

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Jiří Zemina

**Postoje terapeutů vybraných rezidenčních léčebných zařízení ke
spirituálním tématům a technikám v léčbě závislostí**

Attitudes of therapists from selected inpatient care facilities to spiritual topics
and techniques in the treatment of addiction

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací

V Praze, 25. 4. 2018

Jiří Zemina
Podpis:

Poděkování:

Děkuji Mgr. Jaroslavu Vackovi, za jeho podporu a také za naději, kterou mi dával během tvoření mé práce. A především za jeho odborné vedení a ochotu. Děkuji MUDr. Stanislavovi Kudrlemu, za jeho otevřenost, laskavé srdce a za mnoho literatury, kterou mi poskytl, pro psaní této práce. Děkuji všem respondentům, kteří byli ochotní se mnou udělat rozhovor, ale také děkuji těm, kteří se účastnit nechtěli, jelikož díky nim, jsem měl možnost poznat nové zajímavé osobnosti, které mě velice obohatily. A velké dík patří Vám, kdo jste při mně stáli a pomáhali.

Identifikační záznam:

ZEMINA, Jiří. *Postoje terapeutů vybraných rezidenčních léčebných zařízení ke spirituálním tématům a technikám v léčbě závislosti*. . [*Attitudes of therapists from selected inpatient care facilities to spiritual topics and techniques in the treatment of addiction*]. Praha, 2018, 42 s. Bakalářská práce (Bc.). Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Jaroslav Vacek.

Abstrakt

Spiritualita je zajímavý fenomén, který lze těžko uchopit a popsat, a proto pro každého člověka, může mít spiritualita jiný význam. V adiktologii využíváme bio-psycho-socio-spirituální model, v němž velice obsáhle dokážeme hovořit o prvních třech dimenzích, avšak čtvrtou „někdy“ vynecháváme. Mnozí autoři poukazují na nutnost zapojovat spirituální dimenzi do léčby závislostí, například navozováním změněných stavů vědomí. V adiktologické praxi se nejčastěji setkáváme se spiritualitou v terapeutické komunitě ve formě mnohých rituálů.

Cílem je popsat, jak adiktologové přistupují ke spiritualitě z osobního a profesního hlediska, jakou mají zkušenost se specifickými tématy a klienty, a nakonec jak vnímají různé spirituální techniky a nástroje v léčbě závislostí.

V teoretické části se zabývám problematikou vymezení spirituality, změněných stavech vědomí a psychospirituální krizí. V druhé polovině teoretické části se zabývám spiritualitou a jejím místem v adiktologii s krátkou kapitolou ohledně psychedelik a jejich využití v adiktologii.

V praktické části se zabývám vlastním kvalitativním výzkumem. Bylo využito polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl dále analyzován, a bylo využito metody kódování, následně kódy seskupeny do nadřazených kategorií korespondujících s výzkumnými otázkami. Výzkumný soubor činil 4 respondenty (n=4), dva z terapeutické komunity a dva respondenti z prostředí léčebny.

Výsledky výzkumu ukazují, že mezi terapeuty z komunitního a léčebenského zařízení nejsou výrazné rozdíly, snad jen, že terapeuti terapeutických komunit jsou více otevření novým možnostem léčby. Terapeuti pojmají vlastní spiritualitu jako sekulární nebo jako církevní. Spiritualitu klientů vnímají v individuální cestě, přesahu a dalších tématech. Ke spiritualitě přistupují s respektem, nemá své pevné specifické místo a nepracují s ní cíleně, ale pokud je klient, který potřebuje řešit spirituální témata, dá se mu prostor a čas. Spiritualita je vnímaná jako důležitá součást léčby. Ke změněným stavům vědomí se shodně přistupuje negativně. Možnost využití různých psychedelik v léčbě jsou otevřeni více terapeuti komunitních zařízení. Všichni respondenti by rádi uvítali více vzdělání ve spirituální sféře. Všichni terapeuti rádi využívají různé spirituální techniky i z důvodu, že je pro ně spiritualita skrze ně lépe uchopitelná.

Závěrem je, že spiritualita je téma, které je potřeba více podporovat v léčbě závislosti a více s ním pracovat. Spiritualita je důležitá součást léčby, ale nepracuje se s ní cíleně a nemá své vyhraněné místo v léčebném programu. Doporučuji více se zaměřit na vzdělávání ve spirituální rovině a více využívat spirituálních technik a otevírání spirituálních témat v léčbě závislostí, což doporučuji k dalšímu výzkumu.

Klíčová slova

spiritualita, duchovní techniky, ústavní léčba, terapeutická komunita, drogová závislost, postoje, terapeut

Abstract

Spirituality is an interesting phenomenon that is hard to describe, therefore, any person may have different understanding or meaning of it. In addictology, a bio-psycho-socio-spiritual model is used, in which you can talk about the first three dimensions but the fourth is "sometimes" omitted. Many authors urge the need to involve spiritual dimension in addiction treatment, for example by inducing altered states of consciousness. Most often in addictological practice, you encounter spirituality in the therapeutic community in form of many rituals.

The aim of this paper is to describe how addictologists approach spirituality from a personal and professional point of view, their experience with specific topics and clients, and finally how they perceive different spiritual techniques and tools in addiction treatment.

The theoretical part deals with the definition of spirituality, altered states of consciousness and psychospiritual crisis. In the second half of the theoretical part, spirituality and its place in addictology is dealt with together with a short chapter focusing on psychedelics and their use in addictology.

The practical part presents qualitative research where a semi-structured interview was used. The interview was further analyzed and coding methods were used. Then codes were categorized into particular categories corresponding to the research questions. There were four respondents in the research (n = 4). Two of them were from the therapeutic community and two respondents from medical environment.

The results of the research show that there are no significant differences between therapists from the community and treatment facilities, perhaps only that therapeutic community therapists are more open to new treatment options. The therapists treat their own spirituality as secular or religious. On the other hand, they perceive client's spirituality in their own way, overlap and other topics. Spirituality is treated with respect even though it does not have a fixed specific place, and is not being purposefully worked with. However, if there is a client who needs to address spiritual themes, space and time for it is provided. Spirituality is perceived as an important part of the treatment. The opinion on altered states of consciousness is also negative. Only community-based therapists are open to the use of different psychedelics during the treatment. All respondents would welcome more education in the spiritual sphere. Also, all therapists would like to use different spiritual techniques because spirituality is better understood through them.

The conclusion is that spirituality is a topic that needs more support in the treatment of addiction and more experience through working with it. Spirituality is an important part of the treatment but it does not have its place in the healing program. I recommend more focus on spiritual education and higher usage of spiritual techniques together with dealing with the topic during addiction treatment. I also suggest further research of spiritual techniques usage during addiction treatment.

Key Words

spirituality, spiritual techniques, inpatient care, therapeutic community, drug addiction, attitudes, therapist

Obsah:

Úvod.....	10
1. Teoretická část.....	11
1.1. Spiritualita.....	11
1.2. Režim vědomí.....	11
1.3. Změněné stavy vědomí.....	12
1.3.1. Zážitky blízké smrti (NDE).....	12
1.3.2. Mímotělní zážitky (OBE).....	12
1.3.3. Vrcholné zážitky (Peak Exeperience).....	13
1.4. Psychospirituální krize.....	13
1.4.1. Šamanská krize.....	15
1.4.2. Alkoholismus a drogová závislost jako psychospirituální krize.....	15
2. Adiktologie a spiritualita.....	17
2.1. Paradigma v adiktologii.....	17
2.2. Bio-Psycho-Socio-Spirituální model závislosti a léčby.....	17
2.3. Místo spirituality v rezidenční léčbě závislostí.....	18
2.4. Spirituální nástroje a techniky v léčbě závislostí.....	19
2.4.1. Holotropní dýchání.....	20
2.4.2. Psychedelika.....	20
2.5. Léčba 12 kroků.....	23
3. Praktická část.....	25
3.1. Cíl.....	25
3.2. Výzkumné otázky.....	25
3.3. Nominace výzkumného souboru.....	25
3.4. Charakteristika výzkumného souboru.....	25
3.5. Metody tvorby dat.....	25
3.6. Etické aspekty.....	26
3.7. Metody zpracování dat.....	26
3.8. Výsledky výzkumu.....	26
3.8.1. Vlastní definování spirituality.....	26
3.8.2. Vzdělání a vlastní zkušenosti.....	27
3.8.3. Postoje ke spiritualitě klientů a spiritualitě v léčbě.....	28
3.8.4. Spirituální techniky, nástroje a práce s nimi.....	32
3.8.5. Závěrečné shrnutí.....	35
4. Diskuze.....	37
5. Závěr.....	39

Úvod

Má práce se zabývá tím, jak terapeuti rezidenčních léčebných zařízení přistupují k vlastní spiritualitě, spiritualitě klientů, spiritualitě v léčbě, jaké mají zkušenosti se specifickými tématy a klienty a jaký mají postoj ke spirituálním technikám a nástrojům v léčbě závislosti.

Má zaujatost v daném tématu spirituality trvá již delší čas, pravděpodobně od dětství. Nicméně hlavní zájem o spojení spirituality a adiktologie ve mně vzbudil fakt, že se během studia téměř vůbec tématu spirituality nedotýkáme v žádném předmětu, zatímco užíváme bio-psycho-socio-spirituální model. Tato nesouměrnost, mě přivedla k myšlence zjistit, jak to je opravdu v praxi mimo zdi fakulty. Při svých povinných studijních stážích, jsem se terapeutů doptával na spiritualitu a témata s ní spojená, a ve většině případů jsem vnímal jakýsi rozdíl mezi tím, jak sami prožívají spiritualitu, co si o ní myslí, a tím, jak ji vnímají v léčbě u klientů.

Textů, které se zabývají spiritualitou, mystikou i závislostí je dle mého názoru docela velký počet, nicméně spíše v rovině filozofické, religionistické, nikoliv však v oblasti adiktologické či medicínské. Velký zájem o spirituální témata v odborné praxi ve mě vzbudily knihy profesora Grofa. Manželé Grofovi, se sami zajímali o problematiku závislosti. Navíc Grofem zastupovaná transpersonální psychologie, která se zabývá z velké části změněnými holotropními stavy vědomí, které mají velký léčebný potenciál, poukazují na různé spojitosti mezi závislostí a změněnými stavy vědomí. Grof zkoumal vliv psychedelik a holotropního dýchání při léčbě závislostí, což jsou odvětví, která mě velice zajímají.

Příjemným zjištěním, pro mě bylo, že se v oboru adiktologie zvedá zájem o spiritualitu a témata s ní spojená, jelikož přibývají závěrečné práce studentů, kteří se spiritualitou v adiktologii zabývají.

V mé práci se v teoretické části pokusím přiblížit pojem a složitost spirituality a nadstavbové psychospirituální krize a jejich vztažnost na adiktologické pacienty. V druhé polovině teoretické části se zaměřím už úžeji, kde má spiritualita své místo v rezidenční léčbě a jaké možnosti máme například v podobě technik a nástrojů které pracují se spiritualitou.

V praktické části se můj výzkum zaměřuje na postoje terapeutů ke spiritualitě v rezidenční léčbě závislostí. Kvalitativní analýzou rozhovorů s vybranými terapeuty docházím velice podobných až místy totožných výsledků jako Blažíčková (2016) a Šormová (2017), které prokázaly například, že spiritualita je důležitá součást osobnosti, dále pak že spiritualita je pro terapeuty těžko popsitelná, lepší uchopení nabízejí techniky jakou je například meditace či imaginace.

1. Teoretická část

1.1. Spiritualita

Spiritualita je fenomén, kterým se zabývá laická i odborná veřejnost již mnoho let. Mnoho autorů ji definuje různě a po svém, nenalezneme jednotnou všeobsahující definici.

