohem **zodpovědnější** k sobě samotnému, silnější, schopnější čelit životu. Už před životem neutíká. I po fyzické stránce se cítí lépe. Už ho nebolí tolik břicho a zná lépe svoje tělo – ví, jak reaguje a co potřebuje. Cítí se vitálnější. Trochu zhubnul a posílil, dovede víc uběhnout. Během jednoho ayahuaskového sezení si uvědomil, že potřebuje více cvičit a zpevnit tělo.

Felipe by chtěl také rozvíjet svoji duchovní stránku. Chce si domluvit schůzku s farářem a popovídat si s ním o duchovních otázkách, ačkoliv si myslí, že se z něho „vzorný dobrý křesťan asi nikdy nestane“. Na dvou ayahuaskových sezeních měl vizi Panny Marie a prosil ji, aby na něho dávala pozor a během sezení ho doprovázela.

S ostatními pacienty vychází Felipe dobře, ačkoliv z něho má jeden z pacientů (Pablo, viz. případová studie 2) strach. Vadí mu, že mu Felipe ukazuje jeho chyby a kritizuje ho za ně. Felipe s ním nemá moc trpělivosti. Naopak velmi blízký vztah má s Danielem (viz. případová studie 1). Vzájemně se podporují a slíbili si, že vydrží v léčbě až do konce. Tato podpora je pro něho velmi důležitá. Často si spolu povídají a je jim spolu dobře. Vztahy s druhými lidmi

jsou teď pro Felipa hlubší a opravdovější. Jsou teď „o něčem víc“. Pacienti k němu mají respekt a váží si ho. Snaží se pomáhat jim, například si povídat s těmi, kteří toho moc nenamluví a zapojovat je do konverzace. Také více naslouchá. Je mnohem **tišší a mírnější**, což vnímám i já z pozice pozorovatele. Mnohdy ani během rozhovoru neslyším, co mi Felipe říká, a žádám ho o zopakování.

Felipe také pracoval na tématu jeho **vztahu se ženami**. Došlo mu, že je má spojené s bolestí a utrpením. Očekává, že jsou vypočítavé a že ho zradí a opustí. Toto své nastavení si spojuje s matkou, nikdy nedovedl pochopit, proč ho opustila a nechala samotného. Vždy stavěl ženy na piedestal, ale ve skutečnosti jim nikdy nedůvěřoval. Až tady mu dochází, že byl jeho pohled na ně nemocný a chtěl by ho změnit. Má chuť navázat opravdový vztah se ženou, je připravený být v tomto vztahu už mužem a ne dítětem. Nyní může být ženě oporou.

Premýšlí trochu nad svojí **budoucností**. Zvažoval (na podnět psychoterapeuta), zda pro něho práce v restauraci není riziková. Rozhodl se ale, že ji má rád a chce v ní pokračovat. Je rád v kontaktu s lidmi a má v tomto oboru 25 let praxe. Napadlo ho ale nevrátit se na stejné místo, nýbrž pracovat na zaoceánské lodi. Ačkoliv je tato práce velmi náročná, umožnila by mu našetřit nějaké peníze, protože v současné době nemá žádný majetek.

Takiwasi je podle něho „*místem, kde se můžeš změnit*“. Je to celým tímto místem a nedá se určit jeden faktor léčby, který by mu pomáhal více než jiné. Velmi mu pomáhá například **biodanza**, protože mu pomáhá kontaktovat se s emocemi. „*Je to strašná aktivita, protože tě přímo kontaktuje s tvými emocemi. Je tam hudba, tanec a emoce z tebe tak nějak samy vycházejí. Je to nevědomé, často nevím, co se děje, ale je to neuvěřitelně silný zážitek.*“ Také mu velmi pomáhá **běžná práce** – úklid, práce na zahradě, vaření. Dříve vaření nenáviděl, teď se ale snaží vařit pro druhé s láskou, vymýšlí, jak jídla vylepšit, a je pro něho důležité. Podobně práce na zahradě mu kdysi velmi vadila, ale teď se snaží odvést dobrou práci, dělá ji poctivě a má z ní radost.

**Ayahuasková sezení** jsou podle něho základem všeho. Otevírají mu oči. „*Je to podle mě klíčová část léčby a vnitřní práce. Navíc je to podpořeno další prací s terapeutem, s Frankem. To, co vidím na sezení, mi otevře bránu, ale pak už jsem to já, kdo musí vstoupit a vydat se onou cestou. Takže ayahuasca je pro moji práci základem. Jedna z nejdůležitějších věcí. Ukazuje mi cestu, kam mám jít, směřovat.*“ Tuto cestu mu ukazuje prostřednictvím vizí, prožitků, dojmů, pocitů v těle (někdy i bolesti), myšlenek nebo pocitů, že je něco špatně. Dozvídá se konkrétní informace, které se snaží zapamatovat. Někdy se jedná o konkrétní doporučení, například, aby tolik nesolil nebo aby byl více v klidu. Tato doporučení se pak snaží následovat. Dříve doporučení druhých nenásledoval proto, že nikomu nevěřil a lhal sám

sobě. Ted' má chuť změnit se a něco se sebou dělat. Na ayahuaskových sezeních také zpracovával téma své mužské stránky. „*Během tohoto sezení jsem se setkával se samými muži. S mým synem a otcem. Byl jsem obklopen spoustou dalších mužů, které neznám. Začal jsem cítit potřebu být víc mužem, pro sebe a pro svého syna. Měl jsem hodně vizí ohledně mé role otce, bylo to příjemné, usmíval jsem se.*“ Zajímavý byl také zážitek očisty, který Felipe na jednom ayahuaskovém sezení zažil. „*Na sesi ze mě Jacques vytáhl spoustu břemene, zátěže, svinstva. Nevím, co přesně to bylo, ale bylo toho hodně. Možná pocity viny, zlost, hněv...*“

**Dieta** mu pomohla zpracovávat jeho hněv a zlost. Pracoval během ní především na tématu zlosti k jeho bývalé ženě. Napsal jí dopis, ve kterém ji požádal o odpuštění a ve kterém s pokorou uznal své chyby. Během diety také myslel na svého otce. Chtěl by se zkontaktovat s německou částí jeho rodiny, se svými kořeny. Uvědomil si také některé souvislosti prožívané zlosti, například s jeho zkušeností z minulosti. „*Moje zlost často pramení z toho, že mi je fyzicky špatně. Bolest je pro mě velkým zdrojem zlosti. Připomíná mi to otce – on trpěl silnými bolestmi a často kvůli tomu vybuchoval.*“

### **3. fáze (první dieta - polovina léčby)** - obsah rozhovoru č.3, zúčastněné pozorování

Felipe říká, že se nyní nachází v klíčovém okamžiku léčby. Tuto informaci obdržel od Jacquese (curandero) a svého psychoterapeuta. Je nutné, aby se nyní kontaktoval se svou zraněnou částí. „*Je potřeba, abych sestoupil do mé deprese. Celý život jsem měl masku, brnění, dělal, že je mi dobře a že jsem šťastný, chtěl jsem, aby mě měli lidé rádi, a tak jsem vždycky byl veselý, neobtěžoval. Pod tím ale bylo schované něco hlubokého. Hluboce ukrytý smutek spojený s hněvem.*“ Felipe si na ayahuaskových sezeních a za pomoci jejich interpretace s psychoterapeutem uvědomil původ tohoto hlubokého smutku, který v sobě mnoho let potlačoval. „*To všechno souviselo mimo jiné se smrtí mojí matky a s tím, že i předtím měli mí rodiče náročný vztah. Byl jsem malý, ale musel jsem fungovat jako opora mé matce, být jí úsměvem. Tam se začala vyvíjet má maska. Dělal jsem, že je všechno v pořádku, že je mi dobře, že nemám žádný problém, pomáhal jsem druhým. Tam to všechno začalo a pořád se to upevňovalo.*“ Felipe si nyní uvědomuje, že je potřeba, aby se z touto svou zraněnou částí kontaktoval, ale ještě stále se mu to nedaří. Má strach, cítí, že je na okraji propasti. Poslední ayahuasková sezení byla „*velice temná*“ a z Felipa během nich odcházelo hodně silných emocí (hněv, nenávist). Necítí se šťastný, nemá chuť smát se, ani vtipkovat, což je na něm i na první pohled vidět (působí sklíčeně, bledě, unaveně, nemluví).

Uvědomuje si, že toto téma se úzce týká i jeho **masky**, kterou je nyní potřeba **sundat**. Už se nesnaží vyhovět za každou cenu druhým, být dobrým a příjemným. Cítí se nyní po psychické

stránce velmi křehký a zranitelný, ale má strach tuto slabost druhým ukázat, je to pro něho velice těžké. Občas se o to pokouší. Někdy si toho někdo všimne a ptá se ho, co se s ním děje, což se mu nelíbí, protože nemá rád, když si o něho dělají druzí starosti. Naopak, byl zvyklý na to, že to byl on, kdo druhým poskytoval úlevu. Vadí mu hrát roli oběti nebo žádat o pomoc, neumí to. Potlačování negativních emocí si spojuje s bolestmi břicha, kterými dříve trpěl: „*Je normální cítit se někdy špatně, mám právo mít se někdy špatně, to jsou věci, které jsem si dřív nechtěl připustit. Měl jsem špatný přístup k mým emocím, proto se mi ozývaly přes břicho*“.

Dalším tématem, na kterém pracuje, je jeho poctivost a upřímost. Být upřímný k druhým, ne jim na věci kývat a potom si myslet a dělat, co chce on. V souvislost s tím řešil také Felipe závažnou situaci, kdy **porušil jedno z pravidel komunity** – zákaz kouření. Byl potrestán sankcí a na základě rozhovoru s psychoterapeutem a ayahuaskového sezení si uvědomil nebezpečí takového chování. „*Ted' už vím, že se jedná o mechanismus, co by mě mohl znovu přivést do relapsu. Porušování pravidel, dělání věcí na tajmo, z naštvání*.“ Toto téma pak definitivně zpracoval na dalším ayahuaskovém sezení, které vnímal jako trest za své chování. „*Ayahuasca mě potrestala hodně silně. Bylo to nejtěžší sezení, cítil jsem hodně bolesti. Došlo mi, že musím nastoupit na cestu přímosti, a to jednou pro vždy, bez výjimek*.“

Je si mnohem více **vědomý, kým je**, zná své přednosti a slabiny. Ví, že dokáže vydržet mnohem více, než si myslel. Fyzicky se cítí mnohem silnější a schopnější než dřív (např. ujde dlouhé vzdálenosti, může běhat, posiluje). Po psychické stránce si není jistý. S tím souvisí i to, že si nyní mnohem více věří. I dříve si důvěřoval, ale byla to důvěra falešná, stál za ní kokain. I proto na něm byl závislý – dával mu více sebedůvěry. Ted', když objevuje, kým skutečně je, už nepotřebuje žádnou iluzi, která by mu pomohla důvěřovat si. Ted' už si může důvěřovat na základě toho, co o sobě ví.

Jeho slabou stránkou je to, že se **chová jako dítě**. „*Emocionálně jsem devítileté dítě. Snažím se tedy rozvíjet moji dospělou složku, dozrát*.“ Došlo mu, že se jako dítě choval i v době manželství, kdy mu bývalá manželka často říkala, že není jeho matkou - zřejmě proto, že projevoval tuto potřebu. Ted' si uvědomuje, že žárlil na své dítě a ze stejného důvodu toužil být mezi lidmi vždy v centru pozornosti, a proto mluvil hlasitěji než druzí, pokoušel se neustále druhé rozesmát a jinak na sebe upoutával pozornost. Nyní si je tohoto mechanismu vědomý a už se tak necítí. Tato potřeba pomalu mizí, odchází. Také si je vědomější svého chování, už se „*neděje samo*“.

**Má se hodně rád**. Dříve se rád neměl, byl sebedestruktivní, nebyl pro sebe důležitý. Také si uvědomil, že musí pečovat o své vnitřní dítě. „*Dřív jsem pro sebe nebyl důležitý. Až tady jsme*

*se naučil mít se rád, dát si lásku. Pečovat o mé vnitřní dítě, o malého Felipa, o Felipa dítě. A ten už nedělá hlouposti. Dřív mezi nimi – velkým a malým, nebyla rovnováha, prostě naskočil ten či onen. Ted' už znám oba a snažím se najít mezi nimi rovnováhu. Být Felipe dospělý a znát Felipa dítě a dávat mu to, co potřebuje.“*

Felipe je také na cestě **hledání** v oblasti **spirituality**. Už není našťvaný na Boha tak jako dřív (kvůli tomu, že mu vzal matku a byl k němu nespravedlivý), ale ještě stále nenašel to pravé. Je mnohem otevřenější víře, připravený přijmout ji, hledá. Cítí, že ji potřebuje, že je to velký zdroj síly, zdravé síly, zdravá složka osobnosti. Vidí sílu, kterou lidem dává. Dříve si myslel, že toto nepotřebuje, ale nyní vidí, že ano. Že by potřeboval vědět, že je někdo, kdo je s ním. Zároveň má však strach.

V Takiwasi mu velmi pomáhá seminář **biodanzy**. Má ho velmi rád a lituje, že se nekoná častěji než jednou týdně. Tento seminář se silně dotýká jeho emocí a pomáhá mu je vyplavovat. Dovolí si na něm smát se, když je mu do smíchu, a naopak brečet, když prožívá smutek. Dovede se zde uvolnit a dát průchod svým emocím. Nechat je plynout. V kontaktu se sebou mu pomáhá ještě seminář muzikoterapie a ayahuasca.

