

TAKIWASI: A DALOK HÁZA. DROGREHABILITÁCIÓ A PERUI ÓSERDŐBEN

Bokor Petra

PTE Doktori Iskola Fejlődés és Klinikai Pszichológia Tanszék

Absztrakt

Peru Tarapoto nevű városában, az amazonasi esőerdő fennsíkos vidékén található egy különleges drogrehabilitációs központ, a Takiwasi, melynek terápiás protokollja ötvözi a helyi tradicionális sámáni gyógyításban használt tudatmódosító növények használatát a nyugati pszichoterápiával. Az ajahuaszkát kutató nemzetközi tudományos közösség best practice-ként tarja számon a több mint húsz éve működő Takiwasit, amely a betegek gyógyítása mellett képzőközpontként is működik, és egyre több tudományos kutatás számára nyújt lehetőséget terepmunkára. A cikk szerzője 2013 őszén doktori tanulmányai keretében egy hónapos teregyakorlatot töltött a Takiwasiban, az ott zajló speciális terápiás munka tanulmányozásával. Jelen cikk az ezen egy hónap során szerzett tapasztalatokat összegzi.

Kulcsszavak: ajahuaszka ■ drogrehabilitáció ■ sámánizmus ■ pszichoterápia, módosult tudatállapotok

Abstract

In Tarapoto, Peru, at the high-land part of the Amazon rainforest lies a special drug rehabilitation center called the Takiwasi. Its speciality derives from its therapeutic protocol, which integrates the use of traditional shamanic mind-altering plants with western psychotherapy. The international scientific research community of the psychoactive brew called ayahuasca regards the Takiwasi and its more than twenty years long operation to be a best practice. Besides the therapeutic work, the center offers many seminars as well as fieldwork opportunity for an increasing number of scientific research. At the autumn of 2013 the author of the paper carried out a one month long fieldwork at the Takiwasi as part of her PhD studies, where she studied this unique integrative therapeutic approach. The present paper is a summary of her experiences during this fieldtrip.

Keywords: ayahuasca ■ drug rehabilitation ■ shamanism ■ psychotherapy ■ altered states of consciousness

BEVEZETÉS

A szenvedélybetegek hatékony kezelése világszerte kihívást jelent az orvoslásban. 2013-ban hazánkban összesen 4143 fő vett részt közösségi szenvedélybeteg-ellátásban, több mint felük számára az alkohol jelentette mentális problémájuk forrását, de jelentős arányban voltak közöttük polidroghasználók is (2014-es éves jelentés az EMCDDA számára). A szenvedélybetegeket hazánkban jelenleg járóbetegként, alacsony küszöbű ellátásban kezelik, vagy fekvőbeteg-ellátás keretében, ezek közül az előbbi a leggyakrabban igénybe vett forma.

Az alkoholbetegek kezelése többnyire négylépcsős, komplex terápiás programok segítségével történik. Ezek során biológiai (azaz gyógyszeres), pszichoterápiás kezelés és szocioterápiás módszerek kombinált alkalmazásával másfajta életre tanítják a betegeket (Zsákai, 2008). A bentlakásos intézmények védett környezetében elért változás valódi mércéje mindig a társadalomba való visszailleszkedés. Az alkoholbetegek személyiségvonásai, a környezeti hatások és az utókezelés gyakori hiánya miatt ugyanis magas a visszaesés aránya. Opiátfüggőség kezelésére a bevett orvosi szokás a metadonnal vagy buprenorfinnaloxonnal történő szubsztitúció, mely kezelést igénybe vevők száma az elmúlt években jelentősen nőtt (2014-es éves jelentés az EMCDDA számára).

A Nemzeti Drogellenes Stratégiának a 2013 és 2020 közötti időszakra megállapított célkitűzései között szerepel a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítése (2014-es éves jelentés az EMCDDA számára). Erre mutat a cikkben bemutatott perui Takiwasi Drogrehabilitációs Központ és Tradicionális Gyógymódok Kutatóintézet terápiás protokollja egy, a hazai orvosi szokásoktól alapjaiban eltérő alternatívát. Az eddigi tapasztalatok alapján a Takiwasi terápiás programja olyan mértékű személyiségátstrukturáló hatás elérésének lehetőségével kecsegtet, amely jelentősen megnöveli a betegek esélyét a hosszú távú absztinenciára.