Kudrle vnímá spiritualitu ve spojitosti s přesahem, smyslem a tím, k čemu se mohu vztahovat, co je nade mnou. „*Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.*“ (Kudrle, 2003, s. 93)

Riesel se domnívá, že spiritualita je součástí lidské podstaty. Spiritualitu definuje jako „*Je to duchovní, mimosmyslová, mimozkušenostní oblast lidské existence, nejčastěji zjednodušeně konkretizovaná jako zakotvení člověka v řádu.*“ (Riesel, 2017, s. 56)

Schermer (2007) jde ještě hlouběji a tvrdí, že základem veškeré lidské zkušenosti je spiritualita, tedy i v jejím popření.

Spiritualitu lze zjednodušeně rozdělit na spiritualitu náboženskou a spiritualitu nenáboženskou. Nenáboženskou spiritualitu si lze představit, jako prožitky, kterých lze dosáhnout, bez jakékoli organizace či náboženského učení. (Říčan, 2002, 2007 a, 2007 b)

Němečková se ve své knize, *Kapitoly k nenáboženské spiritualitě*, věnuje problematice spirituality a vědy v dnešní době. Vymezení pojmů spiritualita, náboženství a religiozita, shrnuje Němečková takto:

Pojem spiritualita pochází z křesťanského prostředí, kde označuje prožitkové jádro náboženství. Zatímco termín religiozita zůstal silně spjatý s institucí náboženství, došlo při historickém posunu k vydělení pojmu spiritualita z původního teologického zázemí a spiritualita se stala pojmem zastřešujícím duchovní zkušenost jako obecně lidský jev. (Němečková, 2016, s. 46)

Dochází k závěru, že „*Pole bádání o spiritualitě se teprve otvírá a úvahy nad spiritualitou a naší duší souvisí s mnoha dalšími výzkumy, které překračují hranice humanitních disciplín.*“ (Němečková, 2016, s. 66)

1.2. Režim vědomí

Naše mysl dokáže čerpat informace dvojitým způsobem. Prvním z nich je naše běžné, racionální, lokální vědomí, které dochází k poznání analýzou a klasifikací na úrovni subjekt-objekt.

Další způsob, režim, jak získávat informace je na bázi nelokálního, přímého, komplexního vědomí. Takto získané informace, bývají někdy těžko popsatelné. Druhý režim vědomí má mnoho podob například jedna z nich může být synchronicita (nevysvětlitelné příčinné setkání několika událostí v čase, které získávají význam), deja-vu (pocit již někdy viděného, zažitého) či změněný stav vědomí. O zážitcích druhého režimu můžeme často číst v knihách mystických učitelů. (Frecka, 2010; Němečková, 2016; Walsh–Vaughanová, 2011)

1.3. Změněné stavy vědomí

Změněné stavy vědomí jsou, v obecné rovině, veškeré stavy, které jsou mimo bdělý stav. V takovém stavu, si člověk může, ale nemusí být vědom kvalitativních změn mentálních funkcí. (Tomková, 2011)

Tyto stavy jsou také nejvyhraněnější formou druhého režimu vědomí. Zjednodušeně je lze rozdělit na fyziologické (spánek), uměle vyvolané (požití psychedelické substance) a patologické (duševní onemocnění). (Grof 2007a, Němečková 2016)

Ludwig (in Křečanová, 2013) již v roce 1969 představil 10 základních psychologických rysů změněných stavů vědomí. Jsou jimi: pozměněné myšlení, narušení pojmání času, ztráta kontroly, změna ve vyjadřování emocí, zkreslení představy či obrazu vlastního těla, změny percepce, posun ve vnímání významu a důležitosti, pocit nepopsatelnosti, pocit znovuzrození a hypersugestibilita.

Grof dále vymezuje kategorii holotropních stavů od ostatních změněných stavů vědomí a to proto, že holotropní stavy mají vždy léčivý potenciál oproti změněným stavům vědomí, které mohou být patologické. Tyto prožitky jsou transformační a vedou k velkým změnám v sebepojetí. (Grof, 2007a)

1.3.1. Zážitky blízké smrti (NDE)

Za zážitky blízké smrti (anglicky Near Death Experience zkráceně NDE) lze považovat prožitek, při kterém došlo ke klinické smrti a která je charakterizována nulovou dechovou a srdeční činností.

Lidé, kteří prožili NDE vypovídají, že během jejich zážitku došlo k rychlému a zhuštěnému přehrání jejich života v krátkém čase, dále popisují tmavý tunel s intenzivním světlem na konci či se světelným tunelem. Často v tomto tunelu, nebo na jeho konci, čeká jakási světelná bytost, která září láskou a většinou provází člověka až na samotnou mez, kde se člověk vrátí zpět do svého těla. Tyto zážitky jsou velice transformační. Mnozí z lidí, kteří toto prožili, popisují silnou změnu jejich života, duchovních hodnot či změnu náhledu na realitu. Avšak tyto prožitky často vedou ke spirituálním krizím. (Grof et Grofová 2016, Johnová 2013, Moody 1991)

1.3.2. Mimotělní zážitky (OBE)

Mimotělní zážitky, také někdy v literatuře popisovány jako exosomatické zážitky (anglicky Out of Body Experience, zkráceně OBE), se vyskytují nejčastěji u lidí prožívajících NDE nebo umírajících na lůžku. Dále je můžeme nalézt u lidí, kteří užili psychotropní látku, dohodově praktikují meditační techniky nebo se nacházejí v ohrožení svého života.

OBE je popisováno jako vystoupení z vlastního těla, vznášení se v prostoru nad ním, detailní vnímání všeho okolo, možnost opustit prostor, kde leží tělo a odcestovat do jiných místností či okolí. Často tento prožitek je doprovázen pocitem naprosté lehkosti, návrat do těla někdy může být ve formě bolestivého pádu (Johnová 2013, Moody 1991).

1.3.3. Vrcholné zážitky (*Peak Experience*)

Vrcholné zážitky (v literatuře také uváděné jako vrcholové zážitky nebo epizody jednotícího vědomí, v angličtině *Peak Experience*) definoval Abraham Maslow.

Psychiatr Pankhe vytvořil seznam základních znaků, které charakterizují vrcholné zážitky (Pankhe et Richards in Grof, 2016, s. 92):

- *Jednota (vnitřního a vnějšího)*
- *Silné pozitivní emoce*
- *Transcendence času a prostoru*
- *Pocit posvátnosti (numinózy)*
- *Paradoxní povaha*
- *Objektivita a reálnost vzhledů*
- *Nepopsatelnost*
- *Pozitivní dopady*

Člověk zažívající mystické vědomí může mluvit o metafyzických prožitcích, o prožitcích nekonečnosti a věčnosti. Prožitky nemají nic společného s náboženským přesvědčením daného jedince, jedná se o přímý prožitek povahy skutečnosti. Tyto stavy byly dříve, ale i dnes, jsou často vedeny jako patologické a tito lidé končí většinou na psychiatrickém oddělení pod psychofarmaky. (Grof, 2007a)

Všechny výše uvedené prožitky mohou být velice transformativní a pokud je jedinec dokáže kvalitně integrovat, nemusí dojít k žádným následným výrazným kolizím. Naopak mohou tyto zážitky často přecházet bez patřičné integrace a pochopení do psychospirituální krize.

1.4. Psychospirituální krize

Psychospirituální krizí rozumíme vnitřní proces jedince, který může mít různý průběh od čistě nábožensko-mystických stavů až po stavy s biologickou podstatou, které potřebují lékařskou intervenci. Tyto prožitky jdou za hranice běžného chápání lidského ega a časoprostoru. Psychospirituální krize, pokud se jí dá volný průběh s dostatečnou podporou od okolí, může jedinci přinést pozitivní změny osobnosti, emoční a psychosomatické uzdravení, posun a vývoj vědomí. (Grof 2007a, Grof et Grofová 2015, Vančura 2016)

Prožitky psychospirituální krize, by se daly přiblížit prožitkům spojeným se silnou duchovní vnitřní změnou, kterou jedinec nedokáže patřičně pochopit a integrovat. Mnoho podobných charakteristik lze pozorovat mezi psychospirituální krizí a mystickou zkušeností mystiků. Společné znaky jsou například intenzivní práce na sobě samém, vnitřní proměna, náklonnost k obrácení se dovnitř sebe, minimalizace potřeb z vnějšku a záměrné propojování (nebo alespoň snaha o něj) s něčím, co mě přesahuje. Snaha najít odpověď na různé otázky typu „Kdo a jak/á jsem? Jak žít svůj život? Co je láska?“ a mnoho dalších, lze najít u některých lidí s psychospirituální krizí.

Pojem krize, zde není brán jako patologický, nýbrž jako snoubení, či hříčka z anglického *emergency* (krize) a *emergence* (vynořování). Jde tedy o stav, kdy na jedné straně se jedná

o prožitek, připomínající psychózu, krizi, ale zároveň je kyprou půdou pro změnu, která vynořuje obsahy, se kterými se dále pracuje. (Vančura, 2016)

Manželé Grofovi vymezili hlavní charakteristické skupiny psychospirituálních krizí. Samozřejmě jich bude v praxi více, jelikož jejich hranice se prolínají a nejsou jasně dané, nicméně tyto zmíněné považují Grofovi za důležité varianty, jak se může krize manifestovat. Jsou jimi – šamanská krize, probuzení kundalíní, vrcholné zážitky, NDE, psychická obnova prostřednictvím návratu do středu, krize otevírání jasnovidnosti, zážitky z minulých životů, komunikace s duchovními průvodci a „channeling“, setkání s UFO a zážitky únosu mimozemšťany, stavy posedlosti, alkoholismus a drogové závislosti. (Grof et Grofová, 2016)

Pro účel této práce, využiji pouze náhled do šamanské krize a závislosti, jako možných variantách psychospirituální emergence.

Kritika psychospirituální krize

Z dostupných zdrojů či elektronických databází, které poskytuje Univerzita Karlova, se mi nepodařilo dohledat kvalitní konstruktivní, odbornou a vědecky podloženou kritiku psychospirituální krize, ani v jiných zdrojích. Na tento fakt poukazují i další studenti, kteří se tomuto tématu věnovali ve svých pracích (Zajdánková 2009, Muroňová 2015, Motl 2011).

„Kategorie psychospirituální krize (dále PK) je na akademické půdě často odmítána jako nevědecká, ale systematictěji se její kritikou dosud nikdo nezabýval. Kritika se většinou omezuje na heslovitá vyjádření o nevědeckosti celé koncepce.“ (Motl, 2011, s.547)

„Nejčastějším předmětem diskuse bývá diferenciální diagnostika a obavy ze strany tradičně smýšlejících odborníků o přehnanou glorifikaci psychotických projevů. Případně zanedbání léčby psychotického pacienta.“ (Muroňová, 2015, s. 46)

Postup kdy maligní psychotické onemocnění léčíme neadekvátně, tedy v tomto případě alternativním způsobem bez použití psychofarmak, by mohl mít vážný negativní vliv na zdraví pacienta. Je známo, že včasné použití vhodných antipsychotik u psychóz, zvyšuje procento úspěšnosti léčby. Postupy, kdy nepoužíváme u tak na první pohled závažných stavů psychofarmaka nebo s jejich použitím otálíme, jsou podle mého názoru nejvíce trnem v oku u kritiků konceptu psychospirituální krize. (Zajdánková, 2009, s.55)

Motla lze považovat za našeho významného kritika psychospirituální krize, jelikož se tomuto tématu věnoval v několika článcích a částečně i ve své disertační práci. (Motl, 2011, 2016, 2017)

Motl kritizuje i celý transpersonální směr, jelikož je příliš nakloněn a nasáknut náboženskými tradicemi, počítá jej spíše za náboženský směr než za vědecký. (Motl, 2016). Avšak z pohledu reformy psychiatrické péče si Motl umí představit, že koncept psychospirituální krize může být dobrým přemostěním mezi psychiatrií a pastorační péčí. (Motl, 2017)

1.4.1. Šamanská krize

Na tuto krizi lze nahlížet jako na jednu ze základních a nejstarších, která se v historii lidstva zjevuje. Jelikož šamanismus je nestarším léčitelem systémem a náboženstvím pocházející desetitisíce let na zpět, můžeme brát tyto zážitky za velmi důležité v pochopení co se děje s člověkem, který prochází touto krizí, jaký je průběh a jaký je výsledek.