**Ayahuasková sezení** mu ukazují všechny věci o něm, které pak v Takiwasi zpracovává, a vyplavuje se během nich velké množství emocí. „*Například tam hodně brečím. Nebrečel jsem kvůli smrti mé matky, neplakal jsem ani, když mi zemřel otec, je to pro mě velmi těžké. Ale na ayahuaskovém sezení se mi všechny tyto věci vynořují.*“ Toto „vynoření“ probíhá různými způsoby – prostřednictvím vizí („*na jednom sezení jsem viděl mé rodiče a strašně moc jsem brečel*“), pocitů, myšlenek, vzpomínek („*ayahuasca mi ukázala jednu událost z doby, kdy jsem měl osm let a stalo se něco mezi rodiči, co mě hodně zasáhlo*“). Felipe si nyní dovoluje tyto pocity prožívat, dříve se za ně styděl, kontroloval je, zapíjel je a tlumil drogami. Ayahuasková sezení mu ukázala, že je schopen tyto emoce unést a vydržet.

Felipe má velmi rád **purgativní sezení**. Chtěl by je absolvovat častěji, ale v psychologové mu to nechtějí dovolit. Pomáhají mu vyčistit se a zbavovat se některých věcí, nechat je ze sebe odejít. Cítí, že 90% těchto věcí už je pryč. Po purgativním sezení se vždy cítí velmi dobře – zdravě a čistě.

**Diety** jsou pro Felipa velice náročné – být osm dní o samotě, s nikým nemluvit, nejíst, zůstat sám se sebou je pro něho k nevydržení. Poslední dieta pro něho byla nejnáročnější věcí v životě. „*Uchu [rostlina, kterou užíval na dietě, pozn.] mě zasáhla hodně silně, hodně na mě působila. Nikdy v životě jsem se necítil tak slabý, tak vykořeněný, tak mimo jako s Uchu. Poslední dieta pro mě byla potvrzením, ověřením léčby. Že dokážu vydržet mnohem víc, než jsem si myslel.*“



#### 4. fáze (polovina léčby - ukončení léčby) - obsah rozhovoru č.4, zúčastněné pozorování

V této fázi léčby se objevilo nové téma, a tím je Filipův **vztah se ženami**. Toto téma otevřelo ayahuaskové sezení, na kterém Felipe viděl, jak se objímá s učitelkou ze školy, do které chodí pracovat jako dobrovolník v rámci procesu znovuzacheňování do společnosti. Tato žena mu brečela na rameni a on brečel společně s ní. Myslí si, že lítost, kterou cítil, souvisí se smrtí jeho matky a že ho toto téma ještě stále silně emočně zasahuje a mělo vždy vliv na jeho vztah se ženami (ženy nad ním měly velkou moc a mohly s ním snadno manipulovat). Pochopil, že každý vztah se ženou nemusí působit bolest a rozhodl se dát mu ještě další šanci. Vidí určitou naději, že by mohl najít naplňující vztah, čemuž dříve nikdy nevěřil.

Také přemýšlí nad vztahem se svojí **bývalou manželkou**, snaží se ji respektovat a vycházet s ní, zejména kvůli jejich synovi. Chápe, že k němu nemá důvěru, protože ji dlouho zklamával a že není jisté, zda mu vůbec bude ještě věřit. Chce se o to ale pokusit a nenechat se frustrovat prvním neúspěchem. Už k ní necítí zlost. Chtěl by se se **synem** více vídat, nyní mu už může být adekvátním příkladem a oporou. Dříve nemohl, styděl se za sebe, byl špatným otcem. Ze setkání s ním má strach, protože ho dlouho neviděl a setkání bude emočně náročné. Bojí se, jak bude reagovat. Hodně na něho myslí.

Téma **zlosti** a její kontroly je dalším důležitým tématem tohoto období. Dříve ho zasáhla a ovládla a dalo mu velkou práci schovávat ji. Dnes už ji dokáže nějakým způsobem zpracovat. Uvědomil si, že potlačování emocí včetně zlosti souvisí s jeho zkušenostmi z dětství. „*Můj otec často křičel, a proto jsem nechtěl být jako on a snažil se své city skrývat.*“

Už se dokáže **konfrontovat s problémy**, které přicházejí. Dříve před nimi utíkal a vyhýbal se jim. Teď ví, že má vnitřní sílu a že jim může a dokáže čelit, i když to nebude lehké. Dříve vnitřní sílu neměl, i když navenek vypadal silně. Nalezení vnitřní síly bylo pro Felipa velmi důležité. Podobně se již dokáže konfrontovat s negativními emocemi a akceptovat je.

Je teď „*totálně jiný člověk, než býval*“, i když něco uvnitř něho zůstalo stejné – je stále společenský, příjemný člověk, pořád hledá respekt druhých, ale už s menší potřebou. Je teď mnohem schopnější reagovat podle sebe bez ohledu na to, zda se to druhým líbí. Začal více myslet na sebe. Je silnější, zažil tu hodně těžkých věcí a je mnohem schopnější čelit nárokům mimo Takiwasi. Je také mnohem důvěřivější. Dříve byl opatrný, nyní je otevřenější a má větší důvěru k druhým.

Jeho negativní stránkou je to, že má teď větší nároky na druhé a také mu někdy chybí trpělivost. Chtěl by také více zapracovat na jeho fyzické stránce (posilovat) a především je potřeba, aby dále rozpracovával témata, která v Takiwasi otevřel, a zakomponoval je do

praxe. „*Tady je snadné dělat to, protože musíme a máme na to čas, ale až odejdu, bude to náročnější.*“

Na svůj budoucí život mimo Takiwasi pohlíží s důvěrou, ví, že se výrazně změnil a zlepšil, ačkoliv má stále nějaké slabiny. Je spokojený a myslí si, že se mu bude dařit dobře. Nebojí se, že by začal opět pít nebo brát drogy. „*Vím, proč jsem to dřív dělal – abych se utlumil, umlčel, abych unikl, abych necítil bolest. Ted' se cítím schopný tomu všemu čelit, čelit mým démonům. Už nemám potřebu unikat.*“ Kdyby se měl znovu rozhodnout, zda podstoupit léčbu v Takiwasi, volil by stejně. „*Jediná věc, co bych změnil by bylo to, že bych přijel už mnohem dřív. Opravdu, zkušenost z Takiwasi byla nejtěžší věc v mém životě, ale zároveň ta nejlepší. Takže bych nic neměnil, jen by se mi líbilo udělat to už tak o deset let dříve a nemarnit zbytečně život. Ale nemyslím si, že bych tehdy byl připravený. Asi to prostě mělo být ted'. Bylo to nejlepší rozhodnutí mého života.*“

### **Informace o stavu pacienta po ukončení léčby**

S pacientem bohužel nejsme v kontaktu, jediné informace o jeho stavu mám od jeho bývalého psychoterapeuta, se kterým měl rok po ukončení léčby telefonický hovor (pacient nemá doma PC, proto nereaguje na emaily).

Pacient pracuje v restauraci 70 km od Miami, kde bydlí v pronajatém bytě. Navázal vztah se ženou, která pracuje jako zdravotní sestra a která je mu velkou oporou. Vztah ho naplňuje, jezdí společně pravidelně do přírody, dobře se jim společně komunikuje. Neužívá alkohol ani kokain, kouří ale cigarety a příležitostně i marihuanu. Uvědomuje si, že je jeho současný životní styl poněkud pasivní, tráví hodně času sledováním televize, nemá moc pohybu.

Velkým zdrojem utrpení je pro něho fakt, že se dosud nesetkal se svým synem, ačkoliv splnil všechny formální požadavky (doplatil peníze, které dlužil matce dítěte na výživném, zařídil byt tak, aby v něm mohl jeho syn během návštěv pobývat, má trvalou práci a pravidelný život). Nyní je v této věci ve fázi čekání na vyjádření příslušných orgánů. Celkově je spokojený.

### **Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 4**

Následující část práce si klade za cíl zodpovědět výzkumné otázky práce pro případ respondenta č. 4 (Felipe). Zároveň bere v potaz výsledky zjištěné v empirické části 2, které zde poslouží jako základní struktura pro zodpovídání výzkumných otázek. Výsledky

respondenta č. 4 budou výsledky zjištěné v empirické části 2 doplňovat, rozšiřovat a případně korigovat.

### 1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?

Pacient na počátku léčby sám sebe nezná, nerespektuje se, nemá se rád. Uvádí, že ačkoliv byl v některých oblastech svého života (práce) úspěšný, sám sebe si nevážil, protože se za sebe styděl a věděl, že si musí „vypomáhat“ drogami, na kterých je závislý.

Již od 2. fáze léčby má pacient sám k sobě pozitivnější vztah. Po 2 ayahuaskových sezeních, během kterých navázal intenzivní vztah se svým tělem, si uvědomil potřebu mít se rád a pečovat o sebe. S nárůstem sebepoznání, kdy pochopil zdroje některých svých nepříjemných pocitů a dovolil si tyto pocity prožít, byl jeho vztah k sobě samému pozitivnější a vědomější. Respektoval sebe a své pocity a neměl strach ukázat je i druhým. Přestal si „nasazovat masku“ a začal ukazovat sebe takového, jaký je. Od 3. fáze uvádí, že sám sebe už zná, ví, kým je a co od sebe může čekat. Má se rád. Důvěřuje si. Tato láska k sobě a sebedůvěra již není falešnou iluzí, ale stojí na pevném základu.

Srovnání případové studie respondenta č. 4 (Felipa) s výsledky empirické části 2 pro větší přehlednost zobrazujeme v následující tabulce:

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                                                                                                                                         | Respondent č.4 (Felipe)                                                                                                                                                      | Potvrzeno |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |           |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                | pacient si je vědomý, že toho po pracovní strážce hodně dokázal a že dovede plnit úkoly, které mu druzí zadají, zároveň ale uvádí, že se za sebe stydí a má malé sebevědomí  | částečně  |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně se sebedestruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti sebe neznají | její nedostatek spojen se studem za sebe a za své chování v minulosti, sebedestruktivním chováním, s vysokou mírou sebekritiky a tím, že pacient prožívaným pocitům nerozumí | ANO       |
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                                                                                                                                                                                | narůstá již od 2. fáze, ve 3. a 4. fázi tento nárůst pokračuje                                                                                                               | částečně  |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                                                                                                                                                                             | ve 4. fázi si pacient důvěřuje                                                                                                                                               | ANO       |

| Zjištění empirické části 2                                                                                                                                              | Respondent č.4 (Felipe)                                                                                                                                                                                                                               | Potvrzeno        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                                                                     | zážitek proměny ve 4. fázi pacient nezažil; ačkoliv v této fázi vypovídá, že je totálně jiným člověkem, než býval, k proměně docházelo postupně a pozvolně                                                                                            | částečně         |
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám                                                 | pacient se cítí připraven na opuštění léčby, cítí se být schopný čelit nárokům života, nebojí se, že by opět začal užívat drogy                                                                                                                       | ANO              |
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                                                                             | pacient se začíná mít rád již ve 2. fázi léčby, ve 3. fázi léčby se již má velmi rád, podobně jako i ve 4. fázi                                                                                                                                       | ANO              |
| - nárůst souvisí zejména se sebepoznáním                                                                                                                                | nárůst důvěry pacienta souvisí se sebepoznáním - tím, že ví, kdo je a jaké jsou jeho pozitivní a negativní stránky, a že pochopil zdroje některých svých nepříjemných pocitů; nárůst důvěry v sebe také pramení z toho, že dovede čelit nárokům léčby | ANO              |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                                                                         | tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                                                                                                                                                                         | nejisté          |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebepoznání                                                                                                           | pacient si uvědomuje, že je třeba pokračovat v seberozvoji; hovoří ale spíše o nutnosti aplikovat to, co se o sobě dozvěděl, do každodenního života; přímo o potřebě dalšího sebepoznání explicitně nehovoří                                          | částečně         |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                                                                   | první výrazně pozitivním pocity vůči sobě se objevily na základě navázání kontaktu s vlastním tělem (na ayahuaskových sezeních)                                                                                                                       | ANO              |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                                                                  | k nárůstu důvěry k sobě docházelo v průběhu celé léčby                                                                                                                                                                                                | NE               |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                                                                         | na počátku léčby chybí, pacient se nemá rád a stydí se za sebe                                                                                                                                                                                        | ANO              |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:<br>q) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)<br>r) negativní sebehodnocení („nejsem | negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení především z negativního sebehodnocení a z toho, že pacient sám sebe nezná a nerozumí si; také má strach z toho, co se v něm ukrývá                                                                    | ANO<br>(b, c, d) |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                              |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)</p> <p>s) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebe destruktivního)</p> <p>t) pacient nezná sám sebe</p>                           |                                                                                                                                              |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                          | <b>Respondent č.4 (Felipe)</b>                                                                                                               | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva                                                       | ve 2. fázi léčby se pacient začíná přijímat a mít se rád                                                                                     | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností (a z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje) | zdrojem nárůstu sebepřijetí je sebepoznání, navázání kontaktu se svým tělem, důvěra v léčbu a s ní spojená naděje na změnu                   | částečně         |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebepřijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                              | konfrontace s negativními pocity vůči sobě byla zdrojem nárůstu sebepřijetí hl. ve 3. fázi, ačkoliv i ve 2. fázi je tento mechanismus patrný | částečně         |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebepřijetí                                                                                                                                             | - zatímco ve 2. fázi je sebepřijetí spíše potřebou a začíná pomalu narůstat, ve 3. a zejména 4. fázi pacient již sám sebe přijímá            | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebepřijetí bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                | tato souvislost není z dat přímo prokazatelná                                                                                                | nejisté          |
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                    | pacient o odpuštění sobě nehovoří, spíše se zde objevuje téma odpuštění bývalé ženě a odpuštění matce                                        | NE               |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                        | pacient o odpuštění sobě nehovoří, v případě odpuštění druhým tento předpoklad platí                                                         | ANO              |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                | tato sebelítost se objevuje na konci 3. fáze v souvislosti s konfrontací s hlubokým smutkem, který má zdroj v událostech z dětství           | ANO              |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                         | ke krizi ve vztahu k sobě u pacienta nedošlo                                                                                                 | NE               |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám sebe                                                                                                                                        | již od 3. fáze léčby pacient sám sebe přijímá                                                                                                | ANO              |
| - ve 4. fázi mívá sebepřijetí pacientů trvalejší a                                                                                                                                         | ve 4. fázi léčby je sebepřijetí pacienta                                                                                                     | ANO              |