A DALOK HÁZA REHABILITÁCIÓS PROGRAMJA

Limától 620 km-re, a perui őserdő hegyvidékes részén található egy különleges drogrehabilitációs központ, amely az elmúlt évtized során egyre növekvő hírnévre tett szert. A központ a Takiwasi, azaz a dalok háza kecsua nevet viseli, 1992-ben alapította egy francia származású orvos, *dr. Jacques Mabit* és perui felesége, *Rosa Giove*. A központban egy, a nyugati medicinától alapjaiban eltérő felfogású, pszichoterapeutákból és tradicionális amazóniai gyógyító sámánokból (*curandero*) álló terápiás csapat dolgozik kiemelkedő hatékonysággal függőbetegek gyógyításán.

Peru őserdei részén a törzsi sámánizmusból fennmaradt és a helyi mesztic lakosság körében legelterjedtebb tradíciót *vegetalismónak* hívják. Az őserdő

növényeit intelligenciával és tudattal felruházó tradícióban az európai attitűdtől eltérően a növényeknek nemcsak fiziológiai gyógyhatást tulajdonítanak, hanem érzelmet és spirituálisat is (A Takiwasi információk anyaga a diétáról, 2013). A helyi civil lakosságtól külsőre semmiben sem különböző *vegetalisták*, azaz a vegetalizmusban jártas orvoságoemberek néhány kiemelt növényt bölcs entitásként tisztelnek, és *doctores*nek, azaz tanítónak hívják őket (Luna, 1984).

A Takiwasi eddig közel 800 betegének életkori eloszlása 13 és 61 között mozog, többségük 20-as éveinek végén, 30-as éveinek elején vesz részt a programban. Nemzetiségüket tekintve a betegek túlnyomó többsége perui (68%) és francia (13%), de volt példa argentin, ecuadori, brazil, spanyol páciensekre is. A betegek problémás szerhasználata túlnyomórészt alkoholra (65%), marihuánára (53%), valamint a helyileg széles körben elterjedt kokainpasztára (43%) és kokainra (36%) terjed ki, kisebb százalékuk küzd gyógyszer- (8%), amfetamin- (8%) és heroinfüggéssel (6%), sokan közülük polidroghasználók (Horák, 2013).

A rehabilitációs program gerincét három, egymással kölcsönösen összefüggő pillér képezi: a pszichoterápia, a közösségi élet és a tanítónövényekkel való munka. Ez utóbbi részét képezik a méregtelenítést és tisztítást jelentő *purgák*, a heti rendszerességű ajahuaszka-szertartások és az őserdei izolációban töltött, *diétának* nevezett elvonulások. A bentlakásos betegek száma legfeljebb 15 lehet, ami segíti a csoportkohézió fenntartását. Erre nemcsak azért van szükség, hogy a tanítónövények által feltárt belső belátásokat a betegek azonnal a közösségi életben gyakorlatba ültethessék át, hanem azért is, mert a függőbetegeknek gyakran olyan személyiségzavaraik vannak (Verhaul, 2001), amelyek jelentősen gyengítik szociális képességeiket, vagy akár ellehetetlenítik társas életüket, és e védett közösség terepet ad ezen képességeik csiszolásának.

A 9 hónapos program első szakaszát a betegek fizikai rehabilitációja, detoxifikációja jelenti. Ez kényelmes izoláció, kizárólag purgatív növényekkel, gyógyszereket ugyanis a Takiwasi programjában már ebben a szakaszban sem használnak. Bár e kezdeti méregtelenítés sok szenvedéssel és nehézséggel jár (beöntések sora és több liter folyadék kihányása is részét képezi), akik kibírják, két hét elteltével fizikai elvonási tünetek nélkül lépnek be a központ közösségi életébe. A méregtelenítésen felül az izoláció lehetőséget nyújt a betegeknek, hogy megszilárdítsák motivációjukat a programban való részvételre.

A purgák rendszeresekek maradnak egészen az első diétáig, ami kb. a 3. hónap elején esedékes. Az első diéta több szempontból is vízváltó: a betegek ezután hívhatják fel először családtagjaikat, valamint ekkor kezdik a rehabilitációs programban áthelyezni a hangsúlyt a fizikai méregtelenítésről a betegek személyiségének átstrukturálására. E második szakaszban kulcsfontosságúvá válnak az ajahuaszka-szertartások. Helyes használat mellett ugyanis az ajahuaszka pszichointegratív hatása lehetővé teszi a személyiség különféle struktúráinak folyamatos, egyre adaptívabb újrendeződését (Freckska, 2011).