Termínu šaman požívají antropologové k označení léčitele (léčitelky) či kouzelníka-lékaře, který si pravidelně navozuje mimořádné stavy vědomí, aby mohl léčit, získat informace mimo smyslovými prostředky či řídit rituály. Šamanské kultury připisují značnou hodnotu neobvyklým stavům vědomí, což je mimořádně důležité pro naše pojetí psychospirituální krize. (Kalweit, 2015, s. 93).

Většina těchto krizí začíná nedobrovolným vizionářským stavem, který se v antropologii nazývá „šamanská nemoc“. Během těchto epizod nastávající léčitel (šaman) prochází silnými intenzivními holotropními stavy, které se často projevují cestami do podsvětí, setkání s různými démony či mrtvými, spojenými s bolestivými mukami. Vyvrcholení této epizody je většinou prožitek smrti s následným znovuzrozením a cesta vzhůru či let do nebeských krajin.

V průběhu těchto nelehkých vizionářských cest, dostává jedinec mnohé vědomosti o silách přírody a její archetypální podobě. Dále je téměř běžné, že jedinec získává vědomosti o původech nemocí a jak je léčit. Zážitky mívají radikální léčivé změny na psychosomatické, emocionální i fyzické úrovni. (Grof, 2007a)

Kultury uznávající šamanské tradice, dokáží velice přesně rozeznat šamana procházejícího krizí a psychicky nemocného člena kmene. Po návratu z této transformační změny se nový šaman začlení do kmene a musí fungovat alespoň tak dobře, jako běžný člen. Z tohoto poznání, je nesmyslné mluvit o původních kulturách vyznávající šamanské tradice jako o primitivních. (Grof, 2016)

1.4.2. Alkoholismus a drogová závislost jako psychospirituální krize

Závislost je od ostatních psychospirituálních krizí značně odlišná proto, že u ostatních krizí se jedinec nesnadno vyrovnává se silným duchovním zážitkem. U závislosti to je přesně naopak, jedinec nemá navázaný kontakt se spirituální rovínou a prahne po ní, ačkoliv jeho sebedestruktivní chování a jednání ve formě užívání návykových látek nebo patologických procesů pouze zakrývá tento rozměr. Ve svědectví mnoha pacientů se objevují výpovědi o tom, že celou dobu hledají „něco“, co jim v životě chybí. To „něco“ je, dle Grofa, touha po transcenci. Klienti v léčbě závislosti popisují také svou závislost jako „nemoc duše“ nebo „duchovní úpadek“.

Existuje faktická podobnost mezi intoxikací alkoholem či drogou a mystickými stavy. V obojím dochází k rozpuštění hranic, útlumu až vymizení rušivých emocí, navození příjemných emocí a překročení běžných každodenních problémů. Důležitější je však druhý pól těchto zážitků a to, že u mystických zážitků prožitek vede k celistvosti, sebeaktualizaci a uvědomění, kdežto návykové drogy vedou jedince k pozvolné destrukci. Nicméně tato

podobnost je natolik dostačující, že může přimět člověka k opakovanému užívání a posléze k závislosti. (Grof, 2007b)

2. Adiktologie a spiritualita

2.1. Paradigma v adiktologii

V celém oboru adiktologie zatím stále nevyužíváme jedno paradigma, ale vycházíme z konceptu několika z nich. A dle dané skupiny odborníků, která pracuje určitým způsobem, využívají paradigma, které se jim zdá nejlepší. Jelikož je adiktologie transdisciplinární vědní obor, tak v našich myslích může převládat různý pohled na vznik a léčbu závislosti. Asi nejvíce obsáhlé, všezahrnující a komplexní paradigma je multifaktoriální paradigma, které využívá univerzality závislostního chování. V České republice je na akademické půdě asi nejvíce přijímán pohled bio-psycho-sociální. Někteří hovoří také i o spirituální složce. Nicméně v české adiktologii je již deset let snaha o zařazení a implementaci spirituální, někdy existenciální, roviny do hlavního proudu. (Kalina, 2015)

2.2. Bio-Psycho-Socio-Spirituální model závislosti a léčby

V bio-psycho-sociálním modelu závislosti je využíváno poznatků z mnoha různých odvětví – od filozofie, antropologie, přírodních věd až po psychologii a je zde snaha o jednotný konsenzus. Někteří vědci, a i samotní terapeuti zahrnují ještě dimenzi spirituální, někdy nazývanou existenciální, o kterou je čím dál větší zájem. V české adiktologii je tento model považován za hlavní. (Kalina, 2015)

Ve zkratce shrnu každou z úrovní.

Biologická úroveň zkoumá a hledá spojitosti mezi závislostí a genetickou výbavou, těhotenstvím a dospíváním, funkcí centrální nervové soustavy a dalších medicínských oborů.

Na psychologické úrovni se hledá spojitost psychologických faktorů a závislosti.

Sociální úroveň se zaměřuje na kontext vztahů jedince a jeho okolí.

Spirituální úroveň zkoumá vliv spirituálních a existenciálních potřeb, jejich uspokojování a propojování. (Kudrle, 2003)

Pokud chceme, aby komplexní léčba byla úspěšná a vedla k úzdavě jedince, musí kopírovat bio-psycho-socio-spirituální model a pracovat ve všech úrovních.

„Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu návykových látek tzn. aspirovat na komplexní úzdavu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky, techniky, které působí na všech čtyřech úrovních.“ (Kudrle, 2003, str. 147)

Zjednodušeně ke každé úrovni:

Na biologické úrovni se můžeme zaměřit na nemoci a problémy vzniklé z užívání návykových látek, ale i na problémy vedoucí k užívání látek, jako například nadužívání benzodiazepinových léčiv.

Úroveň sociální se zaměřuje na re-socializaci jedince, tzn. navrácení jedince do společenského prostředí a jeho uplatnění v něm.

Psychologická úroveň a její stěžejní nástroj psychoterapie, se zaměřuje na diagnostiku psychických nemocí, mapování problémů vedoucích k ábusu návykových látek. Psychoterapie se liší od výcviku a praxe každého z terapeutů.

Spirituální úroveň se projevuje především v jungiánské psychoterapii nebo v zařízeních, kde se považuje vztah přesahu a vztahování se k něčemu co je „nade mnou“ jako základní lidskou dimenzi bytí. (Kalina, 2008a; Kudrle, 2003)

Velký význam je spatřován ve změnách stavů vědomí, mohou být přítomny a vyvolány při vývoji závislosti. Tyto stavy mohou mít dopad od pozitivních po násilné a destruktivní. Dle terapeutických zkušeností vyplývá, že práce se změnami stavů vědomí vyvolanými nelátkovými technikami je nejúčinnějším nástrojem vedoucím k podpoře vývoje na konci úzdravy. Využití meditačních technik, transovních rituálů, jógových cvičení, holotropního dýchání až po terapeutické využití některých psychedelik může být velkou podporou v uzdravovacím procesu. (Kudrle, 2007)

Kořeny závislosti

Kudrle poukazuje na fakt, že se závislostí se každý člověk potýká již v prenatálním stádiu, kdy jsme zcela závislí na těle matky. Tato závislost na někom přetrvává dlouhá léta, ve kterých je jedinec vystavován mnohým dualistickým dilematům, které v jedinci vyvolávají mnoho zmatečných pocitů a tužeb po jejich uspokojení či zahnání. Předkládá také pomyslné tři kořeny závislosti, které souvisejí s potřebami a jejich rychlým uspokojením skrze drogu.

Skupiny psychotropních látek korespondují s potřebami rychlého nasycení v dané úrovni. Stimulační drogy rychle dodávají pocit euforie, radosti, zbavují vnitřních zábran, člověk se cítí zcela energický, kompetentní a maximálně výkonný. Opiáty a tlumivé látky uspokojí potřeby vyhnutí se či ulevení si od bolesti nebo nalezení zklidnění.

Psychedelika dokáží rychle nasytit potřeby přesahu, spojení s „něčím“, jednoty. (Kudrle, 2003)

2.3. Místo spirituality v rezidenční léčbě závislosti

V literatuře i praxi se setkáváme, že spiritualita a témata či techniky s ní spojené se v léčbě závislosti vyskytují především v terapeutických komunitách. Spiritualita v léčbě závislosti hraje důležitou úlohu ve smysluplnosti bytí jedince při uzdravení, pomáhá ve smyslu vlastního sebehodnocení a vědomí smyslu života při praktickém jednání. Spiritualita může vést k transformující zkušenosti, která u závislých může hrát důležitou roli v abstinenci.

Spiritualitu můžeme v TK nacházet i ve vztazích. Ve vztahu k sobě samému a k vlastní hlubině. Ve vztazích k ostatním, při kterých do interakce zapojujeme celé své bytí. V TK je velký potenciál pro změnu člověka. Nalézáme zde různé techniky, které mění člověka na všech jeho rovinách. Ke spiritualitě se vážou techniky od přijetí sama sebe až po rituály, které mohou vyvolávat hluboké vnitřní změny. (Kalina 2008b, Richterová Těmínová 2008)

Spirituální přesah lze hledat v různých technikách či momentech a aktivitách. V terapeutických komunitách jsou běžné rituály, například rituály přechodové (přijetí a vstup do komunity), ceremoniální (oslavné). (Čtrnáctá, 2007)

Dalším místem, kde můžeme shledat spirituální přesah je arteterapie.

Arteterapeutické skupiny výrazně rozvíjí spontaneitu, hravost i humor, motivaci k objevování sebe sama, svobodně a bezpečně experimentuje s vlastními emocemi a konflikty. Arteterapeutické skupiny umožňují odkrytí a odplavení traumatických nánosů na duši, umožňuje uvolnění a postupné zahojení životních těžkostí... (Doležalová, 2007, s.121)

Arteterapeutické skupiny můžeme shledat i v některých léčebnách. Dalšími možnostmi, kde můžeme s klientem pohybovat na úrovni spirituální, dle mého názoru, může být například psychodrama, práce se snem, muzikoterapie a samozřejmě individuální terapie.

2.4. Spirituální nástroje a techniky v léčbě závislosti

Z pohledu filozoficko-náboženského lze hledat závislost v mnoha náboženských tradicích, například *Čtyři základní Buddhovy myšlenky*, které vedou mysl k osvobození a osvícení. Hovoří o pomíjivosti všeho, o tom že naše utrpení má příčinu, že nemoc (bolest), stáří a smrt jsou tři jisté věci v životě všech bytostí, a že kultivace mysli vede k vysvobození a osvícení.

Z Buddhova učení vyplývá, že naše utrpení plyne z lpění, připoutanosti, závislosti a jedinou cestou, jak se zbavit těchto utrpení tvořících činů, je meditace, zřeknutí se škodlivých činů, mít otevřené srdce, rozvíjet soucit atd. (Kudrle, n.d; Nydahl, 1999)

Z Buddhova učení a dnes celého buddhismu lze uvažovat, že závislost můžeme pomáhat léčit za pomoci Buddhova učení a stavu změněného vědomí skrz meditaci.

Do stavu změněného vědomí se dobrovolně uvádíme již od dětství, například rychlým točením se kolem vlastní osy. Původní domorodé kultury, ale i někteří mniši různých náboženských tradic, si tyto stavy navozují dodnes, jelikož znají jejich léčivý potenciál. Využívají k tomu různých chřestidel, bubnů, jednoduchých hudebních nástrojů, tanců, zpěvu, dechových technik, fyzického utrpení, smyslové deprivace, meditací a další.

