

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Alexandr Denk

Psilocybin v paliativní péči

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Vlastimil Vohánka Ph.D.

2022

Prohlášení o samostatnosti zpracování kvalifikační práce

„Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.“

V Olomouci dne

.....

Alexandr Denk

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat zejména vedoucímu práce, Mgr. Vlastimilovi Vohánkovi, Ph.D., za spolupráci a ochotu. Dále děkuji všem, kteří se věnují psychedelickému výzkumu a z jejichž poznatků jsem mohl čerpat; rodině, za to, že mně tolerují studium; a v neposlední řadě pak všem houbám z rodu *Psilocybe*.

Obsah

7	
1	8
2	9
2.1	9
2.2	10
2.3	11
3	12
3.1	12
3.2	13
3.3	14
3.3.1	16
4	18
4.1	18
4.2	19
4.3	20
4.3.1	21
4.3.2	22
4.4	24
5	26
5.1	29
5.1.1	30
6	32
6.1	34
6.1.1	34

36

7 37

7.1 38

7.2 39

7.3 40

7.4 41

7.5 42

43

8 44

8.1 44

9 45

46

48

10 49

11 51

11.1 51

11.1.1 52

54

ÚVOD

Tato práce vznikla zejména za účelem otevření dialogu nad současnými dogmaty dotýkající se psychedelik, jmenovitě pak psilocybinu. Psilocybin, jako látka s velkým terapeutickým potenciálem, je v České republice stále ilegální. Považuji za dobré ptát se proč a zda tomu tak chceme i v budoucnu. V sociální práci má psilocybin velký potenciál právě v oblasti paliativní péče, kdy psychedelická zkušenost pomocí něho vyvolaná v propojení s psychoterapií může člověku pomoci odpovědět na základní existenciální otázky, a otevřít tak cestu k důstojnému odchodu.

Pokud je jeden z cílů sociální práce sociální změna, neměli bychom zůstat dogmatictí. Chápu, že psychedelika jsou v současnosti rozporuplné téma. Ale je tomu tak dobře? Je možné, že ano, ale neměli bychom tak prohlásit dříve, než téma důkladně prozkoumáme. A proto jej zde otevírám. Sám jsem přesvědčen, že psychedelická psychoterapie může pomoci se zvládnutím mnohých těžkých zkušeností na základě transformace jednotlivce. Je však tato transformace žádoucí?

Vzhledem k povaze tématu je práce vedena jako neempirická. Jedná se tak o rešerši odborné literatury. Poslední, závěrečná část, pak reprezentuje stanoviska a další návrhy na zkoumání, ke kterým jsem došel.

1 PŘEDSTAVENÍ TÉMATU

V paliativní péči se velice často můžeme setkat s lidmi, kteří těžce nesou svoji skutečnost, a mohou tak být vystaveni velké vnitřní bolesti. Koneckonců odchod z tohoto světa nás čeká všechny, ale jsme na něj připraveni? Vidina smrti je ze své podstaty pro život děsivá, přesto je jakýmsi ideálem odcházet z tohoto světa v klidu a důstojně. A právě s tímto by měla být paliativní péče nápomocná.

Právě psychedelická psychoterapie za užití psilocybinu může nabízet možnost vyrovnání se s těžkou skutečností, jako je právě vidina blížící se smrti.

Psychedelická psychoterapie je forma psychoterapie, jež je prohloubena psychedelickou zkušeností.

Psilocybin je psychoaktivní látka v přírodě obsažená zejména v houbách rodu *Psilocybe*, ale v současné době se dá vytvořit i synteticky. Její držení je pro většinu populace v ČR postaveno mimo zákon.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je péčí o umírající. Pro paliativní péči nebo pro paliativní léčbu není primární léčba onemocnění, ale péče o kvalitu lidského života. Doba potřeby paliativní péče může trvat několik dní až několik let. Ondřej Sláma, odborník na paliativní péči, tvrdí, že jejím základem by měl být holistický přístup k člověku, který bere na zřetel biologickou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi lidského bytí. Hlavním cílem paliativní péče není vyléčení z nemoci či prodloužení života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování lidské důstojnosti a podpora blízkých a umírajícího během odchodu. (Sláma 2012, Str.10)

Pro přiblížení můžeme použít následující definice:

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problému nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepších kvality života nemocných a jejich rodin. (Marková 2010, Str. 19 dle Vorlíček)

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. (Marková 2010, Str. 19 dle American Academy of Hospice and Palliative Medicine)