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                       |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu) | stabilní, vyplývá z důkladného sebepoznání a z nalezení vnitřních zdrojů síly                                                                                         |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                         | <b>Respondent č.4 (Felipe)</b>                                                                                                                                        | <b>Potvrzeno</b> |
| - zdrojem vzrůstajícího sebepřijetí je proces sebepoznání                                                                                                                                                                 | zdrojem vzrůstajícího sebepřijetí je proces sebepoznání                                                                                                               | ANO              |
| - proces sebepřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                                                                                                                    | u pacienta k odpuštění si ani usmíření se sebou nedošlo, začal se mít rád po navázání kontaktu se svým tělem                                                          | NE               |
| - sebepřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                                                                                                                   | sebpřijetí bylo podpořeno poznáním nepřijímané stránky osobnosti pacienta                                                                                             | ANO              |
| <b>Sebepoznání</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                       |                  |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                                                                                                                 | na počátku léčby uvádí nutnost poznat se                                                                                                                              | ANO              |
| - potřeba sebepoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty                                                                                         | tato potřeba vychází z nepříjemných psychických stavů pacienta                                                                                                        | NE               |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                                                                                                            | po celou dobu léčby pacient se pacient o sobě dozvídá něco nového                                                                                                     | ANO              |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“, a znají se                                                                                                                                                        | již ve 3. fázi pacient uvádí, že ví, kým je, a zná se                                                                                                                 | ANO              |
| - sebepoznání vede k potřebě dalšího sebepoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                                                                                                              | pacient přímo neuvádí, že má potřebu poznávat dále sebe sama                                                                                                          | nejisté          |
| - proces sebepoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                                                                                                           | léčba pacienta je na poznávání sebe sama založena, toto poznání je důležité pro porozumění sobě a svým vnitřním mechanismům i pro prevenci relapsu po návratu z léčby | ANO              |

Tab. č. 36: Srovnání zjištění empirické části 2 a studie respondenta č.4.

Formování vztahu k sobě samému se vyvíjí až na drobné odchylky v souladu se zjištěnými tendencemi (viz. Empirická část 2). Na počátku léčby je pacientův vztah k sobě samému negativní, od 2. fáze se začíná zlepšovat a od 3. fáze léčby je tento vztah pozitivní. Pacient sám sebe přijímá a důvěřuje si. Mezi nejdůležitější mechanismy pro zlepšení vztahu k sobě samému patří sebepoznání, setkání s potlačovanými negativními pocity a jejich vyplavení a

změna chování k sobě samému. Většina tendencí popsaných v kap. 8.5 se v případě respondenta č. 4 potvrdila (viz. tabulka č. 36).

Kromě výše uvedených tendencí se v případě respondenta č.4 objevil další důležitý faktor – nutnost „**odhození masky**“ jakožto projev přijetí sebe samého (včetně negativní stránky), respektu k sobě samému (a svým pocitům) a nárůstu důvěry k druhým lidem. Toto chování (umět dávat najevo své skutečné pocity) také pacientovi umožňuje (nepřímo i přímo) požádat o pomoc, když se cítí nepříjemně, protože na něm jeho psychický stav bude pozorovatelný. Schopnost využívat sociální opory a ventilovat negativní pocity (namísto jejich dlouhodobého potlačování) pak může napomoci udržení psychické pohody a prevenci případného relapsu.

## **2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**

Takiwasi poskytlo pacientovi vhodné podmínky k formování vztahu k sobě samému, říká, že „*je to místo, kde se můžeš změnit*“. Podobně jako předchozí respondenti hovoří o tom, že od sebe nelze jednotlivé složky léčby oddělit a že je léčba účinná jako celek. Pokud hovoří o konkrétních aktivitách, udává spontánně na prvním místě semináře biodanzy a ayahuasková sezení.

### **Užívání rostlin**

Užívání rostlin v léčbě je pro Felipa důležité a byl to faktor, který ho do léčby v Takiwasi přivedl. Neměl důvěru vůči psychoterapii a „léčbě mluvením“, ale věřil, že za pomoci změněných stavů vědomí může dosáhnout poznání sebe samého. V této souvislosti zmiňuje zejména ayahuasková sezení, která jsou pro něho „*základem všeho*“. Pomáhají mu vidět pravdu o sobě samém a tedy napomáhají tomu, aby byl jeho vztah se sebou upřímný a postavený na reálných základech. Velmi důležitá jsou pro něho také purgativní sezení, která mu pomáhají eliminovat některé negativní pocity (v některých případech i vůči sobě samému). Diety jsou pro Felipa náročné a nepříjemné, zároveň však reflektuje jejich účinek. Na jeho formování vztahu k sobě samému se podílejí tak, že mu pomáhají být se sebou v kontaktu a zvyšují jeho důvěru v sebe. Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č.3.

## Psychoterapeutická komunita

Soužití s ostatními pacienty a organizace terapeutické komunity také přispívají k formování pacientova vztahu k sobě. Pacient se zde učí být čestný a poctivý ve všech ohledech, tedy i sám k sobě. Musí se konfrontovat s ostatními pacienty a naučit se ovládat svoje chování, což pak zvyšuje jeho sebedůvěru. Důležitá byla také zkušenost, kdy se pacient postupně naučil dávat najevo své skutečné emoce a zakusil, že je takto druhými přijímán. To zvýšilo i jeho sebepřijetí a respekt k sobě samému.

## Psychoterapie

Z psychoterapeutických aktivit podtrhuje pacient zejména význam seminářů biodanzy. Tyto semináře mu umožňují navázat kontakt se sebou samým, respektive se svými emocemi, a vyplavovat emoce. Také hovoří o individuální psychoterapii, která mu přináší podporu a pomáhá integrovat poznatky z ayahuaskových sezení a porozumět svému chování v komunitě.

Při srovnání procesu léčby respondenta č. 4 a poznatků uvedených v empirické části 2 můžeme říci, že tento proces odpovídá uvedeným zjištěním.

Kromě toho zde pozorujeme ještě vliv jednoho z prvků léčby – programu „**znovuzačleňování**“ **do společnosti**. Docházení pacienta do školy, kde pracoval jako dobrovolník, otevřelo důležité téma (vztah se ženami), které pak v léčbě dále zpracovával a které přispělo ke zvýšení jeho sebedůvěry v tomto směru.

## **3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?**

Užívání rostlin mělo na vývoj vztahu pacienta k sobě samému důležitý vliv. Pacient ho vnímá jako základní element celé léčby. Užívání rostlin pro něho bylo zdrojem sebepoznání, umožnilo mu mimo jiné uvolnit některé potlačované emoce, navázat kontakt se svým tělem (a na základě tohoto kontaktu pak začít mít sám sebe rád), najít vnitřní zdroje síly a zvýšit důvěru v sebe.

## Ayahuasca

Ayahuasková sezení vnímá pacient jako klíčovou část léčby a jeho práce. Pomohla mu lépe se poznat, říká, že mu „*otevřela oči vůči sobě samému*“. Toto sebepoznání se odehrávalo



zejména prostřednictvím vizí, tělesných vjemů, pocitů, myšlenek a rozvzpomínání se. Někdy také dostával prostřednictvím vizí či nápadů konkrétní instrukce, co dělat (např. aby snížil konzumaci soli nebo aby jedl v klidu a pomalu). Dochází zde k vyplavování silných emocí („poslední dvě sezení s ayahuaskou jsem celá probrečel“). Ayahuasková sezení mu ukázala, že je schopen tyto emoce unést a vydržet. Pozitivně hodnotí to, že jsou zkušenosti z ayahuaskových sezení podpořeny následnou prací s psychoterapeutem.

Ayahuasková sezení napomohla pacientovi na počátku léčby uvědomit si své tělo a nalézt k němu vztah, což bylo velmi důležitým mezníkem v jeho léčbě. Od té doby si začal svého těla i sebe vážit, mít se rád a starat se o sebe. Dále si na jejich základě ve 3. fázi léčby uvědomil, že v sobě skrývá pocity hlubokého smutku, se kterým je nutné kontaktovat se a zpracovat ho, což se ukázalo být jedním z nejdůležitějších témat léčby.

Zajímavý byl také vliv ayahuaskových sezení v situaci, kdy pacient porušil jedno z pravidel centra (zákaz kouření). Ačkoliv si po rozhovoru s psychoterapeutem uvědomil riziko takového chování, téma definitivně zpracoval až na následujícím ayahuaskovém sezení, které vnímal jako trest („ayahuasca mě potrestala ... cítil jsem hodně bolesti ... došlo mi, že musím nastoupit na cestu přímosti, a to jednou pro vždy, bez výjimek.“). Tato „cesta upřímnosti“ také zahrnovala upřímný vztah k sobě samému. Na jednom ayahuaskovém sezení také Felipe zažil zkušenost výrazné očisty: „Na sezení ze mě Jacques vytáhl spoustu břemene, zátěže, svinstva. Nevím, co přesně to bylo, ale bylo toho hodně. Možná pocity viny, zlost, hněv...“

## Diety

Diety pomáhaly Felipovi být v intenzivním kontaktu se sebou samým a lépe se poznat. Zpracoval zde některé své nepříjemné pocity (zejména hněv) a uvědomil si jejich souvislost se zkušenostmi z minulosti. Diety měly výrazný vliv na jeho důvěru v sebe a své schopnosti („vím, že když už jsem vydržel toto, dokážu v životě zvládnout i spoustu dalších věcí“).

## Purgativní sezení

Purgativní sezení pomáhala pacientovi „vyčistit se“, eliminovat některé negativní pocity (i vůči sobě), cítit se klidný, čistší, zdravý. Tento efekt je dlouhodobý. Zároveň zde však v případě respondenta č.4 pozorujeme známky „závislosti“ na tomto „očistném mechanismu“. Pacient vyžadoval účast na purgativních sezeních příliš často, a tak frekvence jeho účasti na nich musela být korigována doporučeními terapeutického týmu.

Tato zjištění odpovídají výsledkům empirické části 2.

### ***Případová studie 5 - Marc***

#### **Anamnestické údaje**

Demografické údaje: 20 let, Francouz, svobodný, bezdětný. Vystudoval střední školu, pracoval jako zahradník. Žil v domě rodičů v menším francouzském městě. Bez vyznání nebo příslušnosti k nějaké církvi. Ze zdravotních problémů uvádí pacient dlouhodobě opakované migrény, z psychiatrických obtíží poruchy chování<sup>44</sup>, depresi, sebevražedné tendence a poruchy sexuální identity.

Dojem: Marc působí velmi plaše a křehce. Je středně vysoký, hubený, má krátké světlé vlasy, bojácné těkavé světle modré oči, světlou pleť. Tvář mu lehce zarůstají vousy narezlé barvy. V kontaktu je velmi nejistý. Hovoří potichu (téměř jej neslyším), zmateně, zadržává se, ztrácí nit, velmi zabíhá (zejména k neosobním popisům, definicím apod.). To může být částečně podpořeno i jeho špatnou znalostí španělštiny, v některých situacích přecházíme na komunikaci v angličtině. Nenavazuje oční kontakt – dívá se stranou, klopí zrak, těká očima po místnosti. Vedení rozhovoru s ním je poměrně náročné a vyčerpávající. I přes tyto obtíže však má o rozhovory zájem, velmi se snaží vysvětlit přesně své myšlenky a podat dostatečné informace o tom, co se odehrálo. Po celou dobu je třeba jej v rozhovoru usměrňovat.

Primární rodina: Marc pochází z rozvráceného rodinného prostředí. Otec s matkou se rozvedli, když byl malé dítě. Otec je velmi kritický, měl na Marca vždy vysoké nároky, nikdy ho za nic nepochválil. Matka hodně pila, kouřila, nedovedla se postarat o děti, vystřídala několik dalších partnerů, se žádným z nich však vztah dlouhodobě nevydržel. Marca tvrdě fyzicky a psychicky trestala. Má mladší sestru, která má jiného otce, než Marc. Oporou mu v rodině bylo širší příbuzenstvo – zejména teta (sestra matky) a bratřenci.

Drogová historie: Marc přišel do Takiwasi především kvůli závislosti na marihuaně, kterou užíval 9 let (tedy od 11 let), většinu času denně. K marihuaně a dalším drogám ho přivedli starší bratřenci, kteří ho také naučili, jak marihuanu pěstovat. Marc marihuanu nejprve pěstoval (zajímalo ho to) a teprve později ji začal sám užívat. V posledních 5 letech také

---

<sup>44</sup> dle slov pacienta diagnostikováno psychiatrem

nepravidelně (příležitostně) užíval kokain. Dále (zejména během hudebních akcí, které organizoval), užíval ve velkém množství halucinogenní drogy (LSD, houby<sup>45</sup>, DMT, aj.) a extázy. Opakovaně podstoupil léčbu ve formě ambulantní psychoterapie, tato léčba však byla zaměřená spíše na jeho depresivní stavy než na závislost na marihuaně. Dvakrát také užíval antidepressiva, neznámo po jak dlouhou dobu. Pacient reflektuje souvislost konzumace marihuany a jeho deprese.

Akutní problém: Marc nastupuje do léčby v Takiwasi s přáním zbavit se silně nepříjemných psychických stavů, které je nucen tlumit pomocí marihuany. Sekundárním přáním je zbavit se závislosti na marihuaně, bez které nedovede fungovat. Uvědomuje se, že se stala nezbytnou součástí jeho života a že má velmi negativní vliv na jeho psychické funkce (zejména paměť a pozornost) a motivaci. Dále by chtěl zjistit, kým ve skutečnosti je a co má dělat se svým životem. Také by se chtěl vypořádat s traumatickými zkušenostmi z dětství (týrání matkou).