Do těchto tranzovních stavů se uvádějí z různých důvodů. Některé důvody jsou např. spojení se s předky a získání odpovědí na své otázky, navození vizionářských vhladů, kontakt s Bohem, léčení na všech úrovních a mnoho dalších důvodů. (Furst,1996; Grof, 2012; Ratsch, 2008)

Velkým zastáncem využívání tranzovních technik, šamanismu a psychedelik v léčbě závislostí je Michael Winkelman, který ukazuje ve svých studiích a výzkumech prospěšnost těchto technik. (Winkelman, 2003, 2014)

2.4.1. Holotropní dýchání

V našem kontextu drogových služeb v ČR, byla využita metoda holotropního dýchání, která by měla vyvolávat podobné stavy jako LSD, ale pouze za pomoci dýchání, evokativní hudby a specifické práce s tělem.

Holotropní dýchání zaštiťoval MUDr. Kudrle, nejprve na psychiatrické klinice v Plzni a následně v TK Němčice.

Mnoho rituálů v naší civilizaci ubylo, a tak lidé hledají možnost korekce a zaplnění v intenzivních stavech změněného vědomí pomocí drog, alkoholu, gamblingu, touze po moci, touze kontrolovat všechny nelibé pocity atd. Pokud je holotropní dýchání poskytováno v bezpečném prostředí a kvalifikovaným personálem, tak nabízí intenzivní prožitek sebe ve stavu regrese s možností konfrontace nedokončených traumat. Člověk se v holotropním dýchání otevírá většímu porozumění sobě, aktivují se hlubší intrapsychické ozdravné mechanismy. V důsledku toho se závislý dokáže zříkat svého závislostního chování a vztahů. (Kudrle, 2005)

2.4.2. Psychedelika

Jednou z možností, jak navodit změněný stav vědomí, je užití psychedelik. Psychedelika jsou látky, které dokáží zjevovat mysl, duši (Psyché=duše, delein=zjevovat). Psychedelika jsou člověku známá nejspíše již z času před dobou kamennou. Tyto látky byly a dodnes jsou v některých kmenech, používány v rituálním kontextu. Jedná se zejména o psychedelika přírodního původu, například psilocybinové houby, psychoaktivní kaktusy (san pedro, peyotl) ayahuasca, yagé, ropuší jed (Bufo alvarius) a mnoho dalších. V západním světě pak dominují psychedelika syntetická, například LSD, ketamin, MDMA a další. (Furst, 1996; Grof, 2007a; Rátsch, 2008; Stafford, 1997; Strassman, 2010)

Psychedelika mohou vyvolat spirituální zážitky, mystické vrcholné prožitky, které mohou vést až k velké změně osobnosti. (Grof, 2007a; Hofmann, 1997; Huxley, 2011)

Rizika u psychedelik

Psychedelika jsou látky velice odlišné od ostatních psychoaktivních látek jako jsou psychostimulancia a opiáty tím, že pouze nezesilují známý stav mysli, ale vedou spíše ke zkušenostem odlišných kvalitativně od běžného vědomí. Dochází ke změnám ve vědomí, vnímání, myšlení a prožívání emocí. (Vejmola, 2014)

Rizika u psychedelik jsou také velice odlišná od ostatních drog. Na rozdíl od ostatních drog u psychedelik jsou smrtelné dávky pro lidi neznámé, nebyla nalezena neurotoxicita, organické poškození mozku ani žádné jiné toxické poškození orgánů či mutagenita. U psychedelik se jedná spíše o rizika spojená s psychickými účinky a ztrátou kontaktu s realitou. (Vejmola, 2014; 2016)

Důležitým prvkem pro minimalizaci rizik je správný set a setting, což se dá jednoduše definovat jako vnitřní nastavení klientovy mysli – set, a prostředí ve kterém sezení probíhá

– setting. Tyto dva faktory hrají klíčovou roli v průběhu celé zkušenosti, které jsou podloženy mnohými výzkumy a sezeními. (Grof, 2007a; Hausner, 2016, Meckelová Fischerová, 2017; Stolaroff, 2017)

Rizikem spojovaným s psychedeliky je tzv. Bad trip. Bad trip se může projevovat různě od úzkostí po rozvoj v paranoidní stav, při kterém je častý obrovský strach, že stav nikdy neskončí, že se jedinec zblázní a má pocit sledování ostatními. (Miovský 2003, Vejmola 2014)

Johansen a Krebs (2015) prokázali, že užívání psychedelických látek nezvyšuje pravděpodobnost jakýchkoli psychických onemocnění a ani nevede k sebevražedným sklonům. Psychedelika se také objevují na posledních přičkách nebezpečnosti pro jedince i pro společnost. (Nutt et al., 2010)

Psychedelika jsou výjimečná také tím, že nevyvolávají závislost ani při dlouhodobém užívání, je to nejspíše dáno jejich specifickým účinkem v CNS, který je odlišný od ostatních drog. (Minařík, 2008)

Všeobecně lze říci, že kontraindikace pro užití psychedelických látek jsou kardiovaskulární onemocnění, těhotné ženy a lidé užívající inhibitory MAO (MAO = monoaminoxydáza). (Stafford, 1997)

Terapeutické užití

V tehdejší Československu, byl výzkum psychedelik a jejich užití v terapii velice významný. Nejčastěji se pracovalo v terapii s LSD. Postupy, jak pracovat v terapii pod vlivem psychedelické látky, se příliš nezměnily.

Terapie s psychedelickou látkou se rozděluje na dvě metody: psycholytická (psycholýza) a psychedelická metodu terapie.

Psycholýzu můžeme definovat jako katalýzu (urychlení) dynamické psychoterapie; LSD akceleruje a zintenzivňuje uvolnění a následnou léčbu vtisků uložených hluboko v nevědomí. Malé dávky (50 mikrogramů až po 300 mikrogramů) jsou podávány v průběhu jednotlivých sezení, která se opakují 15x až 90x, vždy podle povahy a síly nemoci. (Hausner, 2016, s. 40)

Tato metoda využívala teze, že malé dávky psychedelik, v častějším opakování psychoterapeutického sezení mohou uvolnit obsahy, které jsou potlačené hluboko v mysli, ke kterým je v běžné terapii téměř nemožné se dostat. (Winkler, 2016)

Psychedelická metoda využívala vysokých dávek, tj. 300–1500 mikrogramů, v jednom až třech sezeních. Využívalo se filozoficky-estetického příjemného prostředí, často se využívala hudba či vizuální efekty. Metoda psychedelická využívá teze, že vysoké dávky dokáží navodit vysoce transformativní prožitky, vrcholné prožitky, a tím přepsat negativní vtisky.

Psychedelická terapie je strukturovaná tak, aby nahradila negativní vtisky v nevědomí, zatímco psycholytická terapie se pokouší s těmito negativními životními zážitky pracovat, aby došlo k trvalému vyřešení problému.

Do řízené psychoterapie s LSD se zařazovali různí pacienti s různými potížemi od neurotických pacientů až po závislé na alkoholu, schizofreniky a pacienty, kteří nereagovali na jinou léčbu. (Grof, 2007a; Hausner, 2016; Winkler, 2016)

Novodobější poznatky různých autorů od jednotlivých psychoterapeutů pracujících na vlastní pěst po laboratorně vedené výzkumy, se příliš neliší od výše uvedeného. Vždy se jedná o přesně stanovenou dávku psychoaktivní látky, při sezení je přítomen terapeut, většinou místnost, kde experiment probíhá je interiér zcela estetický a příjemný. U různých potíží se využívá různých látek i množství. (Farkaš, 2016)

Dle Tylšova přehledového článku (2015) vyplývá, že využití jednorázového sezení s vysokou dávkou psilocybinu v léčbě závislosti se jeví jako nejúčinnější. Dále z článku vyplývá, že spojení účinku psilocybinu a spirituálních, mystických a religiózních zážitků působí projektivně proti závislosti a vede k větším úspěchům v léčbě.

V dnešní době probíhá, nebo bude probíhat, několik výzkumů o využití psychedelik i jejich využití v léčbě závislosti. Např. MAPS (<http://www.maps.org/research>), Heffter research institue (<https://heffter.org/future-research/>).

Zajímavým centrem, kde se využívá přírodního náboženství, užívání psychedelických rostlin a psychoterapie je centrum Takiwasi v peruánské Amazonii. Zde se zaměřují na léčbu závislosti, ale léčí tu i jiné nemoci.

Takiwasi je zařízení, které využívá domorodých kulturních znalostí a zvyků a mísí je s vědeckými poznatky. Hlavní substancí v léčbě je ayahuasca, což je rostlinný přípravek s obsahem DMT. (Horák 2017, Kavenská 2012)

Dnes se objevuje na internetu, v různých periodikách a dalších mediích mnoho zpráv o využívání psychedelických látek, které dokáží vyléčit téměř vše, samozřejmě i závislost. Nejčastěji jde o zmíněnou ayahuascu, ibogain či stále více populární ropuší jed 5-MeO-DMT. V mé práci se tomuto fenoménu nechci více věnovat, jelikož z mého pohledu jsou tyto „léčby“ z většiny vedeny neprofesionály a mohou spíše více uškodit než pomoci.

Využiji pouze jednoho příběhu z knihy M. J. Stolaroffa (2017) o účinku psychedelických látek, jelikož mě velice zaujal, jako možné zamyšlení o přesahu a potenciálu těchto látek.

Autorův přítel, nazývaný Jákob, v této knize vypráví o svém zážitku s ibogainem. Měl od dětství silné migrény a jediné, co mu pomáhalo byl kodein. Při terapeutickém sezení s ibogainem, o kterém hovoří jako o skvělé medicíně, která vždy dá jasnou odpověď, si položil zátku, co znamenají jeho bolesti hlavy. Odpověď zněla „Zemřeš!“ Jákob nechápal odpověď a bál se svěřit. Při dalším sezení si vzal LSD a přišla mu druhá část odpovědi a celek pak tvořil větu, že pokud nepřestane brát kodein tak zemře. Jákob si uvědomil naléhavost této zprávy a kodein bral jen ve výjimečných chvílích. Jeho bolesti hlavy poté ustály. (Stolaroff, 2017)

2.5. Léčba 12 kroků

„*Nejlepší léčbou alkoholismu je religiománie*“ tato teze patří Williamovi Jamesovi (in Grof, 2016). Ten si byl patrně vědom podobností mystických stavů a účinků alkoholu.

Dalo by se říci, že tohoto tvrzení, se držely a drží hnutí Anonymní Alkoholici.

Jung sehrál zajímavou roli v založení Anonymních alkoholiků, jelikož měl pacienta, u kterého již nevěděl, co dělat, a tak mu poradil, že jediná spása, jak zvládnout jeho alkoholismus, je vstoupit do náboženské komunity a doufat v silný duchovní zážitek. Povedlo se. Tento příběh pacienta, jménem Rolland, pokračoval dále, až k jednomu ze zakladatelů Anonymních alkoholiků W.G. Wilsonovi. Ten měl vizi spolku alkoholiků, kteří si navzájem pomáhají.

Jung v korespondenci s Wilsonem po letech hodnotí Rollandovo pijáctví, jako touhu po celistvosti, žízeň po Bohu. Jung měl také názor, že pouze hluboká duchovní zkušenost může člověka zachránit před zhoubným vlivem alkoholu. Teze Williamse i Junga byly potvrzeny několikaletou zkušeností s Dvanácti kroky a klinickým výzkumem psychedelik. (Grof, 2016; Kudrle 2003, 2005)

Sdružení Anonymní Alkoholici, vyznávají systém 12 kroků, který je duchovní povahy. Je to zároveň způsob, jak žít život, který vede k abstinenci a šťastnějšímu životu. Tyto kroky jsou:

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší, než ta naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech. (anonymnialkoholici.cz)

Důležitou roli ve dvanácti krocích sehrává facilitátor, který se snaží celý proces podporovat. Facilitace je časově omezená (12-15 sezení), relativně strukturovaná a

zaměřená na 4 hlavní úkoly. Celý program používá mnoho metod, konfrontace, osvěty, povinné četby, psaní deníku a behaviorální úkoly. Základním bodem ve 12 krocích, je přijetí, že nelze závislost zvládnout bez tzv. Vyšší pomoci. „*Síla vůle sama o sobě nestačí k dosažení trvalé střízlivosti a kontroly nad svým životem. Jedinou schůdnou alternativou k pokračujícímu chaosu a osobnímu selhávání je proto obrácení důvěry k „vyšší síle“ a přijetí nutnosti abstinence.*“ (Nowinski, 1999, s. 36). „Pokud byla facilitace 12 kroků úspěšná, pak její konec v podstatě sestává z „obrácení“ pacienta k péči o společenství 12 kroků. Čím úspěšněji pacient a terapeut spolupracovali, tím vyšší je pravděpodobnost, že pacient bude dále pokračovat směrem k trvalé abstinenci. Tento předpoklad je založen na průzkumech členů AA, které ukazují, že nejlepším prediktorem budoucí abstinence je stávající aktivní spoluúčast v AA. (Nowinski, 1999, s.53)

Kritika 12 kroků je často spojená s tím, že v metodě 12 kroků nelze hovořit o léčbě, jelikož nespĺňuje klasické normy léčby, jako například diagnostika, psychoterapie či vedení vzdělaným profesionálem. Skupina nebo spolek, je ve většině případů vedena jako svépomocná, což jí v očích některých odborníků dává nádech „nevědeckosti“. (Wallace, 1999)

3. Praktická část

3.1. Cíl

Cílem výzkumné části je zmapovat a popsat postoje vybraných terapeutů ke spirituálním tématům a technikám v léčbě závislosti v rezidenčních léčebných zařízeních.