V předchozích dvou definicích se hovoří o lidech, o kterých víme, že jsou těsně před, blízko anebo přímo v terminálním stádiu života. Na co se však soustředí jen okrajově, jsou blízcí člověka v terminálním stádiu života. Proto ještě považuji za dobré připojit útržek z publikace WHO (Světová zdravotnická organizace). Ten zmiňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou, a tudíž je-li jim péče věnována odděleně nebo jedné části neposkytovaná vůbec, nejedná se o kvalitně odvedenou péči. (Marková 2010, Str. 19) (Svatošová 2011)

2.1 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči můžeme dělit na **obecnou** a **specializovanou**. Tato klasifikace vychází z dělení Výboru ministrů, jednoho z orgánů Rady Evropy, přičemž obecnou paliativní péči by měl být schopen poskytnout jakýkoliv zdravotník a jakékoliv zdravotnické zařízení. Oproti tomu specializovaná paliativní péče, která je interdisciplinární disciplínou, je poskytována

multidisciplinárním týmem odborníkům majících v této oblasti vzdělání a specializaci. (Dotýká se tak sociální práce.) Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch lidí, kde dynamika a intenzita problémů přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče. Specializovaná paliativní péče pak může mít různé formy podle místa a způsobu poskytování péče. (Sláma 2012, Str.10)

Specializovaná paliativní péče:

Lůžkový hospic je samostatně stojící lůžkové pobytové zařízení poskytující nepřetržitou péči o odcházejícího. V lůžkovém hospicu je péče poskytována především pacientům s omezenou očekávanou délkou života. Pobyt v lůžkovém hospicu tak bývá v řádu týdnů.

Lůžkové oddělení paliativní péče je obdobným konceptem jako lůžkový hospic, a to jen s tím rozdílem, že takové oddělení je součástí širšího zdravotnického komplexu.

Denní hospicové centrum můžeme též nazvat paliativní stacionář. Poskytuje komplexní paliativní služby klientům, kteří potřebují pouze denní zajištění péče a jsou většinou v nastavené péči ve stabilizovaném stavu.

Domácí hospicová péče/Specializovaná ambulance paliativní péče je zařízení mobilní specializované paliativní péče, též nazývané mobilní hospic. Podstatou této péče je to, že je poskytována v pacientově domácím prostředí. Specializovaný tým jezdí pravidelně navštěvovat a poskytovat péči k člověku domů. Tento koncept je v České republice relativně nový. Osobně ho považuji za jeden z nejvíce progresivních přístupů v paliativní péči, zejména s přihlédnutím na lidskou důstojnost a klid během odchodu. (Sláma 2012, Str.11)

2.2 MEDIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Rád bych se dotknul medikaci v paliativní péčím protože psilocybin je ve své podstatě také medikací. Paliativní medicínu v praxi obvykle řeší klinický farmaceut, který je v ideálním případě i členem multidisciplinárního spolupracujícího týmu. Medikace podávána v paliativní péči má za cíl zajistit pacientovi co nejlepší kvalitu života. V paliativní medikaci se řeší jen symptomy a syndromy, které jsou obvykle spojené s progresivním onemocněním či dalším přidruženým onemocněním, které člověk na prahu života může mít. Farmaka, která se k paliativní medicíně váží jsou: **opioidy, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, antikonvulziva, antiemetika a kortikoidy**. (Gregorová 2011, Str. 180)

Jak je vidět, medikaci podávanou v paliativní péči tvoří z velké části psychofarmaka a léky na tlášení bolesti. Zejména pak opioidy, antipsychotika a antidepresiva s sebou mohou nést velké množství nežádoucích vedlejších efektů a přidružených kontraefektů. Navíc ne vždy musí

přinášet kýžený efekt. Metaanalýza z roku 2018, která se zaměřovala na účinek SSRI a TCA antidepresiv u onkologicky nemocných pacientů, neprokázala rozdíl v účinnosti oproti placebo vůbec (Ostuzzi a kol. 2018).

Nakonec je také dobré zmínit, že kombinace antidepresiv s psilocybinem může zapříčinit nebezpečnou kontraindikaci, která vede k takzvanému serotoninovému syndromu (CZEPS 2022, Str. 1).

2.3 PÉČE O BLÍZKÉ

Vzhledem k tomu, že člověk na odchodu je z jistého úhlu pohledu jednou jednotkou spolu se svými blízkými, je třeba věnovat pozornost i tam. Každý jednotlivec má trochu jiné požadavky, přesto být na odchodu doprovázen svými blízkými by se dalo z jisté obecné roviny považovat za ideální stav.

Samotný doprovod umírajícího je silným prožitkem s transformačním potenciálem (blíže v kapitole 3.3 Zážitky sdílené smrti), obzvláště když odchází někdo blízký s kým tvoříme jistou sociální jednotu, protože tím odchází i kus nás.