## Průběh léčby v Takiwasi

### Zahájení léčby - obsah rozhovoru č.1

Marc je **fascinovaný** drogami, zejména **halucinogeny**. Sám je už mnoho let pravidelně užívá, říká, že mu pomáhají k seberozvoji a sebepoznání. Bez vedení je pro něho ale těžké se v informacích, které touto zkušeností získává, zorientovat a nějak je integrovat. Ačkoliv je užívá již mnoho let, nevidí tedy větší efekt. I když se jejich prostřednictvím o sobě něco dozvěděl, necítí se být šťastnější a má velký zmatek v tom, kým je a co by od života chtěl. Proto se rozhodl vyhledat léčbu v Takiwasi (*„přijel jsem sem, protože pro člověka samotného, jen s těmito substancemi, je to těžký úkol, rozumět si“*). Má k rostlinám a jejich užívání velkou důvěru a zde je může užívat legitimním způsobem a pod vedením zkušených curanderos. O Takiwasi se dozvěděl během svých cest po Jižní Americe, které zrovna absolvoval, a proto se rozhodl využít této příležitosti a podstoupit zde léčbu.

Marc sebe charakterizuje především jako tolerantní člověk. Namísto kritiky a odmítání se snaží věcem a lidem porozumět. To mu však dělá někdy problém protože nerozumí ani sám sobě. Dále se charakterizuje jako člověk, který se **zajímá o hodně věcí** – studoval botaniku, hodně se zajímá o chemii, hraje na několik hudebních nástrojů (didgeridoo, bubny), duchovně se rozvíjí.

---

<sup>45</sup> nespecifikováno, o jaký botanický druh se přesně jednalo

Jeho hlavní předností je to, že je spravedlivý - nikdy nikoho nesoudí, považuje všechny za sobě rovné a není pro něho důležité, co lidé dělají, k tomu, aby je měl rád.

Jeho slabinami je to, že si někdy myslí, že ví vše, že je někdy umíněný a tvrdohlavý, a zejména to, že **nedůvěřuje lidem**. To je jedním z hlavních důvodů, proč přišel do Takiwasi - chtěl by se naučit více důvěřovat druhým. Také mu vadí, že je snadno **ovlivnitelný** – když mu někdo něco řekne, snadno se nechá přesvědčit k tomu, aby to udělal, což souvisí také s jeho problémem s drogami. Například, když mu bratránek ukázal, jak vyrábět některé drogy, hned se o tyto postupy začal zajímat a napodobovat je. Vyrobené látky potom užíval. Tato ovlivnitelnost je pro něho problémem také proto, že je více než 5 let organizátorem „free parties“, což je prostředí, kde se drogy konzumují ve velkém množství. Pod vlivem kamarádů zde vyzkoušel „*snad všechno*“.

Marc hodně přemýšlí nad svým **vztahem ke drogám**. Říká, že je užíval ze tří důvodů. Tím prvním byla náročná situace v jeho rodině a traumatické vzpomínky na události z dětství. „*Když jsem byl malý, trpěl jsem bolestmi, úzkostí, stresem kvůli mé matce, která mě mlátila. Měl jsem tyto problémy a šel jsem do školy, kde přibýly problémy další. Začal jsem kouřit hodně, strašně moc marihuany. Víc než teď.*“ Když týrání matkou skončilo, zůstávaly v Marcovi nadále tíživé vzpomínky, které pomocí drog potlačoval. „*Pak jsem bral drogy proto, abych zahnal depresi. Byl jsem stydlivý, smutný, nervózní, úzkostný, plný strachu.*“

Druhým důvodem konzumace drog byly „free parties“, kde hrával na hudební nástroje, přičemž mu kokain nebo LSD „*otvíraly kreativitu a uměleckou tvořivost*“. Třetím důvodem (podle Marca nejdůležitějším a tím kvůli kterému je v Takiwasi) bylo to, že hledá povědomí o tom, kým ve skutečnosti je. „*Užíval jsem houby, meskalin a různé substance z rostlin, co jsem pěstoval, abych si porozuměl.*“ Drogy a jejich užívání mu sloužily spíše k porozumění některým obecným věcem (např. ohledně energií, fungování vesmíru, fyziky, práce s dechem, techniky hraní na nástroj), než že by vedly k hlubšímu porozumění sobě a své situaci, ačkoliv i v tomto směru byly pro Marca do jisté míry přínosné.

Marcovi dělá problém vyrovnat se s **traumatickými zkušenostmi z dětství** – zejména s úmrtím některých blízkých osob (prarodičů) a s hrubým zacházením ze strany matky. Vzpomínky na tyto události se mu několikrát denně vracejí, aniž by jim dovedl jakkoliv čelit nebo vzdorovat. Pokud se mu daří na tyto okamžiky alespoň na chvíli zapomenout (např. pomocí hudby, drog nebo kamarádů), cítí se spokojený a někdy se dovede i radovat ze života. Když nebral drogy a pominul jejich efekt, býval velmi nešťastný. Zažíval **silnou úzkost a depresi**, často přemýšlel nad tím, že tuto situaci nedovede již dále unést a zvažoval možnost sebevraždy. Chtěl by v Takiwasi tyto vzpomínky nějak zpracovat a odpustit matce to, že ho

dříve mlátila. Je pro něho ale nepředstavitelné, že by se mu to někdy podařilo. Uvědomuje si, že její chování způsobilo špatné zacházení jejího otce v době, kdy byla malá (také ji tvrdě trestal), ale Marc se cítí být těmito zážitky velmi poznamenán a toto uvědomění mu nepomáhá v tom, aby situaci zvládl překonat.

Marc má velmi **nízké sebevědomí**, ničeho si na sobě nevází. Má se „trochu rád“, protože bez toho by asi již byl mrtvý. „Všechny ty problémy, co jsem přežil, bych asi bez minima lásky a úcty k sobě, dávno nepřežil.“ Nevěří si, zejména proto, že sám sebe nezná („je těžké vážit si něčeho, co neznáš“). Je velmi ostýchavý, bojí se hovořit před dalšími lidmi, zejména, pokud je nezná.

Přítelkyni nemá, v minulosti měl jeden déledobější vztah. V tomto vztahu byl velmi citlivý, když nebylo přítelkyni dobře, byl z toho „velmi deprimovaný“. Také mu říkala, že z něho vyzařuje hodně smutku, což pro ni bylo velmi zatěžující. Z tohoto důvodu se nakonec rozešli.

Marc nemá žádný životní vzor, obdivuje však 2 lidi – svého otce a Alberta Hofmanna. Otce obdivuje zejména proto, že „přes všechny problémy, co má – nezná svého otce a má spoustu dalších problémů, se mně i bratrovi vždycky věnoval, učil nás a dával nám to minimum lásky, co měl“. Alberta Hofmanna zná z knih a jednou se s ním setkal během své „vize s houbami v Mexiku“. Vází si ho proto, že objevil LSD – užitečnou molekulu pro lidstvo.

Ostatní lidé vnímají Marca (podle jeho názoru) jako člověka zajímavého, s velkými znalostmi, citlivého, ovlivnitelného, někdy až zneužitelného. Rodiče by o něm řekli, že je „dítě, které má rádo všechny“, že je hodně zvědavý, že říká, co si myslí a že nedovede vyjadřovat pocity.

## **2. fáze (zahájení léčby - první dieta) - obsah rozhovoru č.2, zúčastněné pozorování**

Marc začíná pomalu poznávat svou osobnost. Má už trochu **jasněji v tom, kdo je** („našel jsem sám sebe“). Říká o sobě, že je usměvavý, citlivý, že potřebuje hodně lásky a možnost učit se od druhých. Uvědomil si, že má „**silného ducha**“, což dříve nevěděl.

Jeho největším problémem v této fázi léčby je to, že se mu stále ještě velmi **mění nálada** z jednoho extrému do druhého. „Můžu se mít skvěle a aniž bych věděl proč, spadnu do stavu, kdy je mi špatně, mám depresi a vidím všechno černě.“ Tyto výkyvy nálad zažíval i dříve. Nyní je to jiné v tom, že začal cítit naději na změnu. Také se dovede o trochu více ovládat a někdy se mu podaří zastavit nepříjemný stav hned na začátku, předtím, než nabude takové intenzity, kterou již kontrolovat nedovede.

Uvědomuje si, že v souvislosti s jeho depresí je pro něho důležité téma **důvěry druhým**. „Ptal jsem se ayahuasky, co mám dělat, abych se cítil lépe .. odpověděla mi mimo jiné to, že

mi chybí důvěra.“ V tomto směru vnímá Marc mírný pokrok („cítím, že mě rostliny pomalu začínají naplňovat dobrou energií, že mám trochu více důvěry a že pomalinku rostu“). V tomto období také řeší téma **nízkého sebevědomí**, včetně strachu vyjádřit se a hovořit hlasitěji. Na dietě mu došla souvislost tohoto jeho stavu a zkušenostmi z dětství. „Tento strach může pocházet i od mé matky. Bylo jí vždy všude plno, mluvila strašně nahlas, nepustila druhé ke slovu. Nesnášel jsem to a celá rodina ji proto neměla ráda. Nechci být jako ona, nelíbí se mi její osobnost, chci se od ní odlišit. Celkově mě od dětství otravovalo hodně lidí tím, že mluvilo nahlas. A tak jsem mluvil méně a méně, čím dál tím víc potichu, uzavíral se do sebe...“; „Mám malé sebevědomí, protože mě otec nikdy nepochválil. Nikdy jsem pro něho nebyl dost dobrý, nedělal věci pořádně, tak, abych stál za ocenění.“

Marc by chtěl být silnější a odolnější. Nebát se tolik světa, matky a věcí, které ho zasahují. Je velmi citlivý, vše jej zasahuje, nedovede se toho pak zbavit a tíží ho to. Vnímá ale, že tyto strachy pomalu odcházejí. Více si věří. Cítí v těle „novou energii – rostliny, sílu rostlin“. Na dotaz, jak tuto energii cítí, odpovídá, že „je to jiná inteligence, nový způsob myšlení. Například v těle to cítím trochu jako něco, co mě příjemně naplňuje. Co mi prochází břichem a má to původ v hrudi.“ Vnímá také výrazné změny v oblasti snů. „Mé sny jsou teď velmi zajímavé – manifestují se v nich hodně rostliny. Jsou teď úplně jiné.“

Sám sebe nyní charakterizuje jako člověka, který dovede druhé učit, který sdílí a je hodně společenský. Má vnitřní sílu, zajímají ho druzí, je zvědavý. Mohl by být dobrým učitelem – dovede věci dobře zprostředkovat druhým. Má silnou mysl. Dovede dobře argumentovat a analyzovat – vidět dál, jít do hloubky. To mu dodává důvěru.

Jeho slabým místem je zejména to, že je hodně vzdálený svému tělu a nedovede reflektovat, co se v něm odehrává. Také má **špatnou paměť**, myslí si, že ji má trvale poškozenou. „Mám s ní hodně potíží. Mám s ní problémy od dětství, ale navíc se to zhoršilo marihuanou, všemi těmi drogami a tak.“

Po fyzické stránce se Marc nyní cítí mnohem lépe než dříve. Lepšímu vztahu se svým tělem napomohla i zkušenost z jednoho ayahuaskového sezení. „Viděl jsem, že můj předchozí stav, kdy jsem byl hubený, bledý, neduživý, byl vlastně formou, jak nebýt, jak neexistovat. Uvědomil jsem si, že jsem byl samá kost. Celou sesi jsem neviděl nic, jen kosti a vnímal mé kostnaté tělo. Až na konci jsem začal vidět spoustu světél, silných barevných světél a proudů, které procházely mým tělem. Cítil jsem sílu v těle. Ayahuasca mi tím chtěla ukázat, že tělo potřebuji, že se o něho musím starat a že musím přibrat.“ Od doby, kdy Marc nastoupil do léčby přibral již 10 kg. Se svojí váhou je spokojený, uvědomuje si, že v minulosti „trpěl anorexií“. S kilogramy navíc se cítí dobře, připadá si jako otec, který je hodně silný. Na

druhou stranu má strach, aby nepřibral příliš – v rodině jeho matky mají všichni nadváhu a bojí se, že i on by mohl mít tyto sklony. Nechtěl by být jako jeho matka. Nelíbí se mu tuk.

Důležitým tématem je pro Marca také **víra a duchovní život**. Je pokřtěný, ale v rodině nikdy nebyl nikdo, kdo by ho k víře vedl – rodiče byli nevěřící a nechali ho pokřtít jen kvůli přání prarodičů. Jako malý měl několik výrazných spirituálně laděných snů a byl ve spojení s duchovním životem. Později ale toto spojení ztratil – „*když mě matka mlátila, řvala na mě a nikdo mě nechránil, začal jsem svoji spiritualitu ztrácet. Když jsem viděl všechny ty problémy, ve kterých jsem žil, připadalo mi, že nic dobrého není a nechal jsem svoji víru. Bůh nemůže existovat, když dopouští, aby se děly všechny tyhle věci, říkal jsem si.*“ Marc se opakovaně pokoušel hledat ztracený kontakt se spiritualitou za pomoci drog. Říká, že dávaly jeho životu smysl. „*Když se mě někdo zeptal, proč jsem na světě, odpovídal jsem mu: ‘Abych každé ráno vstal, viděl, jak slunce vychází a zachází, pro hudbu a pro drogy.’ Byly součástí mého životního smyslu.*“

V Takiwasi zažil na ayahuaskových sezeních několik duchovních zážitků a zejména si během nich při pohledu na curanderos a jejich silnou víru, uvědomil, že „*víra je něco skutečného, že to není nic abstraktního, ale že je v tvém těle*“. Touží po tom upevnit i v sobě tuto duchovní stránku. Pravidelně se modlí růženec, poslouchá, když někdo hovoří o víře a Bohu, poslouchá, co mu Bůh říká prostřednictvím ayahuaskových sezení, snů nebo myšlenek. O víře intenzivně přemýšlel i na dietě. Uvědomil si, že mu vadí katolická víra, že není katolíkem a ani být nechce. Že věří v Boha, ale vnímá ho skrze meditaci, sny a ayahuasku, především jako energii a lásku.