Az egyéni és csoportos pszichoterápiás ülések adnak lehetőséget a tanítónővényekkel való munka során szerzett pszichés belátások integrációjára és stabilizációjára, a betegek korábban elfojtott érzelmeinek feldolgozására, érzelmesszabályozásuk fejlesztésére. Amint a betegek újrastrukturált identitása már kellően erős hozzá, a terápiát kiterjesztik az egzisztenciális kérdésekre, valamint családi és szociális kapcsolataik átalakítására is. A pszichoterápia fókuszába ekkor a betegek hivatástudatának megtalálása és spirituális elköteleződése kerül, a takiwasisok meggyőződése szerint ugyanis ezek jelentik számukra a legstabilabb kapaszkodót a társadalomba való visszatérésük során (személyes beszélgetés a Takiwasi pszichoterapeutáival, 2013). Relapszuscsoportokban szembebesítik őket azokkal a nehézségekkel, amelyekkel vélhetően találkoznak majd, ha eredeti környezetükbe visszakerülve újra ki lesznek téve a drogok csábításának. Az utolsó két hónapban a betegek társadalmi reintegrációja kerül fókuszba, ekkortól kijárhatnak a központból, és munkát kell vállalniuk a városban. A rehabilitációs program lezárását követően a Takiwasi terápiás csapata még évekig követi betegeinek sorsát, a helyi betegek számára havi konzultációt biztosítva.

A Takiwasis elhagyó betegek 70%-a vagy a program sikeres befejezése miatt, vagy terapeutai engedéllyel 9 hónapnál előbb hagyja el a központot. A program összesített rehabilitációs rátája 54%, amelybe minden olyan személy beleszámít, aki legalább egy hónapot töltött a központban, és rendelkezésre állt az egyéves utánkövetés ideje alatt (www.takiwasi.org). Vélhetően ez a ráta a program teljes 9 hónapos időtartamát elvégzők körében még magasabb, sajnos azonban részletes hivatalos statisztika jelenleg nem áll rendelkezésre.

AJAHUASZKA ÉS ADDIKCIÓ

A Peruban, Brazíliában, Kolumbiában és Ecuadorban őshonos ajahuaszka két növény elegyének főzésével készül. Fő hatóanyagai a *Banisteriopsis caapi* nevű inda kérgében található β -karbolin-származékok, valamint az endogén hallucinogén N,N-dimetil-triptamin (DMT) alkaloidák, mely utóbbiakat főként a *Diplopterys cabrerana* vagy *Psychotria viridis* cserjék leveléből nyerik. A kecsua eredetű ajahuaszka szó leggyakoribb értelmezésében a „lélek indáját” jelenti. Neurológiai és pszichológiai hatásáról más összefoglaló közlemény ad részletes bemutatást (Bokor, Frecska, Csányi és Brys 2012); Frecska (2013) legújabb felvetése alapján elképzelhető, hogy DMT hatóanyagának fontos fiziológiai hatása van az emberi szervezetre.

Elsőre furcsának tűnhet, hogy egy drogrehabilitációs központ egyik legfontosabb eszköze egy, a nyugati világ által kábítószernek tartott, illegális szer. Az ajahuaszka használata azonban Peruban több ezer évre nyúlik vissza (Naranjo, 1986), amelynek során a bennszülöttek mindvégig szakramentumként és medicinaként tekintettek e főzetre. Az ajahuaszka elfogyasztása drámai tudatmó-

dosulást okoz: megváltozhatnak az átélő személy perceptuális folyamatai, kognitív funkciói, önmagáról és a világról alkotott elképzelései (Bokor és mtsai, 2012). Élénk látomások mellett erősen megnövekszik az önreflexiók készség, és belátások szülehetnek a maladaptív viselkedések háttérében húzóódó érzelmi és gondolkodási folyamatokról, elindítva ezzel az átélőt a változás felé (Loizaga-Velder, 2012). Az ajahuaszkalátomások többnyire koherensek, és mély, releváns jelentéssel bírnak az alany életére vonatkozóan. Gyakori a régi emlékek és traumák újraélése, ami lehetőséget ad a használónak, hogy e korábbi traumák során meg nem élt érzelmi töltetet lereagálja (abreakció), valamint asszimilálja disszociált tudattartalmakat. A szer kifejezetten ígéretesnek tűnik a különféle addikciók, valamint a poszttraumás stressz szindróma kezelésében (Nielson és Megler, 2014).