3.2. Výzkumné otázky

Jak vnímají pracovníci svou vlastní zkušenost pro práci se závislými a se spiritualitou? Jaké mají zkušenosti pracovníci se spiritualitou u svých klientů a jakou jim přikládají důležitost?

Jaké jsou rozdíly mezi pracovníky terapeutických komunit a léčeben v postoji ke spirituálním tématům a technikám v léčbě a práci s nimi?

3.3. Nominace výzkumného souboru

Oslovil jsem záměrně respondenty z různých krajů – Olomoucký, 2x Jihočeský, Praha. A to buď díky předchozí zkušenosti ze stáže během studia nebo z osobního setkání již v minulosti či že jsem chtěl dané zařízení s cílovou skupinou.

Kritéria a podmínky:

Vzděláním adiktolog, bez ohledu na pohlaví a věk, pracující v rezidenčním léčebném zařízení typu terapeutická komunita nebo léčebna, který je ochoten hovořit o spiritualitě a odpovědět na mnou položené otázky.

3.4. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor činí 4 respondenti (n=4), 1 muž a 3 ženy s průměrným věkem 40 let. Tři respondenti byli osloveni záměrně, jeden byl osloven formální cestou, formální žádostí do zařízení o poskytnutí rozhovoru.

Respondenty pro jejich anonymitu označím T1-T4 a budu o všech psát v mužském rodě. Respondenti T1 a T2 pracují v léčebnách, respondenti T3 a T4 pracují v terapeutických komunitách. Všichni respondenti byli velice vstřícní a ochotní. Setkání probíhalo vždy na domluvených místech, většinou na jejich pracovištích. Respondenti se mi snažili vyjít ve všem vstříc, během rozhovorů nedošlo k žádným komplikacím, a tedy vše proběhlo k mé spokojenosti.

3.5. Metody tvorby dat

Pro tvorbu dat jsem využil polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor probíhal v prostředí, které vybral respondent a účastnil se ho pouze on a já. Každý rozhovor byl lehce modifikovaný, jelikož každý respondent se k tématu vyjadřoval jinak obsáhle a zaměřoval se na jiné oblasti dle svého. Časová dotace byla v rozmezí 30–50 minut.

Struktura otázek byla však u všech respondentů stejná. Osnova rozhovoru je rozložena do tří okruhů:

1. co je spiritualita v léčbě a kde jí hledat
2. zkušenosti terapeuta se specifickými klienty
3. osobní postoje k různým technikám a tvrzením spojených se spiritualitou v léčbě závislosti.

3.6. Etické aspekty

Všichni respondenti se mého výzkumu zúčastnili dobrovolně. Byli dopředu obeznámeni s tématem práce, typem a účelem výzkumu a jeho publikováním v bakalářské práci. Byli ubezpečeni o zachování anonymity.

3.7. Metody zpracování dat

Získaná data jsou fixována pomocí audio záznamu. Následně jsem audio záznam přepsal do textové podoby. Přepsaný rozhovor jsem upravil metodou kódování, následně jsem kódy seskupoval do logických celků a hledal kategorii, pod kterou lze celky zakotvit.

3.8. Výsledky výzkumu

Výsledky jsou strukturovány tak, že významné jevy jsou podtrženy v textu, kurzívou jsou označeny citace respondentů. Výsledky jsou děleny do kapitol korespondujícími s výzkumnými otázkami. Na konci každé kapitoly jsou výsledky stručně shrnuty.

3.8.1. Vlastní definování spirituality

Pojetí spirituality je vnímáno jako sekulární nebo jako církevní

T3 a T4 se shodují, že jejich spiritualita je spojená s náboženskou vírou.

„Pokládám se za věřícího, kterej vyznává nějaký hodnoty spojený s vírou, starám se o tradice, které předávám svým dětem. Zažívám určitě nějaký věci, který nejsou úplně racionálně pojmenovatelný. Víc si všímám věci jako třeba například synchronicity, na někoho si vzpomenu a on mi zavolá, takže nějaký nevědomý procesy, který si nějak chytanu vědomím, tak si je vztahuju na své bytí a snažím se tomu porozumět a hledat v tom nějaký sdělení a spojitosti. Tak to by se dalo asi říct, že je do nějaký míry spirituální.“ (T3)

„Nejsem věřící jako křesťan, ale chodím do kostela, věřím určitým věcem. Když je člověku zle, tak se obrací k Bohu, ať je věřící nebo ne.“ (T4)

T1 a T2 mají spiritualitu spojenou spíše s prožíváním a emocemi.

„Nezříkám se různých prožitků, ale spíše se vracím k zemi, uzemnění a těm zemětejm věcem. Spiritualitu vnímám jako jakýkoliv duchovní, duševní, pěkný prožitek spokojenosti, pohody, radosti člověka.“ (T1)

„Pro mě to znamená i něco emočního, rád vnímám přesah věci, rád ho hledám. Také kus svý spirituality vidím ve svý terapii, tam se tahle sféra hodně rozvíjí tak, jak já jí mám položenou, nebo jak probíhá.“ (T2)

Nepopsatelnost

Tři respondenti popisují, že spiritualita je těžko uchopitelná či zcela nepopsatelná.

„Pořád si sám pro sebe nějak uchopuji, co spiritualita vlastně je, o čem se to vlastně pořád bavíme, co to ještě je a kam už to nepatří. Když se podíváte na definice, tak je to tak obecný a člověk to těžko uchopuje.“ (T1)

„Pro mě to spirituálno je něco, o čem se hrozně těžko mluví. Představím si něco, co člověka přesahuje, něco nepopsatelného, neracionálního.“ (T2)

„Nikdo mi téma spirituality nepřiblížil, nevím, jak to nazvat.“ (T4)

Shrnutí

Všichni respondenti se v nějaké míře považují za spirituální. Terapeuti z terapeutických komunit pojmají spiritualitu církevním způsobem, terapeuti z léčeben pojmají spiritualitu sekulárně. Významným faktorem spirituality je její nepopsatelnost.

3.8.2. Vzdělání a vlastní zkušenosti

Obavy o vlastní kompetentnosti

Respondent T1 otevřeně přiznával obavy o vlastním vzdělání a kompetentnosti hovořit o spiritualitě.

„Když jste mě kontaktoval, říkal jsem, že nevím, zda jsem ten pravý člověk na tyto otázky. Nemám psychologické vzdělání, ale adiktologické a psychoterapeutické. Asi před deseti lety jsem byl na psychiatrické konferenci zabývající se spiritualitou. A rozuměl jsem z deseti přednášek jedné, jak moc odborné a koncipované to bylo. Takže v tom opravdu cítím rezervy.“

Limitace spirituality a jejího vzdělávání

Respondenti T2 a T4 se zabývají myšlenkou, zda se dá spiritualita naučit a respondent T2 poukazuje na individuální schopnosti

„Přemýšlím nad tím, jestli to je něco, co jde naučit – spiritualita. Jestli to není taky o každém z nás, jak je kdo schopný vnímat nějakou spiritualitu. Určitě se o tom dá více mluvit, ve výuce na adiktologii. Tam to určitě není hlavní téma a jsou tam určitě možnosti. Určitě v tom mám mezery, není to téma, kterým bych se hlavně zabýval. Uvítal bych více se vzdělávat v této oblasti.“

Respondent T4 *„Myslím si, že i kdybych měl milion škol, tak nebudu dostatečně vzdělaný. Rád se učím, mám se co učit, rád odkoukávám, co ještě neumím. Necítím se dostatečně vzdělaný. Určitě by mi pomohlo se v tom více vzdělávat, rád bych víc porozuměl klientům v téhle oblasti. Nikde se o tom nemluví, neučí, nebo málo, nevím, jestli se to dá naučit, ale nemám to ani přiblížené.“*

Multioborový přístup

Respondent T3 se domnívá, že vzdělaný je jen částečně, a proto s touto oblastí nepracuje cíleně. Vnímá vhodné se nevzdělávat jen ve zdravotní sféře.

„Myslím si, že jsem v těchto tématech vzdělaný jen částečně, proto asi s tím nedělám nějak cíleně. Jednak moje víra křesťanská není úplně ukázková, jak naplňuju ten řád, ale držím se těch hodnot, to je důležitý... Vycházím z nějaký své zkušenosti hodně. Přijde mi dobrý, když není ten záběr jen zdravotnický, pak to otevírá oči, jak na to koukat jinak než jen jako na diagnózu.“

Vlastní zkušenosti jako ovlivňující faktor náhledu na spirituální témata a techniky

Respondent T2 *„Můj názor je hodně ovlivněn mou osobní zkušeností, a to s holotropním dýcháním. Ta zkušenost byla hodně negativní, ale vím, že to tak být nemusí.“*

Respondent T3 *„Myslím si, že tohle taky vychází dost z toho, jak kdo s tím má zkušenost nebo ne. Já třeba ve svém pohledu na to, jak se dívat na psychotickou ataku, spíš jako na psychospirituální krizi, mám tenhle pohled víc otevřený, protože jsem ve své době poznávání, experimentování, zkoušel různé věci a workshopy, který mě obohatily.“*

Shrnutí

Všichni respondenti by uvítali vzdělávání ve spirituální sféře, ačkoliv někteří nevědí, zda se dá spiritualitě naučit. Dva respondenti vyjadřují vlastní zkušenost, jako ovlivňující faktor při náhledu na spiritualitu. Jeden respondent vnímá za pozitivní, když se vzdělává o závislosti v širším multiborovém pojetí.

3.8.3. Postoje ke spiritualitě klientů a spiritualitě v léčbě

Individuální cesta klienta

Dva respondenti vnímají spiritualitu, jako individuální cestu klienta.

„Pro mě to je velmi individuální cesta klienta nebo i nás s klientem v nějakém kontextu, kterou procházíme, objevujeme nějakou jeho jedinečnost, zvláštnost.“ (T2)

„Občas máme klienta, kterej je křesťan, katolík, kterej buď tenhle rozměr spirituality získal od rodiny nebo na své vlastní cestě.“ (T3)

Sebe přesah

Dva respondenti vnímají u svých klientů, kteří měli nějaké spirituální téma, že jde u nich o něco, co je přesahuje, či něco, k čemu se mohou vztahovat. Jeden respondent vnímá uvědomění si klienta a jeho přesahu jako pozitivní. Jeden respondent vnímá přesah, jako negativní.

„Jsou lidé, kteří přicházejí, věřící, zabývající se duchovníma aktivitami, hledají

prostřednictvím drog něco jako vyššího, dalo by se říct. V tomhle, ale my hodně kotvíme.“
(T1)

„Když o tom mluví, zajímá mě, k čemu se vztahuje, co je nad náma, co nás přesahuje, a co má ve svém rámci životním. Říká se, že to, co nás přesahuje, k čemu se vztahujeme má pro nás nějakou hodnotu, víru.“ (T3)

Smysl, naděje a víra jako spirituální téma

Respondent T2 poukazuje, že spiritualita je spojena s nadějí, smyslem života a vírou.