Marc říká, že mu v Takiwasi pomáhá „*tak trochu všechno*“. Z aktivit vyzdvihuje význam zejména semináře **biodanzy**, která mu pomáhá uvolňovat a vyplavovat pocity („*často tam brečím, odcházejí ze mě věci, co jsem skrýval a ani jsem o nich třeba nevěděl*“). **Ayahuasková sezení** mu také velmi pomáhají, ačkoliv při nich obvykle nemívá vize. Spíše se mu během nich objevují vzpomínky, silné pocity, přemýšlí, dochází k uvědomění, učí se. To, že obvykle nemá vize, jej trápí a frustruje, protože při dřívějším užívání halucinogenů vize měl a vnímá je jako podstatné.

Purgativní sezení jsou pro něho také přínosná, ačkoliv na počátku léčby byla velice náročná. Nikdy nesnášel zvracení, měl z něho fobii. Tyto obtíže se mu však časem podařilo překonat, zejména díky tomu, že se na purgativních sezeních cítí v bezpečí – ochraňovaný curanderem a ícary (zpěvy). Purgativní sezení mu pomáhají kontaktovat se s tělem a důvěřovat mu. Cítí se po nich lépe.

### 3. fáze (první dieta - polovina léčby) - obsah rozhovoru č.3, zúčastněné pozorování

Marc má větší **důvěru k druhým**. Tento nárůst důvěry přisuzuje mimo jiné tomu, že se zbavil některých nepříjemných pocitů jako smutku nebo hněvu, zejména díky účasti na purgativních a ayahuaskových sezeních. Dříve se stavěl do pozice oběti. Nyní, poté, co se zbavil pocitů s touto rolí spojených, se role oběti definitivně zřekl.

Je teď více maskulinní, ve smyslu rozhodný, více si věří, dovede zaujmout nějaké stanovisko. Je **sebevědomější**, míru svého sebevědomí odhaduje na 70% ze 100%. Je schopný zvládnout věci sám. Je přímější a stojí si více za svým. Je společenštější a více se baví s lidmi, čehož si všimli i ostatní pacienti.

Marc více **přijímá sám sebe** včetně své negativní stránky. Na jednom ayahuaskovém sezení si uvědomil, že se svých slabin nezbaví – že jsou součástí jeho osobnosti a jen díky nim může být jedinečný, že je třeba přijmout je a akceptovat. Je si jich ale vědomý a dovede je už více registrovat a někdy i kontrolovat. Ví, jak s nimi zacházet.

Stále je poměrně nestabilní, co se týče nálady. Ačkoliv jsou tyto **výkyvy** mnohem menší než dříve, stále ještě se necítí v klidu a vyrovnaně. Dříve tuto nestabilitu zakrýval drogami, nyní ji prožívá naplno. Období, kdy se cítí špatně, však vnímá jako prospěšná, protože se „něco uvolňuje a čistí“. Odchází z něho například zlost, kterou měl uvnitř, a cítí se pak lépe. Celkově se cítí mnohem lépe.

Jeho potíží je to, že je „trochu hlavou v oblacích“. Hodně přemýšlí, ale je pro něho těžké věci realizovat. Také vnímá, že je ještě trochu pyšný, ale už ne tolik jako dříve. Teď už je schopný tuto svou tendenci reflektovat – všimnout si, když je příliš pyšný nebo když mu naopak chybí důvěra v sebe. „*Hledám teď rovnováhu mezi tím, jak nebýt pyšný a najít vhodnou pozici, odkud se hájit, vědět, na co mám nárok.*“

Největší rozdíl v porovnání s tím, jak na tom byl na počátku léčby, je v tom, že **porozuměl mnoha věcem**. Více rozumí tomu, co se dříve v jeho životě dělo, zároveň od toho všeho dovede mít určitý odstup. Také už **necítí tolik hněvu na matku**. Dříve ji nesnášel, ale tyto pocity si nepřipouštěl. Potom, v průběhu léčby, objevil silné pocity smutku, hněvu, zlosti a lítosti. Nyní, když tyto pocity odešly a když lépe porozuměl jejímu chování (například v souvislosti s její osobní historií), dovede matku lépe pochopit a přijmout. Je schopný jí odpustit, což je věc, kterou aktuálně řeší. „*Rád bych jí už odpustil, ale cítím, že uvnitř mě je stále ještě trocha zlosti. Na psychické úrovni bych to dokázal, ale mé tělo a duše by jí ještě*



*neodpustily, takže by to nebylo opravdové.*“ Má v tomto aspektu již zralejší a dospělejší postoj než dříve, kdy zůstával na pozici malého týraného dítěte a odmítal změnu.

Výrazně se změnila jeho **spirituální stránka**. Pevně věří, že existuje nějaké „vyšší bytí“, které cítí a vnímá. Ačkoliv není katolíkem, navštěvuje pravidelně mše konané v kapli Takiwasi a několikrát denně se modlí, protože mu to pomáhá kontaktovat se s duchovním světem. Na ayahuaskových sezeních bývá v kontaktu s duchovním světem zejména prostřednictvím vizí. V rozvoji spirituality mu také velmi pomáhají diety. Má k tomuto světu i energii, která ho řídí, silnou důvěru. Spiritualita mu pomáhá v tom, aby se na světě cítil bezpečně a aby věděl, kdy je „na dobré cestě“. Myslí si, že hledání spirituality (něčeho sebepřesahujícího) bylo jedním z důvodů, proč užíval drogy (*„vždycky jsem hledal něco víc, nedovedl jsem se spokojit s myšlenkou, že existuje jen život, který vidíme, a že jeho smyslem je jen škola, práce a pak umřít, pořád jsem měl potřebu hledat, co je za tím, a to pomocí drog“*).

Po fyzické stránce se cítí dobře, lépe než dříve. Je silnější, není tak hubený a má více svalů. Má více síly. Také už necítí některé bolesti v těle, které ho dříve trápily.

Přemýšlí také nad budoucností. Chtěl by se osamostatnit, studovat na vysoké škole botaniku a stát se v tomto oboru učitelem. Mít vlastní dům a rodinu. Je možné, že se někdy vrátí do Takiwasi, aby se stal curanderem, nejprve chce ale vyřešit problémy, které má doma ve Francii, a neutíkat před nimi.

**Z drog** má stále ještě **strach**. Bojí se, aby je znovu nezačal užívat. V Takiwasi se nachází mimo kontext své společnosti. Tady je snadné nemyslet na drogy a neužívat je. Jiné to bude až se vrátí do Francie. Ačkoliv změnil svůj postoj k nim, stále ještě jsou pro něho důležité a pomáhají mu v osobním rozvoji. Rostlinné drogy a jejich užívání je podle jeho názoru přirozené, jen je problém, že ve Francii neexistuje curandero, který by mu mohl v práci na sobě tímto způsobem pomoci a provázet ho. Nyní si ale uvědomuje, že je nebezpečné pouštět se do těchto experimentů sám. Už nechce užívat rostliny bez iniciace a patřičného rituálu. Je citlivější a mohlo by ho to psychicky a duchovně poškodit. Uvědomuje si, že si nesmí vytvářet svá vlastní pravidla.

V Takiwasi mu ke změně pomáhají všechny aktivity, jsou v rovnováze a každá má svůj význam. Některé z nich jsou pro něho silnější než ostatní, například dieta. Prvky léčby v Takiwasi vnímá pacient jako jeden mechanismus – vzájemně se doplňují a ovlivňují. Například po absolvování jedné diety (s rostlinou *Chiric sanango*) se kvalitativně změnilo jeho prožívání ayahuaskových sezení. Začal mnohem více cítit účinky ayahuasky (opojení), začal mít jasné a silné vize, které do té doby téměř nemíval. Tato změna byla pro pacienta důležitá.

**Ayahuasková sezení** mu poskytují zpětnou vazbu o jeho chování („*ayahuasca mi ukazuje mé reakce, to jak se chovám*“) a dochází při nich k porozumění tomuto chování. Vnímá ayahuasku jako samostatnou formu duchovní síly a inteligence - „*pro mě je to matka, matka ayahuasca, už rozumím, proč ji tak místní lidé nazývají. Učí tě, ukazuje ti, když děláš blbosti. Má s tebou trpělivost a opakuje ti pořád dokola to samé, dokud to nepochopíš a nerozhodneš se jednou pro vždy se těch blbostí vzdát.*“ Marc tuto zkušenost zažívá na sezeních opakovaně. Například na posledním sezení se rozhodl vzdát se jednou pro vždy drog, když si prostřednictvím vizí opakovaně uvědomoval, jak mu škodily. Na ayahuaskových sezeních získává také pozitivní zpětnou vazbu o pokroku v léčbě, úspěších a chování, které je pro něho dobré a zdravé. Díky tomu ví, že „*jde po dobré cestě*“. Myslí si, že by léčba v Takiwasi byla prospěšná i bez užívání ayahuasky, ale celý proces by byl mnohem pomalejší a musel by mít jinou strukturu.

**Soužití s ostatními pacienty** mu pomáhá aplikovat to, co se naučil během ayahuaskových sezení. „*Můžeš pít ayahuasku kolikrát chceš, do nekonečna, ale když nezačneš něco skutečně dělat, je ti to na nic. Je potřeba tím i žít a dostávat informaci od ostatních o tom, jak ti to jde.*“ Marc vnímá, že se velmi mění, že si buduje **novou identitu**. „*Připadám si jako bych si stavěl nový dům. Ze dřeva, přírodní, jednoduchý a skromný, ale pevný. Stavím ho pomalu, pečlivě a s láskou. Baví mě to, cítím, že je to důležité. Je to místo, kde budu po celý život přebývat a které mi poskytuje bezpečí.*“

#### **4. fáze (polovina léčby - ukončení léčby)** - obsah rozhovoru č.4, zúčastněné pozorování

Marc se cítí „*poměrně pohnutě*“, v této fázi léčby pracuje zároveň na mnoha věcech a tématech. Je pro něho těžké říci, co se na něm změnilo, protože aby si mohl být touto změnou jistý, je nejprve nutné vidět, jak se osvědčí v životě mimo Takiwasi. Věřící, že spousta věcí se definitivně dořeší až po jeho návratu do Francie. Cítí se ale mnohem spokojenější, veselejší, často mívá dobrou náladu. Také cítí „*jinou energii v těle*“.

Má podobné vlastnosti jako dříve, pouze jsou nyní stabilnější a je si jich více vědomý. Dříve některé z nich zakrývala konzumace drog. Například je i nadále společenský, tolerantní, citlivý. Cenní si na sobě zejména toho, že má velké srdce a že je kreativní. Nyní je více přímý a čestný, snaží se dělat věci správně a neporušovat pravidla. Je morálnější. Také se tu naučil bavit se s lidmi jiným způsobem. Bez drog, s čistou hlavou, hlouběji. Hovořit s nimi o svých pocitech včetně negativních.

Někdy se stále ještě cítí zmatený. Také se občas ještě **bojí**. Života a toho, jak bude zvládat věci po ukončení léčby. Tento postoj vnímá jako „*reziduum bývalé deprese*“. Má pocit, že se

z deprese již vyléčil. Ačkoliv ještě občas zažívá výkyvy nálady, tyto výkyvy jsou mnohem méně frekventovanější a mnohem jemnější, než dříve (nedosahují takových extrémů a nenarušují jeho fungování). Momenty, kdy se cítí špatně, trvají mnohem kratší dobu než předtím, rychleji se mu nálada zlepší a má energii na to, aby je zvládl ustát a změnit svůj stav. Během této fáze léčby zpracoval zejména téma své **maskulinity**, pevnosti v postojích a rozhodnutích. Je rozhodnější, dovede si stát za svým. Je sebevědomější. Není už tolik zmatený ohledně svých pocitů. Dovede rozeznávat, co je dobré a co špatné. Už není „*tolik ve hlavou v oblacích*“, snaží se být konkrétní, více uzemněný, realizovat věci namísto dlouhodobého rozjímání o nich.

**V otázce drog** ještě stále **nemá jasno**. Zajímá ho možnost seberozvoje touto cestou a myslí si, že mu drogy v mnohém pomohly, ale uvědomuje si nebezpečí, které pro něho představují. Rozhodl se abstinovat minimálně po dobu jednoho roku a potom uvidí, co bude dál. Z tohoto důvodu se chce vyhýbat akcím, na kterých se především konzumují drogy. Také si chce „*dávat pozor na alkohol*“. Pokud po roce zjistí, že dovede žít bez drog a být spokojený, nechce se k nim už vrátit. Tato otázka je pro něho komplikovaná, protože nechce přijít o to, co mu drogy poskytovaly (zejména poznání, kontakt se spiritualitou a inspiraci).

V budoucnosti by se chtěl věnovat **studiu na vysoké škole** – bakalářskému studiu agrikultury a následně studiu etnobotaniky. Příroda vždy byla a stále je důležitou součástí jeho života. „*Chci být pořád v kontaktu se zemí a s rostlinami, ať už budu pracovat nebo studovat a stanu se vědcem. Dávají mi jistotu, stabilitu a ochranu.*“ Chtěl by být učitelem. „*Ayahuasca mi ukázala, že mám velkou schopnost učit, vyučovat druhé. Dokážu přilákat jejich pozornost a zprostředkovat jim svou zkušenost.*“. Dělá mu ale starosti finanční stránka věci – nechtěl by, aby mu studium platili rodiče. Je pro něho důležité zaplatit si studium sám. Také by si chtěl najít nějaké stabilní místo k životu, domov.

Zda by chtěl dále pokračovat v seberozvoji pomocí psychoterapie, zatím ještě neví. Je možné, že ano, ale ne s takovou frekvencí jako dříve. Pomoci mu mohou i jiné věci, například více se soustředit na názory druhých, žít to, co se zde naučil, žít vědoměji svůj život, všimnout si chyb.