A Takiwasiban az ajahuaszka-szertartásokat heti rendszerességgel tartják éjszakánként a betegeknek, egy kör alapú, *malocának* hívott faépületben. A szertartás szigorú szabályokhoz van kötve. A betegeknek fehér ruhába öltözve, egyenes derékkal kell végigülniük az 5-6 órás rítust, még az ajahuaszkatól gyakori hasmenés esetén sem hagyhatják el engedély nélkül a maloca szakrális terét. A rítus elején az ajahuaszkat a szertartásvezető curanderók által kiadagolva, egyesével fogyasztják el a résztvevők, majd kezdetét veszi az *icarók*, azaz a tradicionális gyógyító dalok éneklése. A vegetalismo szerint az icarók a tanítónövények szellemeit idézik meg a szertartás idejére, ugyanis nem a curanderók, hanem a növényi szellemek gyógyítanak a rítus során (Callicott, 2013). Az icarók egyben iránytűként is szolgálnak a látomásokban: ha egy résztvevő rosszul érzi magát, vagy pszichés nehézségekkel kerül szembe, figyelmét az icaróra koncentrálni könnyebben átjut azokon. A szertartás során kétszer lehet újra ajahuaszkat inni, ennek feltétele, hogy az illető a saját lábán tudjon odamenni a szertartásvezetőhöz elfogyasztani az újabb adagot. Beszélni, énekelni, bárki máshoz hozzáérni, világosságot gyújtani vagy lefeküdni a rítus teljes ideje alatt szigorúan tilos. A szertartások második felében a curanderók egyéni gyógyításokat végeznek: füsttel, vízzel, gyökérdarabkával, egyéni icarókat énekelve a betegeknek. A szertartás végét fénygyújtás jelzi, másnap reggel egy csipet só elfogyasztása biztosítja, hogy az ajahuaszka hatása biztosan véget érjen. Külön érdekesség, hogy a Takiwasi ajahuaszka-szertartásain gyakran a központ keresztény lelkésze is részt vesz.

Az elmúlt évek alatt sokat változott az addikcióról alkotott tudományos kép. Mára már elterjedt vélemény, hogy a legtöbb esetben valamilyen korai trauma vagy érzelmi elhanyagolás és ebből kiinduló sajátos neurológiai és személyiségfejlődési pálya áll a patológia háttérében (Máté, 2012). A korábban uralkodó általános nézettel szemben, miszerint leszokni csak akaraterő kérdése, ma már nyilvánvaló, hogy a függőbetegeknek nagyon szűk a valódi választási tere, és bizonyos esetekben szinte elkerülhetetlen náluk valamilyen függőség kialakulása. Egyre gyakrabban hallani azt a véleményt is, miszerint a függőbetegek

számára a szerhasználat öngyógyító próbálkozás, amellyel kínzó belső ürességüket, jövőjük értelmetlenségének érzését vagy éppen súlyos önérzeti deficitjüket, kötődési nehézségeiket és régi traumák sebeiként hordozott fájdalmaikat próbálják kezelni (Máté, 2012), csillapítani.

A Takiwasi szakemberei az addikciót ezen öngyógyítási kísérlet részének tartott, „félresiklott” spirituális keresésként értelmezik (Mabit, 2002). A program során kulcsfontosságú, hogy a betegek személyes, élményszintű tapasztalást kapjanak személyiségük spirituális dimenziójáról. A Takiwasiban tehát nem csak a kábítószeres élmény elvételére törekednek, hanem adnak is helyette valamit: élményszintű, hiteles spirituális alapozást, amelyre építkezve a betegek konstruktív és veszélyektől mentes módon képesek választ találni belső keresésükre (Mabit, 2002). Hasonló spirituális hangsúlyt tapasztalhatunk az Anonim Alkoholisták 12 lépésében, itt azonban kérdéses, hogy képesek-e tagjaikat tapasztalati spirituális élményhez segíteni, vagy annak hiányában mekkora motiváció meríthető csak önmagukból a lépésekből.