„V takových těch momentech, kdy se dotýkáme nějakého smyslu života. Ta spiritualita v naší práci může být i to, že našim klientům dáváme naději, že má smysl abstinovat, že má smysl se léčit a přemýšlet nad životem.“

Respondent T4 uvádí, že klienti se často obracejí na víru. *„Hodně se klienti v léčbě nebo po ní jakoby obrací k víře. Když začínají abstinovat a měnit svůj život, začínají chodit do kostela, věří, že jim pomáhá někdo shůry.“*

Emoční vyrovnanost

Respondent T1 vnímá spiritualitu u svých klientů v nalezení bytostné pohody.

„Spirituálně, je nějaká spokojenost jedince a člověka samotného, spokojenost duševní, klid, rovnováha, to, aby ten člověk vůbec dokázal najít místo, kde je jeho spokojenost, co by chtěl za vlastní cíle, vlastní zaměření.“

Rituály a tradice, jako místo spirituality

Respondenti z terapeutických komunit vnímají spiritualitu v rituálech a tradicích, které se s klienty dělají.

„Když mám klienta v grandské práci, tak tyhle otázky spirituálního přesahu se snažíme s klientem je rozvíjet, doptávat se na ně, nebo nabízet možnosti. Máme tady dost zvyků spojených s pohanským a křesťanským svátkama, tak klienti kteří chtěli, pomáhali. Snažíme se jim předat základní informace a ukázat základy, co znamenají velikonoční svátky v křesťanské tradici, ukázat jim že mají význam i pro obyčejného člověka.“ (T3)

„Spiritualitu si v léčbě představuji v rituálech, co máme s našimi klienty, to duchovno, co pro toho klienta ten rituál znamená.“ (T4)

Sounáležitost

Respondenti z prostředí léčebny uvádějí, že je důležité si u klienta najít své místo a hovořit o tom, jak se klienti navzájem podporují.

T1 *„Důležitá část v léčbě, na co se zaměřujeme je, aby si ten klient dokázal najít své místo, své místo v životě, své místo, kam patří.“*

T2 *„Je to v takových momentech, kdy se dotýkáme třeba smyslu života nebo třeba sounáležitosti ve skupině, jak se dokážou klienti navzájem udržet.“*

Otevřenost ke spirituálním potřebám klientů

Respondent T3 uvádí, že v léčbě ponechávají volnost ve zvyklostech klientů „*At' si ve svém volném čase dělá, co chce, čte si, modlí se. At' to dělá, jak je zvyklý, pak to může být téma do rozhovoru nebo skupiny.*“

Respondent T4 vyjadřuje otevřenost ve svobodě rozhodnutí a naplňování svých spirituálních potřeb „*Jezdí k nám 5 církví, každý pátek jiná, tedy klient si může vybrat tu pravou. Každou neděli mohou chodit na mši do vesnice.*“

Respondent T2 by uvítal větší orientaci a nabídku programu na klienta a jeho rozhodnutí. „*Myslím si, že na lidi se nedá koukat podle schématu do kterého se nalijou. Ale určitě bych byl rád, kdyby v léčbě byla větší pozornost a nabídka směrem ke klientům. Klidně nějaká religiózní skupina, kterou vede Remeš, ta mi přijde skvělá do každý léčebny.*“

Spiritualita není téma do terapie

Respondenti uvádějí, že spiritualita není typické téma klientů, a pro mnoho klientů to ani není téma do terapie. „*Myslím si, že pro mnoho klientů, to není téma do terapie, a že bych do terapie vnášel něco, co není úplně opodstatněné.*“ (T2)

„*Nevnímal jsem zatím, že by klienti někdy chtěli věnovat více času spiritualitě. Spíš bych se zeptal těch klientů, jestli to potřebují.*“ (T4)

Spiritualita nemá zvláštní místo v léčbě

Většina terapeutů zaujímá postoj, že spiritualita není stěžejní téma v léčbě, věnuje se jí nejméně času, či dokonce téměř žádný. Se spiritualitou se nepracuje cíleně a není na ní v systému léčby dostatečný čas ani prostor.

„*U nás se zaměřujeme, abychom toho člověka přivedli k porozumění své závislosti. Samozřejmě i ten čas je omezený a člověk neobsáhne úplně všechno, co by třeba bylo potřeba. Osobně si myslím, že ta oblast spirituální se nám dostane až někdy po nejdříve roce v chráněném bydlení, když půjde z léčebny.*“ (T1)

„*Přijde mi, že to je stejná práce, jako s každým jiným tématem. Nevnímám v tom žádné jiné specifikum.*“ (T2)

„*V tom modelu, jak se s tím pracuje a kolik času se tomu u nás věnuje, zabírá tu nejmenší část.... My s tím tady nějak cíleně nepracujeme, snažíme se, aby z toho nebylo nějaké paratéma, aby neutíkal z léčby.*“ (T3)

„*Někdy se spirituální téma objeví na skupině, ale neotvírá se cíleně, čas přímo na to nevymezujeme, jen když začne sám klient.*“ (T4)

Spiritualita je důležitá součást léčby

Tři respondenti se shodují, že pokud klient o spiritualitě mluví, tak je pro něj toto téma důležité a věnují se mu

„Když klient nebo pacient s tímto tématem přijde, nikdo ho nebude odmítat, bude to důležité, vždy najdeme člověka, který se mu bude více věnovat, u nás třeba psycholog.“ (T1)

„Pokud klient s tímto tématem přijde, dáme tomu prostor.“ (T2)

„Důležitý je, v jaký to je fázi, umím si představit, že v rámci delšího doléčování nebo ambulantní terapie to může být součástí. Když si o to nějak klient říká, tak asi to důležitý je.“ (T3)

Jeden respondent vnímá spiritualitu jako důležitou součást léčby.

„Spiritualita je určitě důležitá součást léčby. Srdcem myslím, že jim to v léčbě pomáhá.“ (T4)

Spirituální témata mohou dobře posloužit v terapii u pacientů, kteří mají existenciální obavy

Respondent T2 přiblížil na příkladu ze své praxe, že spirituální témata mohou pozitivně reagovat na existenční obavy klienta. *„Jeden moment, proč začal pít bylo stárnutí a úzkost z toho, že vše nestihl, že to už ani nestihne to, co chtěl. Velká obava, že může přijít třeba válka a ta postihne jeho blízké a rodinu, že je tu nechává v tak špatném světě. Jeho život měl malý přesah, neměl naplněný život tak, jak chtěl. Pomáhalo mu být u těchto témat.“*

Zážitek blízký smrti

Tři respondenti uvádějí, že se setkávají s předávkováním na pokraji smrti u svých klientů, jeden respondent hovoří i o typických projevech OBE.

„To spojení ve smrti s klasickým obrazem vystoupení z těla vidím, že se něco děje okolo, tak za mou praxi 25 let jsem se setkal tak u 2 lidí.“ (T1)

„Klienti o tom občas mluví, nějaký moment, proč se rozhodli jít léčit. Špatná zkušenost s drogou, například předávkování na pokraji smrti, ti klienti pak chtějí jít do léčby intenzivněji.“ (T2)

„Byli tu klienti, kteří se intoxikovali, že až málem umřeli. Ale nevybavuju si, že by to bylo nějaký téma k tý spiritualitě.“ (T3)

Shrnutí

Respondenti vnímají spiritualitu u svých klientů v různých oblastech od víry po rituály. Spiritualita je dle většiny respondentů důležitá součást léčby, ale zároveň nemá specifické místo v léčbě. Dva respondenti nevnímají spiritualitu jako téma, které by mělo být více probírané a mělo by se mu věnovat více času a prostoru v léčbě, jelikož pro některé klienty spiritualita není téma, které by sami chtěli otevírat. Většina respondentů vyjadřuje důležitost být otevřený spirituálním potřebám klientů.

3.8.4. Spirituální techniky, nástroje a práce s nimi

Protektivní faktory

Byly identifikovány tři kategorie faktorů, které vnímají terapeuti za protektivní pro klienta. Jsou jimi opatrnost, bezpečný rámec a pozornost v individuálním přístupu ke klientovi.

Respondent T1 poukazuje na vlastní zkušenost, kdy opatrnost je velice důležitá. „*V rámci výcviku a stáží v komunitě, jsem zažil chvíle, kdyby věc nebyla dobře vedená, tak to asi na člověku zanechalo trvalý prožitky, jsem k tomu velmi opatrný a když, tak jedině pod vedením opravdu ověřených profesionálů.*“

Respondenti T1 a T3 vnímají bezpečný prostor a rámec, jako důležitý ochranný faktor pro ochranu klienta. „*Kdybychom byli v rámci technik, to jsou věci, které moc rád používám, ale jen tehdy, když na to je prostor, čas a prostředí komunity dovolí, aby to pro toho daného člověka bylo bezpečné a správně načasované.*“ (T1)

„*Musíme vytvářet dobrý a bezpečný rámec, protože jsme v nějakém systému a garantujeme službu a bezpečí a úzdravu těm klientům.*“ (T3)

Respondent T3 dále uvádí, že v zařízení, kde pracuje, jsou velice pozorní v přístupu ke klientovi, aby ho netraumatizovali.

„*Tady jsme i pozorní, jak reagujeme s fyzickým dotekem, jak pracujeme s relaxacemi, imaginacemi, protože ve chvíli, kdy na to ten člověk není připravený, je to průšvih. Snažíme se nerozrejtvat traumatické vzpomínky a témata, i když to sem patří, dáváme v tom prostor klientovi, jak s tím naloží.*“

Změněné stavy vědomí jsou považovány za negativní v léčbě

Všichni respondenti považují změněné stavy vědomí za neprospěšné v léčbě závislosti.

Na individuální úrovni

Respondent T1 „*Trochu zvažuju v tomhle, jestli ten prožitek může tomu člověku pomoci, být mu užitečný anebo hledáme jakousi náhražku závislostních prožitků.*“

Respondent T2 „*Myslím si, že změněné stavy vědomí mohou v léčbě vyprodukovat velké množství obsahu, možná tak velké, že je těžké ho vůbec využít. Taky je to podle mě hodně náročný proces na důvěru a bezpečí.*“

Respondent T4 „*Když se něco takového objeví, radím se s psychiatrem, co by to mohlo být, co to znamená- Může to být třeba nějaká psychóza, ale já do toho nezasahuju.*“

Na kolektivní úrovni

Respondent T3 „*Tady s tím pracujeme tak, že je to většinou z důsledku užívání drog, také je to spojený buď s užitím drogy nebo s abstinčními příznaky. My tady s tím pracujeme ne jako se změněným stavem vědomí, ale jako s nějakými dozvuky užívání léků a symptomy spojenými s nějakou poruchou. Nepracujeme s tím, že prochází změněným stavem vědomí, jestli je to nějaká spirituální věc. Tady se dost držíme kontextu užívání a úzdravy.*“

Psychedelická léčba závislosti

U terapeutů z léčen vyvolávají skepsi, obavy a odmítání. Naopak u terapeutů z prostředí terapeutických komunit je využití psychedelik vnímáno pozitivně.

Respondent T1 využití psychedelik v terapii netoleruje a neumí si to představit, že by to mělo své místo v léčbě.

„Byly tu výzkumy, myslím si, že tohle už máme za sebou, tohle do léčby nepatří, s tím nesouhlasím. Netoleruji ani marihuanu, pokud klient závislý na heroinu přestane užívat a nahradí to marihuanou. Jistý posun tam je, ale furt je to závislostní chování.“

Respondent T2 vnímá za správné, že se psychedelika zkoumají, avšak v něm vzbuzují obavy.