V Takiwasi mu pomáhá vše. Například je pro něho velmi přínosné soužití s ostatními pacienty, dále ayahuasková sezení a **dieta**. „*Nejdůležitější pro mě byla dieta s Chiric [chiric sanango – rostlina užívaná na dietě pozn.], kde jsem se spojil s hlubokým smutkem, který sem v sobě měl. Po této dietě se také totálně změnila moje ayahuasková sezení.*“

Od té doby se podle jeho subjektivního pohledu „*na každém ayahuaskovém sezení něco čistí*“. Kromě toho, že má jasnější vize, má během nich také mnohem více tělesných vjemů a více zvrací a díky tomu se „*zbavuje věcí, které zpracovává*“.

Přínosný pro něho byl i **proces znovu-začleňování do společnosti**, kde si při práci s dětmi uvědomil, že je potřeba, aby druhým lépe stanovoval hranice. Z této práce měl strach – věděl, že je náročná a že bude třeba být pevný a sebejistý. Také neměl rád, když na něho druzí sahalí a vstupovali do jeho osobního prostoru. Práce s dětmi pro něho byla cennou lekcí - byla příjemná, naučil se „*přijímat jejich lásku*“ a „*být uvolněnější v kontaktu s druhými*“. Toto téma se potom objevilo i na následujícím ayahuaskovém sezení, kde ho zpracoval.

Marc se domnívá, že je možné, že by se jeho psychický stav zlepšil i bez absolvování léčby v Takiwasi. „*Měl jsem před sebou cestování po Jižní Americe, experimentování, spoustu zkušeností. Myslím, že i to by mě hodně někam posunulo. Sám jsem zvládl i trochu omezit konzumaci marihuany a nekouřil tak strašně moc jako dřív.*“ Zároveň si ale uvědomuje, že jeho pohled může být zkreslený a že může pocházet od části jeho osobnosti, která se dosud nechce drog definitivně vzdát. Také reflektuje to, že marihuana velmi změnila jeho osobnost a že pro něho byla nebezpečná.

### **Informace o stavu pacienta po ukončení léčby**

Tři čtvrtě roku po ukončení léčby je Marc se svým životem poměrně spokojený. Říká, že se mu nedaří skvěle ani zle. Začal studovat vysokou školu – obor kultivace rostlin, který se mu nakonec nezdá tak zajímavý, jak čekal. Občas se cítí depresivně. Cítí se sám, přerušil mnoho sociálních kontaktů a dělá mu problém seznámit se s novými lidmi. Má pocit, že je velmi vzdálený všem lidem, více než dříve. Drogy zatím neužívá, ale je to pro něho velmi těžké. I přesto se dále pokouší udržet si svou víru, jít dál, dělat věci nejlépe, jak umí. Občas na své cestě potkává lidi, kteří mu pomohou a jsou pro něho velkou inspirací. Stále cítí účinky rostlin, zejména prostřednictvím snů, pocitů v těle a některých uvědomění.

Rok a půl od návratu z Takiwasi pokračuje Marc ve vysokoškolském studiu. Brzy má dokončit první stupeň a rád by ve studiu pokračoval. Psychicky se cítí lépe, vnímá, že dělá pomalé pokroky. Rozhodl se vzdát se drog a výrazně změnil způsob svého života. Ještě ale stále cítí, že jeho problémy (zejména emoční problémy související s dětstvím) nejsou definitivně vyřešeny. Zpětně hodnotí léčbu v Takiwasi jako velmi přínosnou, zejména proto, že mu umožnila navázat kontakt s jeho spirituální částí, díky níž může nyní nadále růst a rozvíjet se. Takiwasi vnímá jako „*katalyzátor jeho duchovního rozvoje*“. Také stále myslí na věci, které se v Takiwasi naučil a které mu v mnohém pomáhají. V důsledku toho se změnil žebříček jeho hodnot. Zároveň však reflektuje některá negativa léčby v Takiwasi. Po návratu do Francie se cítil několik měsíců velmi citlivý a zranitelný, osamělý a „*vzdálený lidem*“.

*západního světa a hodnotám, které vyznávají“.* Tyto negativní pocity přisuzuje léčbě v Takiwasi, předtím je údajně nezažíval. I přesto si myslí, že „*léčba v Takiwasi měla rozhodně cenu*“.

## **Odpovědi na výzkumné otázky pro případ č. 5**

Následující část práce si klade za cíl zodpovědět výzkumné otázky práce pro případ respondenta č. 5 (Marc). Zároveň bere v potaz výsledky zjištěné v empirické části 2, které zde poslouží jako základní struktura pro zodpovídání výzkumných otázek. Výsledky respondenta č. 5 budou výsledky zjištěné v empirické části 2 doplňovat, rozšiřovat a případně korigovat.

### **1. Jak se vyvíjí vztah pacienta k sobě samému v průběhu léčby v Takiwasi?**

Pacient přichází do Takiwasi zejména z důvodu silné touhy po sebepoznání - porozumění tomu, kým je a co chce od života a pochopení mechanismů, které mu nedovolí cítit se šťastný. Nerozumí sám sobě. Má velmi nízké sebevědomí, ničeho si na sobě neváží. Nedůvěřuje si, nedůvěřuje ani ostatním lidem. Je plný strachu, zažívá silné pocity úzkosti a deprese.

Ve 2. fázi léčby má pacient jasněji v tom, kým je, lépe se zná, více si důvěřuje. Zpracovává téma nízkého sebevědomí a uvědomuje si jeho souvislost se zkušenostmi z dětství. Ve 3. fázi je mnohem sebevědomější a sebejistější. Přijímá sám sebe včetně negativní stránky, kterou již zná a dovede s ní zacházet. Ve 4. fázi je jeho vztah k sobě samému již stabilní. Opírá se o důkladnou znalost sebe sama. Pacient si věří, stojí si za svými rozhodnutími, důvěřuje svým schopnostem. Zároveň má ale pochyby o tom, jak bude fungovat mimo Takiwasi.

Srovnání případové studie respondenta č. 5 (Marca) s výsledky empirické části 2 pro větší přehlednost zobrazujeme v následující tabulce:

| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Respondent č.5 (Marc)</b>                                                                                    | <b>Potvrzeno</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Důvěra v sebe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                 |                  |
| - na počátku léčby pacientovi chybí                                                                                                                                                                                                                                                        | pacient si na počátku léčby nedůvěřuje                                                                          | ANO              |
| - její nedostatek spojen s pocitem, že pacient zklamal sebe či druhé a negativním pohledem na svoji minulost, případně i se sebe destruktivitou a sebevražednými tendencemi, v některých případech také s vysokou mírou sebekritiky a depresivitou nebo tím, že pacienti neznají sami sebe | nedostatek sebedůvěry souvisí především s neznalostí sebe samotného, s depresivitou a vysokou mírou sebekritiky | ANO              |

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - narůstá ve 3. a hl. 4. fázi léčby                                                                                     | pacient má vyšší důvěru v sebe již ve 2. fázi léčby, výrazné změny jsou patrné od 3. fáze léčby                                                                                    | částečně         |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                       | <b>Respondent č.5 (Marc)</b>                                                                                                                                                       | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 4. fázi pacienti důvěřují sobě a svým schopnostem                                                                  | pacient vnímá pokroky, které udělal, mnohem více si důvěřuje, zároveň však má určité obavy v souvislosti s životem mimo Takiwasi                                                   | částečně         |
| - ve 4. fázi udávají někteří pacienti pocit proměny                                                                     | pacient nehovoří o pocitu proměny, spíše o větší stabilitě, rovnováze a důkladnější znalosti sebe samého                                                                           | NE               |
| - ve 4. fázi se pacienti cítí připraveni na život mimo Takiwasi, schopni zvládnout nároky běžného života a čelit drogám | pacient vnímá pokroky, které udělal, mnohem více si důvěřuje, má plány do budoucna, zároveň však prožívá určité obavy v souvislosti s životem mimo Takiwasi                        | částečně         |
| - ve 4. fázi popisují pacienti lásku k sobě                                                                             | tento předpoklad není z poskytnutých dat ověřitelný                                                                                                                                | nejasně          |
| - nárůst souvisí zejména se sebepoznáním                                                                                | nárůst pacientovi důvěry k sobě souvisí se sebepoznáním a s eliminací některých negativních pocitů                                                                                 | ANO              |
| - nárůst má vliv na další léčbu a motivaci k ní                                                                         | tato souvislost není z dat prokazatelná                                                                                                                                            | nejisté          |
| - na konci léčby vyslovují pacienti přání dalšího sebepoznání                                                           | na konci léčby zvažuje pacient možnost docházení na psychoterapii, hovoří také o touze dále se rozvíjet a „pracovat“ na sobě                                                       | ANO              |
| - cesta k důvěře k sobě zde může vést přes navázání kontaktu se svým tělem a zlepšení fyzického stavu                   | nárůst důvěry k sobě souvisel s navázáním kontaktu s tělem, není však zcela jasné, nakolik byla tato zkušenost pro nárůst důvěry podstatná a nezbytná                              | částečně         |
| - v některých případech dochází k nárůstu důvěry v sebe až v souvislosti se zážitkem komplexní proměny                  | pacient o zážitku komplexní proměny nehovoří; ačkoliv ve 3. fázi léčby udává, že si buduje novou identitu, k této změně dochází postupně, stejně jako k nárůstu jeho důvěry v sebe | NE               |
| <b>Sebepřijetí</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |                  |
| - na počátku léčby chybí, uváděn výrazně negativní vztah k sobě                                                         | pacient má k sobě na počátku léčby negativní vztah                                                                                                                                 | ANO              |
| - negativní vztah k sobě na počátku léčby pramení z několika zdrojů:                                                    | negativní vztah k sobě na počátku léčby souvisí zejména s neznalostí sebe sama a s                                                                                                 | ANO              |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                               |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| u) negativní chování v minulosti („žil jsem jako zvíře“)<br>v) negativní sebehodnocení („nejsem nikdo“ „nejsem člověk, kterým jsem dřív býval“)<br>w) strach ze sebe a ze svého chování (včetně sebedestruktivního)<br>x) pacient nezná sám sebe | negativním sebehodnocením                                                                                                                                     | (b, d)           |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>Respondent č.5 (Marc)</b>                                                                                                                                  | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 2. fázi léčby se pacienti začínají přijímat, respektive eliminovat silné negativní pocity vůči sobě, nacházejí na sobě pozitiva                                                                                                             | pacient se začíná ve 2. fázi přijímat, více si věří, nachází na sobě pozitiva                                                                                 | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebedpřijetí bývá ve 2. fázi změna životního stylu, zastavení destruktivního způsobu života a přívál pozitivních zkušeností (a z nich vycházející důvěra v léčbu, naděje)                                                      | zdrojem nárůstu sebedpřijetí ve 2. fázi léčby je sebezpoznaní, konfrontace s negativními pocity a pozitivní zážitky z léčby                                   | částečně         |
| - ve 2. fázi léčby bývá nárůst sebedpřijetí spojován s konfrontací s negativními pocity vůči sobě a jejich případnou eliminací                                                                                                                   | zdrojem nárůstu sebedpřijetí ve 2. fázi léčby je sebezpoznaní, konfrontace s negativními pocity a pozitivní zážitky z léčby                                   | ANO              |
| - ve 3. a 4. fázi – výrazný nárůst sebedpřijetí                                                                                                                                                                                                  | ve 3. fázi léčby je téma sebedpřijetí výrazné, pacient se přijímá                                                                                             | ANO              |
| - zdrojem nárůstu sebedpřijetí bývá ve 3. fázi radost z dobře odvedené práce a z pokroku, který pacient dělá                                                                                                                                     | zdrojem nárůstu sebedpřijetí je sebezpoznaní a pokrok v léčbě (např. schopnost kontrolovat některé své chování, změny, které pacient provedl aj.)             | ANO              |
| - ve 3. fázi prochází mnoho pacientů procesem odpuštění si, který vede k následnému přijetí sebe samého                                                                                                                                          | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, ani tento jev není jinak patrný z pozorování jeho procesu léčby                                                 | NE               |
| - předpokladem odpuštění je porozumění mechanismům, které stály za pacientovým chováním v minulosti                                                                                                                                              | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, v případě odpuštění druhým (matce) bylo nutným předpokladem pochopení souvislostí, které k jejímu chování vedly | částečně         |
| - ve 4. fázi pacienti často popisují sebelítost (litují toho, co se jim v životě přihodilo)                                                                                                                                                      | pacient prožívá sebelítost ve 3. fázi léčby                                                                                                                   | částečně         |
| - ve 4. fázi případně dochází ke krizi ve vztahu k sobě, která vede k dalšímu intenzivnímu procesu                                                                                                                                               | pacient v této fázi léčby hovoří o pochybnostech o sobě (spíše než o krizi), které následně vedou k další práci na sobě a pokroku v léčbě                     | částečně         |
| - ve 4. fázi léčby pacient obvykle přijímá sám                                                                                                                                                                                                   | již od 3. fáze léčby pacient sám sebe přijímá                                                                                                                 | ANO              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| sebe                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| <b>Zjištění empirické části 2</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Respondent č.5 (Marc)</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>Potvrzeno</b> |
| - ve 4. fázi mívá sebezpřijetí pacientů trvalejší a stabilnější charakter, než tomu bylo v předchozích fázích léčby (sám sebe dobře zná, respektuje se, ví, co do sebe může očekávat, je v kontaktu s vnitřním zdrojem síly, případně reflektuje výraznou osobnostní proměnu) | ve 4. fázi léčby pacient sám sebe přijímá i přes některé pochybnosti, které o sobě má; toto sebezpřijetí je postavené na důkladné znalosti sebe samého včetně negativních aspektů                                                     | ANO              |
| - zdrojem vzrůstajícího sebezpřijetí je proces sebezpoznání                                                                                                                                                                                                                   | pacient sám sebe více přijímá na základě důkladnější znalosti sebe samého                                                                                                                                                             | ANO              |
| - proces sebezpřijetí prochází u většiny pacientů fází odpuštění si, respektive usmíření se sebou samým                                                                                                                                                                       | pacient o odpuštění sobě explicitně nehovoří, ani tento jev není jinak patrný z pozorování jeho procesu léčby                                                                                                                         | NE               |
| - sebezpřijetí bývá spojeno s konfrontací s negativní stránkou osobnosti                                                                                                                                                                                                      | sebezpřijetí předcházela konfrontace s negativní (zraněnou, agresivní, aj.) částí pacienta                                                                                                                                            | ANO              |
| <b>Sebezpoznání</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| - na počátku léčby vyjádřeno jako potřeba                                                                                                                                                                                                                                     | pacient přichází do Takiwasi především s přáním poznat se                                                                                                                                                                             | ANO              |
| - potřeba sebezpoznání vychází v 1. fázi léčby zejména z negativní zpětné vazby od druhých, dále pak z nízké sebedůvěry a sebeúcty                                                                                                                                            | přání poznat se vychází na počátku léčby ze silně negativních pocitů (úzkost, deprese), které pacient prožívá, dále z nízké sebedůvěry                                                                                                | částečně         |
| - od 2. fáze do konce léčby kontinuální nárůst                                                                                                                                                                                                                                | již ve 2. fázi léčby má pacient jasněji v tom, kdo je, tato znalost sebe sama narůstá kontinuálně během léčby                                                                                                                         | ANO              |
| - ve 4. fázi pacienti uvádějí, že již „vědí, kým jsou“ a znají se                                                                                                                                                                                                             | ve 4. fázi již pacient sám sebe důkladně zná a ví, kým je                                                                                                                                                                             | ANO              |
| - sebezpoznání vede k potřebě dalšího sebezpoznání, tuto potřebu nacházíme i na konci léčby (dále se poznávat)                                                                                                                                                                | ačkoliv si pacient není jistý, zda chce po ukončení léčby pokračovat v sebezpoznání formou psychoterapie, hovoří o tom, že na sobě chce dále „pracovat“ a rozvíjet se, případně se dále sebezpoznávat prostřednictvím užívání rostlin | ANO              |
| - proces sebezpoznání je klíčový pro celou léčbu                                                                                                                                                                                                                              | sebezpoznání je pro pacienta jedním z nejdůležitějších prvků léčby                                                                                                                                                                    | ANO              |