Loizaga-Velder (2013) szerint az ajahuaszka esetében a függőséggel szembeni terápiás hatás legfontosabb összetevői testi, lélektani és transzperszonális hatásokként csoportosíthatók. Testi szinten a méregtelenítés, a sóvárgás csökkentése és a testtudatosság növekedése, lélektanilag a tagadás, elfojtás és egyéb énvédelmi mechanizmusok működésének gyengítése, az introspekció és önvizsgálat képességének fejlődése, a terápiás belátások, a katartikus érzelmi folyamatok, az interperszonális kapcsolatok javulása és új pszichés tartalékok felfedezése, míg transzperszonális szinten egy, az embernél nagyobb hatalom megtapasztalása, a spirituális megújulás, az élet értelmében való hit visszanyerése, az értékrend átalakulása és a belső nyugalom megtapasztalása a legfontosabb közvetlen hatások (Loizaga-Velder, 2013).

DIÉTA

Szintén fontos elemét képezi a 9 hónapos rehabilitációs programnak a diéta, amely szigorú őserdei izolációban történő, nyolcnapos introspektív munka egy vagy két, személyre szabott tanítónövénnyel. A Takiwasi a diétára vonatkozó megkötésekben is szigorú hagyományokat követ. A diétázó az elvonulás teljes ideje alatt nem érintkezhet másokkal, nem szólhat más emberhez, kivéve az őt felügyelő curanderót. Szigorúan tilos bármilyen illatanyag használata, beleértve a szappant, fogkrémet és szúnyogriasztót, valamint teljes szexuális absztinenciát és étkezési korlátozásokat kell betartani nemcsak a diéta ideje alatt, hanem az azt követő több héten át. A napi étel egy tál rizs vagy teljes koplalás, emellett reggel, délben és este a személyre szabott növényből készült kb. 2 deciliternyi főzet.

A diéta kezdetét megelőző napon az elvonulók részt vesznek egy szertartásos purgán a *yawar panga* növénnel (*Aristolochia didyma*), főzetének elfogyasz-

tását követően 5 liter meleg vizet kell meginniük és kihányniuk. A yawar pangáról úgy tartják, hogy minden szintet (testi, pszichés, spirituális) érintő, teljes méregtelenítő hatása van. Az ezt követő nap éjjelén ajahuaszka-szertartással kezdődik a nyolcnapos némaság.

A diéta során használt tanítónövényeknek a helyiek sajátos pszichés hatásokat tulajdonítanak: az *ajo sacha* (*Mansoa Stendlyi*) segíti a döntéshozatalt és a határozottságot, a *mucura* (*Petiveria alliacea*) erősíti a testet, és lelki védelmet nyújt, a *bubinzana* (*Calliandra angustifolia*) kiegyensúlyozza a hangulatingadozást, az *uchu sanango* (*Tabernaemontana sananho*) fejleszti az őszinteséget és a belső tartást, az *ushpawashasanango* (*Rauwolfia sp.*) „megnyitja a szív emlékezetét” (A Takiwasi információs anyaga a diétáról, 2013).

A diéta a méregtelenítés, a regeneráció, a stimuláció (álmok, látomások) és az introspekció időszaka, a szigorú szabályok mind ezen hatások kiteljesedését szolgálják. Pár nap koplalás után gyakori, hogy a diétázók érzékszervei kiélesednek, percepciójuk megváltozik: élesebben látnak, hallanak, és egyfajta visszatérést élnek meg a természetbe. Jegyzetelik gondolataikat, álmaikat, figyelik maguk körül a természeti környezetet. A diéta negyedik napján a növények hatását tovább fokozza a helyi, sötét tobaccóból (*Nicotiana rustica*) készült dohánylé elfogyasztása. A dohány az egyik legnagyobb tiszteletnek örvendő tanítónövény, sok tradíció hiedelme szerint az ajahuaszka anyja. Felerősíti a többi növény hatását (Jaime Torres, személyes beszélgetés 2013), míg a curanderók lélegzetével kevert füstje segíti a gyógyítást és spirituális protekciót bejuttatni a betegek testébe (Demange, 2002).