„Nejsem vyloženě proti, myslím si, že je fajn, že se to zkoumá, že jsou ty možnosti. Neumím si představit, jak se s tím pracuje, je to hodně nebezpečný z mého pohledu, kdo s tím může pracovat, za jakých podmínek, jakej je ten kontext atd.“

Respondent T3 si dokáže představit využití těchto látek v léčbě a vnímá jejich potenciál skrz vlastní zkušenost.

„Myslím si, že pro určité klienty v určité službě, si to umím představit. Minimálně, že si to můžou rozhodnout sami. Moje zkušenost mi otevřela oči, v tom jakej maj potenciál, když se s nima v rámci nějaký ritualizovaný formy naloží.“

Respondent T4 poukazuje na jejich využitelnost v léčbě.

„Dle mého názoru, jsou poslední výzkumy ve využití psychedelik v léčbě závislosti více než zajímavé, spíš překvapující. Myslím si, že je třeba se tomuto tématu hlouběji věnovat, proč například pomáhají při zvládnání cravingu, jaký je jejich další léčebný potenciál a další.“

Techniky a nástroje pro rozvoj spirituality

Bylo identifikováno, že techniky, jsou lépe přijatelné a lépe uchopují téma spirituality.

Respondent T1 *„Techniky mám moc rád, kor když se vsunou do programu, uvolňuje to klienta a zbavuje ho zábran. Dříve jsem využíval i bubnování, cesty, tance. Rozhodně je to moc fajn a do léčby to patří, třeba relaxace, imaginace, autogenní trénink.“*

Respondent T2 *„Relaxace je výborný nástroj, klienti ho hodně oceňují. Má to obrovský potenciál v ústavní léčbě. Myslím si, že skrz techniky může být to téma spirituality líp uchopitelný, pohnutelný, myslím si, že i víc bezpečnější.“*

Respondent T3 *„Umím si představit nějaké exaktické sebezkušenostní věci, holotropní dýchání, workshopy, že maj potenciál, když ten člověk to dokáže integrovat a něco so z toho vzít. Někde používaj bubnování v komunitách. Taky si umím představit, že kluk, kterej neměl mužkej vzor ve svém životě, tak v nějaký mužský kruh, pro něj může bejt dobrej. Určitě ty techniky maj v léčbě nějaký svý místo. My tady děláme například relaxace nebo meditace. Já tady mám ještě takový zvířecí karty, který některejm klientům vykládám, hledáme nějakou symboliku a jinej náhled.“*

Respondent T4 *„Já moc rád s klientama zpívám, jak k nám jezdí církve, klienti to maj taky rádi a znají to. Taky u nás děláme rituály, relaxace, imaginace, je to fajn.“*

Shrnutí

Většina respondentů uvádí protektivní faktory jako opatrnost, bezpečný rámec a pozornost v přístupu ke klientovi za důležité. Všichni respondenti se shodují, že změněné stavy vědomí jsou negativní pro léčbu závislosti. V postoji k psychedelikům jsou pracovníci terapeutických komunit více otevření jejich dalšímu zkoumání a možnosti volby klienta, zda chce takovou léčbu využít. Pracovníci léčeben jsou více odmítaví, jeden dokonce velmi striktně. Všichni respondenti rádi využívají různé techniky a jsou přesvědčeni, že určitě patří do léčby.

3.8.5. Závěrečné shrnutí

Jak vnímají pracovníci svou vlastní zkušenost pro práci se závislými a se spiritualitou?

Všichni respondenti uvedli, že jsou v nějaké míře spirituálně založeni. Respondenti z terapeutických komunit (T3, T4) mají spiritualitu značně ovlivněnou křesťanstvím, kdežto terapeuti z léčebenského prostředí mají spiritualitu spojenou více se světskými vlastnostmi. Pro tři respondenty (T1, T2, T4) je spiritualita spojena s nepopsatelností a těžkou uchopitelností. Tři respondenti uvádějí vlastní zkušenost v postojích ke spirituálním tématům a léčbě závislosti. Pro dva respondenty (T1 a T2) je jejich vlastní zkušenost negativní a vede je k větší obezřetnosti k určitým spirituálním tématům a technikám v léčbě závislých. Jeden respondent (T3) vnímá svou pozitivní zkušenost jako důležitou pro porozumění různým procesům u klientů, přináší mu širší pohled na různá témata a techniky v léčbě závislých.

Jaké mají zkušenosti pracovníci se spiritualitou u svých klientů a jakou jim přiřkládají důležitost

Z výsledků lze konstatovat, že všichni respondenti se domnívají, že by bylo dobré se více individuálně vzdělávat v oblasti spirituality. Dále lze z výsledku vyčíst, že respondenti o spiritualitě mají značné povědomí, ale pro žádného z respondentů není spiritualita místo hlavního zájmu. Někteří respondenti měli širší povědomí o specifických tématech, což nevnímám jako důležitou limitaci ostatních respondentů, že by byli méně vzdělaní, či projevovali menší zájem o téma spirituality.

Jeden respondent (T1) vnímá spiritualitu u svých klientů v emoční vyrovnanosti a spokojenosti. Respondenti vnímají spiritualitu jako důležitou součást léčby, ale uvádějí, že spiritualita nemá zvláštní postavení mezi ostatními tématy.

Jaké jsou rozdíly mezi pracovníky terapeutických komunit a léčeben v postoji ke spirituálním tématům a technikám v léčbě a práci s nimi?

V postoji k technikám v léčbě jsou terapeuti shodní, že využití technik je přínosné a patří do léčby. Rozdíl lze shledat, že v terapeutických komunitách se více pracuje s rituály, tradicemi a symboly. Shoda je i v postoji ke změně stavů vědomí v léčbě, na kterou všichni nahlíží, jako na negativní. Výrazný rozdíl je však v problematice využívání psychedelik v léčbě závislosti, kdy terapeuti léčeben jsou více skeptičtí a mají větší obavy. Respondent T1 bere toto téma do léčby zcela nepřijatelné. Naopak pracovníci terapeutických komunit jsou k využití psychedelik v léčbě závislosti více otevření. Respondent T3 si umí představit, že by si klienti léčbě sami rozhodli, zda toho využijí, respondent T4 vnímá psychedelika v léčbě jako zajímavé téma, kterému by se mělo věnovat více pozornosti.

Všeobecně se postoje terapeutů nikterak neliší, spíše lze konstatovat, že terapeuti léčeben jsou více zaměřeni na strukturu a základní chování. Pracovníci terapeutických komunit jsou více otevřeni novým možnostem v léčbě.

4. Diskuze

Metoda získávání dat formou rozhovorů se mi jevila jako velice vhodná a snadná. V průběhu prvního rozhovoru jsem však zjistil, že musím zaujímat jiný postoj a roli, než jsem se domníval, že budu plnit. Ponechat respondenta samostatně hovořit a pouze se doptávat jen příležitostně a ujišťovat si své poznatky, ale nikterak nezasahovat, neobjasňovat, nedoplňovat, a hlavně nepodsouvat vlastní názory pro mě bylo z počátku dost složité. Následně však, po konzultaci s vedoucím mé práce, jsem s tím neměl příliš velké potíže. Bylo příjemné, zůstat v roli „posluchače“, a ještě více příjemnější bylo, že po vypnutí diktafonu následovala dlouhá debata, kterou většinou odstartovali sami respondenti, kteří kladli otázky a různě jsme diskutovali ohledně spirituality, za což jsem byl velmi rád.

Snažil jsem se distancovat od nepotřebných komentářů během rozhovoru, avšak nemohu zaručit, že nějakou formou neverbální komunikace jsem nepodněcoval respondenty k odpovědím, které bych rád slyšel. Zkreslení si však uvědomuji, že patrně nastalo u otázek vzdělání, jelikož vnímám, že mnou položené otázky v této oblasti mohly vést respondenty k odpovědi, kterou všichni zmínili, a to že by se mělo více formálně vzdělávat ve studiu adiktologie v tématech spirituality. Domnívám se, že moje zainteresovanost ve spiritualitě mohla některým respondentům být nápadná, a proto se snažili v některých odpovědích se více stylizovat.

Z mého výzkumu vyplývá, že všichni respondenti uvedli, že jsou nějakou měrou spirituální a ve své praxi se s ní několikrát shledali. Což nekoreluje s faktem, že o spiritualitě se téměř ve studiu i léčbě závislostí nemluví. Domnívám se, že je to dané hlavně složitostí a těžkou uchopitelností spirituality. Jelikož nemáme jednotný rámec, kterým bychom dokázali komplexně pojmut spiritualitu a říci, toto je spiritualita a toto už ne. Dále si myslím, že tato nesouměrnost může být dána tím, že ve společnosti všeobecně, se o spiritualitě často nehovoří, a když, tak většinou s negativním podtextem. A proto mnoho lidí o spiritualitě nemluví vůbec, jelikož se stydí či se bojí reakce svého okolí.

Dalším výsledkem je, že všichni respondenti by uvítali více vzdělání ve spirituální rovině. Toto jsem zmínil již výše, že mohlo dojít ke zkreslení, jelikož respondent, mohl vnímat, že očekávám odpověď, která bude poukazovat, na nedostatek vzdělávání v rovině spirituality. Na druhou stranu to však může být plně validní odpověď všech respondentů, jelikož se v průběhu studia spiritualitě téměř nevěnujeme. Dalším možným faktorem může být, že možností vzdělávání ve spirituální rovině je, dle mého úsudku, velký výběr reprezentovaný však „neprofesionály“. Často se jedná o náboženská hnutí, esoterické spolky či jedince a další mnohdy nevědecky podložené formy vzdělávání. Jedinou „přijatelnou“ možností se zdá psychoterapeutický výcvik, který je však velice finančně náročný, proto možná by rádi terapeuti uvítali více možností vzdělání formální cestou.

Významným shledávám rozdíl v postoji k změně stavů vědomí v léčbě závislostí. Všichni terapeuti se shodli, že změněné stavy vědomí jsou negativní v léčbě, kdežto v teoretické části dokládám opak, který předkládají odborníci z oboru. Domnívám se, že tento rozpol je možný tím, že respondenti se hlouběji nezabývají těmito tématy a stavy. Zajímavé shledávám to, že respondent T3, který se vyjádřil k tématu z postoje organizace,

kteřá přistupuje k ZSV negativně, ale v jiné části rozhovoru uvádí, že „*Umím si představit nějaké extatické sebezkušenosťní věci, holotropní dýchání, workshopy, že mají potenciál, když ten člověk to dokáže integrovat a vzít si z toho.*“ Tuto dichotomii vnímám tak, že může být u terapeutů rezidenčních zařízení častá, jelikož mohou být spirituálně založení, mít zkušenosti i ambice zkoušet různé techniky v praxi. Ale na druhou stranu mají obavy, jelikož organizace, kde pracují se neformálně k těmto tématům staví chladně či negativně. V možnostech využití psychedelik v léčbě jsou terapeuti komunit více otevření. Zde hraje roli osobní zkušenost respondenta T3 v otevřenosti, ale zároveň zkušenost respondenta T2, který měl negativní zkušenost s holotropním dýcháním. Nicméně respondent T1 neuvedl žádnou vlastní zkušenost ani s psychedeliky, ani s technikou, která by významně měnila vědomí. Byl striktně proti těmto možnostem. Tento jev by mohl, být zapříčiněn například nedostatečnou, chybějící diskuzí v odborných kruzích, a tím pádem přetrvávajícím názoru, že psychedelika jsou drogy jako všechny ostatní, tak jak na ně nahlíží i zákon. Tuto diskuzi se v posledních letech snaží „rozproudit“ Česká psychedelická společnost, která se snaží předkládat v odborné společnosti i veřejnosti nejruznější témata k zamyšlení se nad velkým potenciálem těchto látek na poli nejen medicíny.