Tab. č. 37: Srovnání výsledných zjištění empirické části 2 a případové studie č. 5 (Marca).



Formování vztahu k sobě samému se vyvíjí až na drobné odchylky v souladu se zjištěnými tendencemi (viz. Empirická část 2). Na počátku léčby je pacientův vztah k sobě samému negativní, ve 2. fázi vyjadřuje potřebu tento vztah změnit a od 3. fáze léčby je jeho vztah k sobě samému pozitivní. Pacient sám sebe přijímá a důvěřuje si. Mezi nejdůležitější mechanismy pro zlepšení vztahu k sobě samému patří sebepoznání, konfrontace s potlačovanými negativními pocity a rozvoj spirituální části osobnosti. Většina tendencí popsaných v kap. 8.5 se v případě respondenta č. 5 potvrdila (viz. tabulka č. 37).

Kromě výše popsaných mechanismů byl v Marcově případě důležitý i fakt, že mohl **legitimním způsobem pracovat se změněnými stavy vědomí**. Halucinogenní rostliny a práce s nimi jej již dlouhou dobu fascinovaly a používal je jako nástroj sebepoznání. Bez vedení, jasné struktury a možnosti pochopit a integrovat své zážitky s nimi však jeho sebepoznání nepomohlo k hlubšímu seberozvoji a větší psychické spokojenosti. Možnost poznávat sebe sama cestou, která je pacientovi blízká, avšak legitimním způsobem stojícím na pevné struktuře a východiscích (učení tradiční amazonské medicíny), měla velký vliv na jeho motivaci k léčbě a pokroky, které během ní učinil.

## **2. Jak organizace léčby v Takiwasi napomáhá procesu formování pacientova vztahu k sobě samému?**

Centrum Takiwasi a organizace jeho léčby poskytly pacientovi vhodné podmínky pro formování pozitivního a zralého vztahu k sobě samému. Tento vztah se budoval zejména prostřednictvím sebepoznání (a s ním spojeným uvědoměním a porozuměním některým souvislostem), ke kterému docházelo především na dietách, během ayahuaskových sezení a na základě soužití s ostatními pacienty. Prvky léčby v Takiwasi vnímá pacient jako jeden mechanismus – vzájemně se doplňují a ovlivňují.

### **Užívání rostlin**

Užívání rostlin bylo pro pacienta nejdůležitějším prvkem léčby. Sloužilo mu především jako nástroj sebepoznání a zvýšení důvěry v sebe. Podrobněji se tomuto prvku léčby věnujeme v odpovědi na výzkumnou otázku č. 3.

### **Psychoterapeutická komunita**

Důležité pro respondenta a jeho proces formování vztahu k sobě bylo i soužití s ostatními pacienty a život v terapeutické komunitě. Mohl zde aplikovat informace, které získal během ayahuaskových sezení, a zkoušet nové způsoby chování (např. více se prosadit, mluvit hlasitěji, zaujmout jasné stanovisko, vzít si svůj prostor aj.). Učil se zde důvěřovat ostatním lidem a více se jim otevírat, což napomohlo zvýšení jeho důvěry v sebe a zvýšení jeho sebevědomí. Také se zde naučil bavit se s lidmi jiným způsobem – bez drog a hovořit s nimi o svých pocitech, včetně těch negativních. V komunitě se také učil respektovat pravidla a tedy být čestný a upřímný. Tento postoj potom aplikoval i do vztahu k sobě.

Důležitý byl pro respondenta také proces znovu-začleňování do společnosti, kde se naučil větší otevřenosti, uvolněnosti v kontaktu s druhými a především stanovování hranic, což mělo pozitivní vliv na jeho vztah k sobě.

### Psychoterapie

Pacient v souvislosti se vztahem k sobě hovoří o významu skupinových aktivit, zejména pak o semináři biodanzy, který mu pomohl uvědomit si některé emoce, které potlačoval, a lépe sama sebe poznat. Individuální psychoterapie mu pomohla pochopit jeho zážitky z diet a ayahuaskových sezení a integrovat je. Také jejím prostřednictvím porozuměl některým souvislostem mezi svými nepříjemnými pocity a zkušenostmi z dětství. O psychoterapii se respondent explicitně vyjadřuje velice sporadicky, tyto skutečnosti jsou patrné spíše z kontextu jeho výpovědí.

Při srovnání procesu léčby respondenta č. 5 a poznatků uvedených v empirické části 2 můžeme říci, že tento proces odpovídá uvedeným zjištěním.

### **3. Jak se na vývoji vztahu pacienta k sobě samému podílí jeden z prvků léčby - užívání rostlin?**

Užívání rostlin bylo pro Marca nejdůležitějším prvkem léčby a důvodem, proč se rozhodl absolvovat léčbu v Takiwasi. Již v minulosti používal halucinogenní rostliny jako nástroj sebepoznání, avšak bez větších subjektivně vnímaných účinků (necítil se spokojenější, stále neznal sám sebe). Takiwasi poskytlo respondentovi podmínky k tomu, aby tento nástroj sebepoznání, který mu je osobně blízký, využíval legitimním způsobem postaveným na jasné struktuře a konceptu. Důležitou byla také možnost hovořit o svých zážitcích s v této oblasti zkušeným psychoterapeutem, který mu je pomohl pochopit a integrovat.

Marc měl k užívání rostlin velkou důvěru, jeho vztah k sobě samému výrazně zlepšil už pocit, že v sobě cítil „*energii rostlin*“, která v něm „*pracuje*“ a „*učí ho*“ („*cítím, že mě rostliny pomalu začínají naplňovat dobrou energií, že mám trochu více důvěry a že pomalinku rostu*“). Tento pocit měl za následek zvýšení sebevědomí a zvýšení sebedůvěry.

Užívání rostlin mělo také vliv na kvalitativní i kvantitativní změny v oblasti jeho snů, které byly výraznější, živější a ve větší četnosti. Marc se jim naučil věnovat pozornost a dostával se tak díky nim do intenzivnějšího kontaktu se sebou samým (a to i po ukončení léčby).

### Ayahuasca

Ayahuasková sezení sloužila v případě tohoto respondenta zejména jako nástroj sebepoznání, které bylo nezbytným předpokladem formování vztahu k sobě samému. Pacient se po jejich absolvování lépe znal, měl jasněji v tom, kým je a co je pro něho dobré. Porozuměl jejich prostřednictvím některým svým pocitům. V první polovině léčby pacient nemíval vize a ayahuasková sezení mu umožňovala sebepoznání zejména prostřednictvím vzpomínek, silných pocitů, přemýšlení a vhledů. Ayahuasková sezení také respondentovi pomohla navázat lepší vztah se svým tělem.

Na ayahuaskových sezeních zažil respondent několik duchovních zážitků, které měly vliv na rozvoj jeho spirituality. Tento sebepřesah dal nový rozměr jeho vztahu se sebou samým (pocit, že je nějaká vyšší síla nad ním, která ho ochraňuje a určuje jeho životní směr, pocit, že není se sebou sám).

Ayahuasková sezení poskytovala respondentovi zpětnou vazbu o jeho chování a docházelo při nich k porozumění tomuto chování, včetně vnitřních mechanismů, které jej k němu vedly. Získával také pozitivní zpětnou vazbu o pokroku v léčbě, úspěchu a chování, které je pro něho dobré a zdravé. Díky tomu věděl, že „*jde po dobré cestě*“, a tedy se cítil jistěji v tom, co dělal, sebevědoměji a bezpečněji.

### Diety

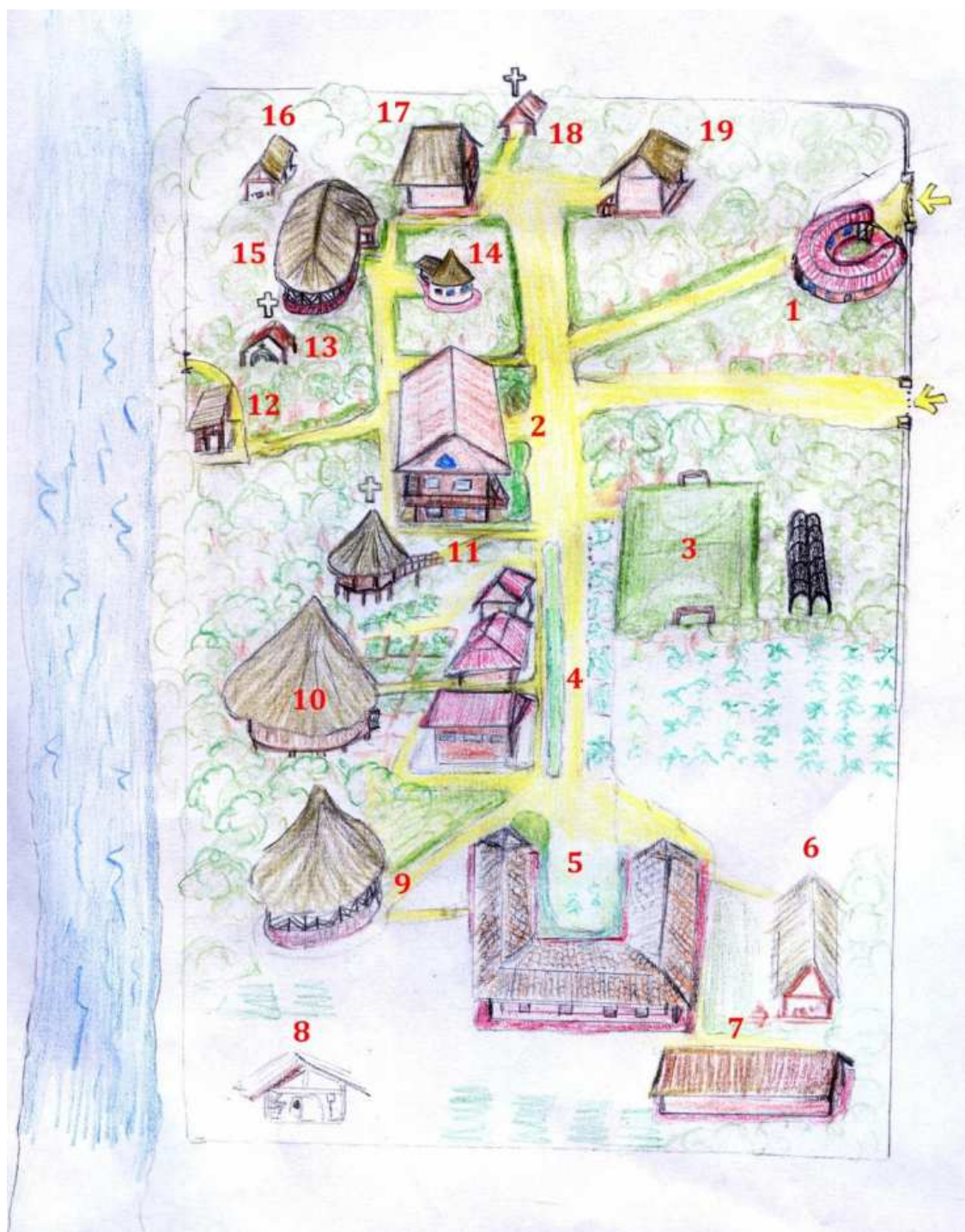
Na dietách respondent porozuměl souvislostem mezi jeho aktuálními prožitky a událostmi z dětství a toto téma zpracovával. Vyrovnání se s tématem přispělo k zlepšení jeho vztahu se sebou – k pochopení sebe sama, k soucitu se sebou, k přijetí sebe sama a k nárůstu sebevědomí. Diety mu také pomáhaly v rozvoji spirituality, která je pro jeho vztah k sobě samému důležitá (dává mu přesah, rámec, pocit bezpečí, zpětnou vazbu).