PSZICHOTERÁPIA A TAKIWASIBAN

A növényekkel való munka során felmerülő élményanyagot, történjen az diéta, álmok, vagy ajahuaszka-szertartás során, a betegek a pszichoterápiás ülések során dolgozzák fel és építik be a személyiségükbe. A nemzetközi, átlagosan 5-6 főből álló terápiás csapat megközelítését és eszköztárát tekintve erősen eklektikus: a művészetterápiás, mozgásterápiás, kognitív-viselkedésterápiás vagy analitikusan orientált technikák használata teljes mértékben a terapeutákra van bízva, akik úgy beszélnek magukról, mint a „növények asszisztensei”. Gyenge pontja a pszichoterápiás csapatnak a nagymértékű fluktuáció. Nagy a hangsúly a terápiás belátások mielőbbi implementációján, azaz gyakorlatba ültetésén is, aminek a közösségi élet adja a terepet.

A betegek minden délelőtt ergoterápiában (munkaterápia) vesznek részt, a konyhán vagy a kertben dolgoznak, ennek köszönhetően a központ csaknem önellátó. Az egyéni és csoportterápia délutánonként zajlik, a betegek átlagosan heti 2-3 egyéni és ugyanennyi csoportterápián vesznek részt. A terápiás munkát rítusok egészítik ki, mindegyik a terápiás folyamat meghatározott időpontjában

történik, és a beteg belső változásának folyamatát szimbolizálja. Ilyenek az átmeneti rítus, az elköteleződési rítus, a rítus a meg nem született gyermekért, a föld rítusa és a maszkok rítusa (Horák, 2013). Nyugatiak számára kétségkívül a föld rítusa a legmegdöbbentőbb, melynek során a betegek megássák saját „sírjukat” és egy vékony csövet a szájukba helyezve a központ gyógyítói betemetik őket. A szertartás célja, hogy felébressze a betegekben az élet iránti tiszteletet és szeretetet (Horák, 2013).

KONKLÚZIÓ

A Humphry Osmond által pszichedelikusnak elnevezett, azaz tudattágító és a tudat tartalmát megmutató szerek, mint az LSD, a pszilocibin, a meszkalin és a DMT addikcióval szembeni terápiás hatásai, ma úgy véljük, háromlépcsős, komplex folyamaton keresztül érvényesülnek (Bogenschutz és Pommy, 2012). A pszichedelikus szerek hatása elválaszthatatlan az azt magához vevő személy aktuális tudatállapotától (set) és a használat körülményeitől (setting). E tényezők kölcsönhatásától függően a pszichedelikumok első lépésben közvetlenül hatnak a szerotonin- és közvetve egyéb receptorokra (pl. glutamátreceptorok) (Bogenschutz és Pommy, 2012). Pszichés belátásokon és spirituális élményeken keresztül akut pszichológiai hatást fejtenek ki, amelyek második lépésben maradandó változást idéznek elő a beteg hangulatában, személyiségében, hiedelem- és értékrendszerében. Ennek következtében végül csökken a sóvárgása, növekszik a motivációja és önhatékonyága.

Működésének húsz éve alatt a Takiwasiban közel 800 beteg fordult meg. Túlnyomó többségük nem fejezi be a kilenc hónapos rehabilitációs programot, javarészt azonban a terapeuták engedélyével szakítják meg a programot, a terapeuták ajánlásának ellenében távozők aránya 15% (Horák, 2013). A betegek többsége már pár hónappal a program elkezdése után pozitívan nyilatkozik a megélt változásokról, az 54%-os sikerráta pedig önmagában figyelemfelkeltő.

A számok kétségkívül biztatóak, ugyanakkor a Takiwasi rehabilitációs programjának esetleges adaptációja jó néhány kérdést felvet. Az ajahuaszkaélménnyel dolgozó terapeuták körében általános vélemény, hogy az ajahuaszka – mint általában minden pszichedelikus – élmény terápiás hatása magán az élményen túl nagyrészt annak megfelelő utólagos integrációján múlik. Ez azonban az élmények rendkívüli intenzitása és szokatlansága miatt még gyakorlott szakemberek számára is kihívást jelent. Az integrációt tovább nehezíti a nyugatiak számára a kulturális és szociális kontextus hiánya (Szummer, 2015), valamint sokszor merülnek fel a hagyományos pszichológia keretein túlnyúló, világnézeti vagy vallási kérdések is, amelyekben a betegek eligazításra, támogatásra szorulnak. Jelenleg kevesen vannak világszerte, akik az ajahuaszkaélmények integrációs folyamatának specifikumait kutatják, célzott intervenciók kifejleszté-

sének reményében. A Takiwasi gyógyító felfogása és eszközei nyilvánvalóan távol állnak az európai kultúrától és a nálunk uralkodó orvosi paradigmától. Ugyanakkor a náluk megforduló európai és amerikai betegek legjobb példák arra, hogy e technikák adaptációja a nyugati elme számára ha kihívás is, de nem lehetetlen.