Mé výsledky korespondují s pracemi Šormové (2017) i Blažíčkové (2016). Domnívám se, že obě práce kolegyně doplňují, jelikož Blažíčková se více zaobírala terapeuty a jejich výkladu a přístupu ke spiritualitě a jak je ovlivňuje v profesi. S kolegyní Šormovou máme velice podobnou strukturu našeho zaměření výzkumu s tím, že Šormová se zabývá do větší hloubky prací se spiritualitou, kdežto můj výzkum zkoumá specifická témata a postoje terapeutů k nim a zjišťuje postoje terapeutů ke vzdělávání. S kolegyněmi Šormovou a Blažíčkovou se shodujeme ve výsledcích, že spiritualita je důležitá součást léčby, že se s ní nepracuje cíleně, a nevymezuje se jí speciálně čas ani prostor. Dále se shodujeme, že spiritualita a zkušenosti terapeutů s ní mohou hrát roli, jak terapeut bude s těmito tématy pracovat. Respektující přístup ze strany terapeutů ke spirituálním tématům klienta, jsou také shodné. S oběma kolegyněmi se v ničem nerozcházíme či neodporujeme, každý jsme se zaměřoval na jinou část, ale v místě, kde se naše práce protínají, se shodujeme.

Domnívám se, že má práce přináší zajímavé poznání, že v adiktologické praxi jsou stavy změněného vědomí v léčbě chápány, jako negativní, což je v rozporu s poznatky z teoretické části, kde autoři dokládají jejich léčivý potenciál. Myslím si, že má práce může přinést otázky k zamyšlení, jestli není na čase více zkoumat a pracovat se spirituální dimenzí v praxi.

5. Závěr

Z mých výsledků považuji za nejdůležitější ten fakt, že se spiritualitou se nepracuje specificky, dává se jí prostor a respekt, pokud to klient potřebuje, nedává se jí specifický prostor v léčebném kontinuu, ale je vnímána jako důležitá součást léčby. A dále, že terapeuti mají značný přehled a zkušenost s různými specifickými spirituálními tématy i technikami a že by všichni rádi uvítali možnost většího vzdělání v této oblasti. Co považuji za překvapující je, že se změněné stavy vědomí považují u všech respondentů za negativní.

Domnívám se, že můj výzkum může posloužit k dalšímu hlubšímu zkoumání využití spirituality v českém prostředí v rezidenčních zařízeních pro léčbu závislostí. Dovedu si představit, že můj výzkum může inspirovat další studenty například ke zkoumání postojů studentů adiktologie o využitelnosti spirituálních témat v léčbě závislostí.

Vnímám i to, že tématu spirituality je ve výuce vymezeno velmi málo prostoru a chybí předměty, ve kterých by se téma spirituality a závislosti více setkávalo a dalo se nad ním debatovat. Vnímám, avšak je to pouze můj subjektivní názor, že přístup na základě evidence doložených poznatků převládá nad osobními zkušenostmi prověřenými staletými lidské populace, což je v případě spirituality na škodu. Chci tím poukázat, že například změněné stavy vědomí, rituály, sebeobjevování skrze různé techniky využívá lidstvo tisíce let a vedlo to k rozvoji člověka do dnešní podoby. A v dnešní době se snažíme jakékoliv chování, jednání, prožívání, které je mimo normu, vnímat jako patologické. Jako například se objevuje v mých výsledcích, kdy všichni respondenti vnímají změněné stavy vědomí jako něco negativního a patologického. Na tento problém také poukazuje transpersonální psychologie, která dala vzniku psychospirituální krizi a pohledu na různé stavy, které západní psychiatrie vnímá jako patologické, jako transformační vedoucí k lepšímu fungování jedince.

Dokázal bych si představit, že v rámci výuky adiktologie, by mohl být povinný seminář, který by mohl probíhat blokovou formou například formou dvou víkendových setkání, kde by studenti měli možnost zažít stavy změněného vědomí a vyzkoušet si, jaký mají potenciál pro sebepoznání a zda je využívat v rámci následné praxe s klienty. Uvědomuji si však i rizika s tím spojená, nicméně se domnívám, že pokud bude kurz veden člověkem, který má v oblasti značnou praxi, tak to může být velice bezpečné a přínosné. Velice mi to připomíná možnost užít psychedelické látky v minulosti studentům psychologie a psychiatrie, aby lépe poznali potenciál těchto látek a zažili si, jak asi vypadá psychóza a z literatury a výpovědí terapeutů, kteří to zažili víme, že to pro ně byl velký přínos.

Použité zdroje

1. Alpert, R., Leary, T., & Metzner, R. (2000). *Psychedelie: Trilogie o halucinogenech*. V Praze: Levné knihy KMa..
2. Anonymní alkoholici. (n.d.). *Dvanáct kroků AA* Dostupné z <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html>
3. Blažičková, E. (2016). *Spiritualita v terapii závislostí: kvalitativní analýza postojů a zkušeností terapeutů* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova, 1LF.
4. Čtrnáctá, Š. (2007). Rituály TK In Nevšimal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
5. Doležalová, P. (2007). Arteterapie In Nevšimal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
6. Farkaš, J. (2016). *Psilocybin – nová naděje v léčbě depresí nereagujících na standardní léčbu* Dostupné z <https://czeps.org/jaroslav-farkas-psilocybin-nova-nadeje-v-lecbe-depresi-nereagujicich-na-standardni-lecbru/>
7. Fischer, F. M., Grof, S., & Neuman, A. (2017). *Terapie se substancí: Psycholytická psychoterapie v 21. století*. V Praze: DharmaGaia.
8. Frecska, E. (2010). Šamanská cesta: nadpřirozená, či přirozená?. In Strassman, R. *Vnitřní cesty do vnějšího vesmíru: Cesty do jiných světů prostřednictvím psychedelik a dalších spirituálních technik*. Praha: Dybbuk.
9. Furst, P. T., Neuman, A., Kašpar, O., & Horáček, J. (1996). *Halucinogeny a kultura*. Praha: Maťa..
10. Grof, S. & Grofová, C. (2016). Porozumění psychospirituálním krizím a jejich léčba In Winkler, P., & Vančura, M. *Transpersonální myšlení v psychologii a psychoterapii: Výbor textů*. Praha: Triton.
11. Grof, S. (2007b). *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii: Pozorování z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Moraviapress..
12. Grof, S. (2012). *Když se nemožné stane:.* Praha: Práh.
13. Grof, S., & Gorčák, J. (2007a). *Psychologie budoucnosti: Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo.
14. Grof, S., & Grof, C. (2011). *Holotropní dýchání: Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Opava: Holos.
15. Grof, S., Grof, C., & Kysučan, L. (2015). *Krize duchovního vývoje: Když se osobní transformace promění v krizi*. Opava: Holos.
16. Hausner, M., Segal, E., & Hausner, M. (2016). *LSD: Výzkum a klinická praxe za železnou oponou*. Praha: Triton.
17. Hofmann, A., & Sigmund, V. (1997). *LSD - mé nezvedené dítě*. Praha: Profess..
18. Horák, M. (2017). *Ayahuasca v České republice*. Brno: Mendelova univerzita v Brně.
19. Huxley, A., Procházka, M., Plesnivý, J., & Huxley, A. (2011). *Brány vnímání ; Nebe a peklo*. Praha: Maťa.
20. Johansen, P.-Ø. & Krebs, T.S., 2015. Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), pp 270–279.

21. Johnová, M. (2013). *Zážitky sdílené smrti* (Bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, FF.
22. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
23. Kalina, K. (2008a). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
24. Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada..
25. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
26. Kalweit, H. (2015). Když se šílenství stává požehnáním: poselství šamanismu In Grof, S., Grof, C., & Kysučan, L. *Krize duchovního vývoje: Když se osobní transformace promění v krizi*. Opava: Holos.
27. Kavenská, V. (2012). *Léčba v centru Takiwasi a její vliv na proces formování vztahu k sobě* (Disertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, FF
28. Křečanová, A. (2013). *Změněné stavy vědomí* (Rigorózní práce). Praha: Univerzita Karlova, FF.
29. Kudrle, S. (2003). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální precenvi. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
30. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Kudrle, S. (2005). Holotropní dýchání v terapii závislých. *Adiktologie*, 5(2), pp 178-185
32. Kudrle, S. (n.d.). *Závislost jako spirituální učitel?* Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/645/>
33. Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
34. Miovský, M. (2003). Halucinogenní drogy. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky
35. Moody, R. A. (1991). *Život po životě ; Úvahy o Životě po živote ; Světlo po životě*. Praha: Odeon.
36. Motl, J. (2011). Kritická analýza konceptu psychospirituální krize. *Československá psychologie*, 55(6) pp 546-555
37. Motl, J. (2016). *Role spirituality v životě lidí s psychotickým onemocněním* (Disertační práce). Praha: Univerzita Karlova, FF
38. Motl, J. (2017). Koncept psychospirituální krize: Meze a možnosti jeho využití v péči o duševně nemocné. *Psychiatrie*, 21(3), pp 134-138
39. Muroňová, J. (2015). *Obraz psychospirituální krize pohledem odborníků na duševní zdraví* (Diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita v Brně, FF
40. Němečková, K. (2016). *Kapitoly k nenáboženské spiritualitě*. Praha: Carpe Momentum.
41. Nowinski, J. (1999). Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislost In Rotgers, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
42. Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D., 2010. Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), pp 1558–1565.

43. Nydahl, O. (1999). *Moje cesta k lamům: Buddhové střechy světa*. Praha: Společnost Diamantové cesty.
44. Rättsch, C. (2011). *Psychoaktivní rostliny: Historie, léčení, účinky, příprava, rituály*. Olomouc: Fontána.
45. Riesel, P. (2017). Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změně identity postižených osob a možné způsoby léčby. *Adiktologie*, 17(1), 56-62.
46. Richterová-Těmínová, M. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
47. Říčan, P. (2002). *Psychologie náboženství*. Praha: Portál.
48. Říčan, P. (2007a). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
49. Říčan, P. (2007b). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
50. Schermer, V. L. (2007). *Duch a duše: Nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. V Praze: Triton.
51. Stafford, P., Presl, J., & Čáp, H. (1997). *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha: Volvox Globator.
52. Stolaroff, M. J., & Strenk, M. (2017). *Tajný náčelník: Rozhovory s průkopníkem neoficiálního hnutí psychedelické terapie*. V Praze: DharmaGaia.
53. Strassman, R. (2010). *Vnitřní cesty do vnějšího vesmíru: Cesty do jiných světů prostřednictvím psychedelik a dalších spirituálních technik*. Praha: Dybbuk.
54. Šormová, M. (2017). *Práce se spiritualitou klientů z pohledu pracovníků adiktologických služeb* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova, 1LF.
55. Tomková, A. (2011). *Psychoterapeutické využití změněných stavů vědomí v léčbě závislostí* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova, 1LF.
56. Tylš, F. (2015) Neurobiologie psilocybinu ve vztahu k jeho potenciálnímu terapeutickému využití. *Psychiatrie*, 19(2), pp 104-112.
57. Vejmla, Č. (2014) *Psychedelika a mechanismy jejich působení na CNS* (Bakalářská práce) Praha: Univerzita Karlova, PŘF.
58. Vejmla, Č. (2016). *EEG koreláty účinku serotonergních halucinogenů u laboratorního potkana*. (Diplomová práce) Praha: Univerzita Karlova, PŘF.
59. Wallace, J. (1999). Teorie léčby založené na 12 krocích In Rotgers, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
60. Walsh, R., & Vaughan, F. (2011). *Cesty přesažení ega: Transpersonální vize*. Praha: Triton.
61. Winkelman, M. (2003). Complementary Therapy for Addiction: 'Drumming Out Drugs'. *American Journal Of Public Health*, 93(4), 647-651.
62. Winkelman, M. (2014). Psychedelics as Medicines for Substance Abuse Rehabilitation: Evaluating Treatments with LSD, Peyote, Ibogaine and Ayahuasca. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(2), pp 101-116.
63. Winkler, P., & Vančura, M. (2016). *Transpersonální myšlení v psychologii a psychoterapii: Výbor textů*. Praha: Triton.
64. Zajdánková, S. (2009). *Zvládání psychospirituální krize v kontextu odborných služeb i mimo ně v prostředí České republiky* (Diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita v Brně, FSS