### Purgativní sezení

Purgativní sezení se na formování pacientova vztahu k sobě samému podílela tak, že mu pomáhala navazovat vztah s jeho tělem a důvěřovat mu (tělu). Dále během nich eliminoval některé negativní pocity (např. smutek, hněv), což zlepšilo jeho důvěru vůči druhým lidem (rozhodl se vzdát se pasivní pozice oběti a po té, co eliminoval pocity s touto rolí spojené, se této role definitivně zřekl).

Tato zjištění odpovídají výsledkům empirické části 2.

**PŘÍLOHA č. 9: Plánek centra Takiwasi (se souhlasem převzato od Horáka, 2010)**



(1) vstupní hala s butikem a kanceláři, (2) administrativní budova centra, (3) fotbalové hřiště, (4) laboratoř, (5) ubytovna pacientů, (6) řemeslná dílna, (7) tělocvična, (8) pekárna, (9) malá maloka (*maloca chica*), (10) meditační sál (*maloca de meditación*), (11) kaple, (12) koupelna (*baño de Ignacio*), (13) skalní kaple (*gruta*), (14) koupelna (*baño de plantas*), (15) velká maloka (*maloca grande*), (16) dřevěný přístřešek, pod nímž je vařena Ayahuasca, (17) samotka (*casa de aislamiento*), (18) kaple Sv. Martina de Porres, (19) samotka (*casa de reinserción*).



**PŘÍLOHA č. 10: Seznam rostlin užívaných v Takiwasi (se souhlasem převzato od Horáka, 2010)**

| <b>LAXATIVNÍ PŘÍPRAVKY</b> |                          |                                    |          |                |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------|----------------|
| #                          | Domorodý název           | Odborný název                      | Čeleď    | Používaná část |
| 1                          | <i>Agua con sal</i>      | <i>Oxidan, Chlorid sodný</i>       |          |                |
| 2                          | <i>Leche de magnesio</i> | <i>Hydroxid hořečnatý</i>          |          |                |
| 3                          | <i>Ojé</i>               | <i>Ficus macrocyse/F. insipida</i> | Moraceae | Míza           |

| <b>PURGY S EMETICKÝMI ÚČINKY</b> |                                              |                                                                         |                               |                              |
|----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| #                                | Domorodý název                               | Odborný název                                                           | Čeleď                         | Používaná část               |
| 1                                | <i>Ayahuasca + Chacrana</i>                  | <i>Banisteriopsis caapi, Psychotria viridis</i>                         | Malpighiaceae, Rubiaceae      | Kůra, čerstvé i sušené listy |
| 2                                | <i>Azucena</i>                               | <i>Lilium japonicum/Lilium sp.</i>                                      | Liliaceae                     | Hlíza                        |
| 3                                | <i>Habilla</i>                               | <i>Habilla leguminosa</i>                                               | Leguminosae                   | Semena                       |
| 4                                | <i>Huacapú</i>                               | <i>Minquartia guianensis</i>                                            | Olacaceae                     | Kůra                         |
| 5                                | <i>Jengibre/Kion</i>                         | <i>Zingiber officinale</i>                                              | Zingiberaceae                 | Oddenek                      |
| 6                                | <i>Paico + Piñón colorado + Piñón blanco</i> | <i>Chenopodium ambrosioides, Jatropha curcas, Jatropha gossypifolia</i> | Chenopodiaceae, Euphorbiaceae | Čerstvé listy                |
| 7                                | <i>Purgahuasca</i>                           | <i>Banisteriopsis caapi</i>                                             | Malpighiaceae                 | Kůra                         |
| 8                                | <i>Rosa sisa + Tabaco</i>                    | <i>Tagetes erecta, Nicotiana tabacum</i>                                | Asteraceae, Solanaceae        | Čerstvé listy, sušené listy  |
| 9                                | <i>Saúco</i>                                 | <i>Sambucus peruviana</i>                                               | Caprifoliaceae                | Čerstvé listy                |
| 10                               | <i>Tabaco</i>                                | <i>Nicotiana tabacum</i>                                                | Solanaceae                    | Sušené listy                 |
| 11                               | <i>Verbena</i>                               | <i>Verbena spp.</i>                                                     | Verbenaceae                   | Čerstvé listy                |
| 12                               | <i>Yawar panga</i>                           | <i>Aristolochia didyma</i>                                              | Aristolochiaceae              | Čerstvé listy                |

| ROSTLINY UŽÍVANÉ PŘI DIETĚ |                                                |                                                        |                 |                |
|----------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| #                          | Domorodý název                                 | Odborný název                                          | Čeleď           | Používaná část |
| 1                          | <i>Aceru huasca blanca</i>                     | <i>Paullina</i> sp.                                    | Sapindaceae     | Kůra           |
| 2                          | <i>Ajo sacha</i>                               | <i>Mansoa stendlyi</i> /<br><i>Mansoa alliacea</i>     | Bignoniaceae    | Kořen          |
| 3                          | <i>Ajosquiro</i>                               | <i>Gallesia integrifolia</i>                           | Phytolacaceae   | Kůra           |
| 4                          | <i>Bachufa</i>                                 | <i>Cordia alliodora</i>                                | Boraginaceae    | Kůra           |
| 5                          | <i>Bolaquiro</i>                               | <i>Pouteria ucuqui</i>                                 | Sapotaceae      | Kůra           |
| 6                          | <i>Bubinzana/Bobinzana</i>                     | <i>Calliandra angustifolia</i>                         | Mimosaceae      | Kůra, listy    |
| 7                          | <i>Came</i>                                    | <i>Clusia rosea</i>                                    | Clusiaceae      | Kůra           |
| 8                          | <i>Clavo huasca</i>                            | <i>Tynanthus panurensis</i>                            | Bignoniaceae    | Kůra           |
| 9                          | <i>Coca</i>                                    | <i>Erythroxylon coca</i>                               | Erythroxylaceae | Čerstvé listy  |
| 10                         | <i>Coco bolo</i>                               | <i>Schinopsis peruviana</i>                            | Anacardiaceae   | Kůra           |
| 11                         | <i>Huayusa</i>                                 | <i>Piper callosum</i>                                  | Piperaceae      | Čerstvé listy  |
| 12                         | <i>Chiric sanango</i>                          | <i>Brunfelsia grandiflora</i>                          | Solanaceae      | Kořen          |
| 13                         | <i>Chuchuwasi/Chuchuhuasi/<br/>Chuchuwasha</i> | <i>Maytenus macrocarpa</i>                             | Celestraceae    | Kůra           |
| 14                         | <i>Indano</i>                                  | <i>Byrsonima crassifolia</i> /<br><i>Byrsonima</i> sp. | Malpighiaceae   | Kůra           |
| 15                         | <i>Killuwiqui/Quilluhiqui</i>                  | <i>Rhedia acuminata/Garcinia</i> sp.                   | Clusiaceae      | Kůra           |
| 16                         | <i>Mucura</i>                                  | <i>Petiveria alliacea</i>                              | Fitolacaceae    | Kořen          |
| 17                         | <i>Tabaco</i>                                  | <i>Nicotiana tabacum</i> ,<br><i>Nicotiana rustica</i> | Solanaceae      | Sušené listy   |
| 18                         | <i>Tambor huasca</i>                           | <i>Uncaria guianensis</i>                              | Rubiaceae       | Kůra           |
| 19                         | <i>Uchu sanango</i>                            | <i>Tabernaemontana sananho</i>                         | Apocynaceae     | Kořen          |
| 20                         | <i>Ushpawasha sanango</i>                      | <i>Rauwolfia</i> sp.                                   | Apocynaceae     | Kůra           |

| ROSTLINY POUŽÍVANÉ PŘI PŘÍPRAVĚ KOUPELÍ |                      |                                                    |                 |                |
|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| #                                       | Domorodý název       | Odborný název                                      | Čeleď           | Používaná část |
| 1                                       | Ajo sacha            | <i>Mansoa stendlyi</i> /<br><i>Mansoa alliacea</i> | Bignoneae       | Čerstvé listy  |
| 2                                       | Albahaca             | <i>Ocimum basilicum</i>                            | Lamiaceae       | Čerstvé listy  |
| 3                                       | Ayahuasca            | <i>Banisteriopsis caapi</i>                        | Malpighiaceae   | Čerstvé listy  |
| 4                                       | Bubinzana/Bobinzana  | <i>Calliandra angustifolia</i>                     | Mimosaceae      | Čerstvé listy  |
| 5                                       | Canela               | <i>Alpinia zerumbet</i>                            | Zingiberaceae   | Kůra           |
| 6                                       | Coca                 | <i>Erythroxylon coca</i>                           | Erythroxylaceae | Čerstvé listy  |
| 7                                       | Chiric sanango       | <i>Brunfelsia grandiflora</i>                      | Solanaceae      | Květ           |
| 8                                       | Malva                | <i>Monactis flaverioides</i>                       | Asteraceae      | Čerstvé listy  |
| 9                                       | Mucura               | <i>Petiveria alliacea</i>                          | Fitolacaceae    | Čerstvé listy  |
| 10                                      | Piñón colorado       | <i>Jatropha curcas</i>                             | Euphorbiaceae   | Čerstvé listy  |
| 11                                      | Rosa sisa            | <i>Tagetes erecta</i>                              | Asteraceae      | Květ           |
| 12                                      | Ruda                 | <i>Ruta graveolens</i>                             | Rutaceae        | Čerstvé listy  |
| 13                                      | Shapiyoja/Shapilloja | <i>Zanthoxylum fagara</i>                          | Rutaceae        | Čerstvé listy  |
| 14                                      | Toé                  | <i>Brugmansia suaveolens</i>                       | Solanaceae      | Květ           |

| ROSTLINY POUŽÍVANÉ PŘI PŘÍPRAVĚ SAUNY |                |                               |           |                        |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------------|-----------|------------------------|
| #                                     | Domorodý název | Odborný název                 | Čeleď     | Používaná část         |
| 1                                     | Albahaca       | <i>Ocimum basilicum</i>       | Lamiaceae | Čerstvé listy          |
| 2                                     | Eucalipto      | <i>Eucalyptus globulus</i>    | Myrtaceae | Čerstvé i sušené listy |
| 3                                     | Hierba Luisa   | <i>Cymbopogon citratus</i>    | Poaceae   | Čerstvé listy          |
| 4                                     | Limón          | <i>Citrus limon</i>           | Rutaceae  | Čerstvé listy          |
| 5                                     | Ruda           | <i>Ruta graveolens</i>        | Rutaceae  | Čerstvé listy          |
| 6                                     | Romero         | <i>Rosmarinus officinalis</i> | Lamiaceae | Čerstvé listy          |



| ADJUVANS |                                           | Odborný název                                          | Čeleď           | Používaná část                            |
|----------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|
| #        | Domorodý název                            |                                                        |                 |                                           |
| 1        | <i>Acero huasca blanca</i>                | <i>Paullina</i> sp.                                    | Sapindaceae     | Kůra                                      |
| 2        | <i>Ajo sacha</i>                          | <i>Mansoa stendlyi</i> /<br><i>Mansoa alliacea</i>     | Bignoniaceae    | Kořen                                     |
| 3        | <i>Bachufa</i>                            | <i>Cordia alliodora</i>                                | Boraginaceae    | Kůra                                      |
| 4        | <i>Bolaquiro</i>                          | <i>Pouteria ucuqui</i>                                 | Sapotaceae      | Kůra                                      |
| 5        | <i>Bubinzana/Bobinzana</i>                | <i>Calliandra angustifolia</i>                         | Mimosaceae      | Kůra, listy                               |
| 6        | <i>Camalonga</i>                          | <i>Strychnos</i> sp.                                   | Loganiaceae     | Sušená semena, jeden pár (samčí a samičí) |
| 7        | <i>Came</i>                               | <i>Clusia rosea</i>                                    | Clusiaceae      | Kůra                                      |
| 8        | <i>Clavo huasca</i>                       | <i>Tynanthus panurensis</i>                            | Bignoniaceae    | Kůra                                      |
| 9        | <i>Coca</i>                               | <i>Erythroxylon coca</i>                               | Erythroxylaceae | Čerstvé listy                             |
| 10       | <i>Coco bolo</i>                          | <i>Schinopsis peruviana</i>                            | Anacardiaceae   | Kůra                                      |
| 11       | <i>Huayusa</i>                            | <i>Piper callosum</i>                                  | Piperaceae      | Čerstvé listy                             |
| 12       | <i>Chiric sanango</i>                     | <i>Brunfelsia grandiflora</i>                          | Solanaceae      | Kořen                                     |
| 13       | <i>Chuchuwasi/Chuchuhuasi/Chuchuwasha</i> | <i>Maytenus macrocarpa</i>                             | Celestraceae    | Kůra                                      |
| 14       | <i>Indano</i>                             | <i>Byrsonima crassifolia</i> /<br><i>Byrsonima</i> sp. | Malpighiaceae   | Kůra                                      |
| 15       | <i>Killuwiqui/Quilluhuiqui</i>            | <i>Rheedia acuminata/Garcinia</i> sp.                  | Clusiaceae      | Kůra                                      |
| 16       | <i>Mucura</i>                             | <i>Petiveria alliacea</i>                              | Fitolacaceae    | Kořen                                     |
| 17       | <i>Romero</i>                             | <i>Rosmarinus officinalis</i>                          | Lamiaceae       | Čerstvé listy                             |
| 18       | <i>Tambor huasca</i>                      | <i>Uncaria guianensis</i>                              | Rubiaceae       | Kůra                                      |
| 19       | <i>Uchu sanango</i>                       | <i>Tabernaemontana sananho</i>                         | Apocynaceae     | Kořen                                     |
| 20       | <i>Valeriana</i>                          | <i>Centranthus ruber</i>                               | Valerianaceae   | Kořen                                     |
| 21       | <i>Verbena</i>                            | <i>Verbena</i> sp.                                     | Verbenaceae     | Čerstvé listy                             |