Brian Rush kanadai addiktológus, egyetemi tanár vezetésével folyik az Ayahuasca Treatment Outcome Project, amelynek keretében a latin-amerikai, ajahuaszkat alkalmazó drogrehabilitációs programok összesített hatáselemzését tervezik elvégezni. Vélhetően a projekt még tisztább képet fog adni az ajahuaszka és egyéb tradicionális amazóniai gyógymódok lehetséges felhasználásáról az addikció gyógyításában. Az eddigi tapasztalatok és a Takiwasiban történt tudományos terepmunkák eredményei mindenesetre azt mutatják, hogy érdemes figyelemmel kísérni e kutatásokat.

IRODALOMJEGYZÉK

- 2014-es éves jelentés az EMCDDA számára. <http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/#y2014>
- Bogenschutz, M.P., Pommy, J.M. (2012). Therapeutic mechanism of classic hallucinogens in the treatment of addictions: From indirect evidence to testable hypotheses. *Drug and Testing Analysis*, 4(7-8), 543-555.
- Bokor P., Frecska E., Csányi B., Brys, Z. (2012) Az ayahuasca terápiás lehetőségei és veszélyei. *Leges Artis Medicinae*, 22(8-9), 499-504.
- Callicott, C. (2013) Interspecies communication in the western Amazon: Music as a form of conversation between plants and people. *European Journal of Ecopsychology*, 4:32-43.
- Demange, F. (2002). *Amazonian Vegetalismo: A study of the healing power of chants in Tarapoto, Peru*. Unpublished M.A. thesis. University of East-West London.
- Frecska, E. (2011). The risks and potential benefits of ayahuasca use from a psychopharmacological perspective. In: Labate B, Jungaberle H. *The Internationalization of Ayahuasca* (pp. 151-166), Münster: LIT Verlag.
- Frecska, E., Szabo, A., Winkelman, M.J., Luna, L.E., McKenna, D.J. (2013). A possibly sigma-1 receptor mediated role of dimethyltryptamine in tissue protection, regeneration, and immunity, *Journal of Neural Transmission*, 120(9), 1295-1303.
- Horák, M. (2013). *The House of Song*. PhD dissertation. Brno: Mendel University in Brno.
- Loizaga-Velder, A. (2012). *Treating substance dependencies with psychoactives: A theoretical and qualitative empirical study on therapeutic uses of ayahuasca*. PhD dissertation. Heidelberg: Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Loizaga-Velder, A. (2013). A psychotherapeutic view on the therapeutic effects of ritual ayahuasca use in the treatment of addiction. *MAPS Bulletin Special Edition*, 36-40.
- Luna, L.E. (1984). The Concept of Plants as Teachers Among Four Mestizo Shamans of Iquitos, Northeastern Peru. *The Journal of Ethnopharmacology*, (11), 135-156.

- Mabit, J. (2002). Blending traditions – Using indigenous medicinal knowledge to treat drug addiction. *MAPS Bulletin 12(2)*, 25-32.
- Máté G. (2012.) *A sóvárgás démona*. Budapest: Libri.
- Naranjo, P. (1986). El ayahuasca in la arqueología ecuatoriana. *America Indígena*, (46), 117-128.
- Nielson, J.L., Megler, J. D. (2014). Ayahuasca as a Candidate Therapy for PTSD. In Labate, BC., Cavnar C. (Eds.). *The Therapeutic Use of Ayahuasca*. Berlin: Springer.
- Schenberg, E.E. (2013). Ayahuasca and cancer treatment. *SAGE Open Medicine*.
- Szummer Cs. (2015). *Pszichedelikumok és spiritualitás*. Budapest: L'Harmattan.
- Verhaul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders, *European Psychiatry*, 16(5), 274–282.
- Zsákai Sz. (2008). *Társas kapcsolathálók és alkoholizmus, Társadalmi támogatás szerepe az Anonim Alkoholisták felépülésében és visszaesésében*. PhD-értekezés. Budapest: Budapest Corvinus Egyetem.