Blízké okolí umírajícího je pak postaveno do situace, kdy musí nechat dotyčného umřít, což nemusí být snadné. Nežřidka se stává, že blízcí cítí povinnost udržet umírajícího na tomto světě co nejdéle. To nemusí být nutně špatně, na druhou stranu to ale může vytvořit prostředí, které samotný odchod tvoří náročnějším místo toho, aby bylo suportivní.

Z praktičtější roviny mám za to, že například útrpný pláč přivolává zpátky do těla, protože dotyčný se cítí svázan s lidmi, kterým jeho odchod přináší utrpení. Umírající se takto může dostat do situace, kdy ví, že musí odejít, ovšem vidí za sebou při odchodu utrpení místo smíření, což potencionálně může dělat celý proces odchodu složitější.

Kvalitní paliativní péče by pak měla zajistit v případě potřeby dostatečnou podporu i blízkým, aby byli důstojným doprovodem umírajícího a našly dostatečné smíření se situací. Nutné je podotknout, že umírání je procesem se silným nábojem, tudíž silné emoční prožití je na místě. Jen jde o to, jakým způsobem se tato silná transformační energie nasměruje, ideálně tak, aby její dopad byl co nejvíce v harmonii s Bohem a Božím dílem. (Kübler-Ross 2015)

3 SMRT A ZÁŽITKY BLÍZKÉ SMRTI

Smrt jakožto očekávaný cílový stav lidí v paliativní péči, ale v jiném kontextu i všech ostatních lidí, můžeme dělit na **biologickou** a **klinickou**. Biologickou, kdy dochází k zástavě dechu a cirkulace krve. Centrální nervová soustava je pak ireverzibilně (nezvratně) poškozena. Při klinické smrti také dochází k zástavě dechu a cirkulace. Centrální nervová soustava však zůstává stále nepoškozena. Jsou lidé, kteří byli včasnou resuscitací z klinické smrti zachráněni. Ze zážitků těchto lidí se můžeme zkusit domnívat, co lidské vědomí čeká po smrti. Tyto zážitky blízké smrti pak v některých případech mají obsahově jistý průnik s některými silnými psychedelickými zkušenostmi, obzvláště s DMT a 5-MeO-Dmt. (Jistý průnik můžeme také nalézat u různých meditačních praktik.)

3.1 CHÁPÁNÍ SMRTI

Kdo se narodí, ten také zemře. Smrt je tak přirozenou a nutnou součástí života. Přesto v sobě skrývá nutně neuchopitelnou hloubku, která pak může, někdy i musí, působit děsivě. Jedná se o moment, kdy vědomí natrvalo opouští hmotné tělo. A možná právě proto je pro vědomí, které se právě ve hmotě nalézá, tak těžko uchopitelná.

Ke smrti se pak nutně pojí otázka o tom, co se děje s lidským vědomím po odchodu z lidského těla. K odpovědi na tuto otázku jsem vytyčil dvě základní paradigmaty – **materialistické** a **spirituální**.

Materialistické paradigma pevně váže lidské bytí s tělem. S koncem těla tedy předpokládá i konec bytí a lidského vědomí.

Spirituální paradigma pak předpokládá nějakou další existenci bytí, která přesahuje hmotný svět, případně se do téhož bytí vrací a znovu rodí.

Spirituální paradigma má pak mnoho podob v návaznosti na spiritualitu daného jedince.

Ačkoliv je spiritualita do značné míry pro každého jedinečná, dají se v ní velice často pozorovat kolektivní religiózní fenomény. Proto bych zde rád zmínil chápání smrti podle některých vybraných světových náboženství.

Například v Bhagavadgítě, jedné ze základních hinduistických knih, se tvrdí, že podstatou duše je vědomí, které nepodléhá zkáze. Vědomí chápe jako kvalitu, která je narozená a nikdy neumírá. V Kabale, která se váže k Judaistické mystice, je náhled, že makrokosmos člověka (okolí) jen odráží jeho vlastní mikrokosmos (vnitřní stav). Duše si svoji nesmrtelnost zaslouhuje dobrými skutky, a v kosmické hře pak má možnost se převtělovat. V Tibetské knize mrtvých,

jejíž obsah se váže k některým větvím tibetského buddhismu a snaží se písemně zachytit mnohem starší původní ústní tradici, je sdělení, že smrt je procesem přechodu vědomí a taktéž příležitostí uvědomění si základní přirozenosti mysli, která je zvána rigpa. V mnohých křesťanských a islámských tradicích se pak smrt chápe jako odchod do jiného světa, již bez možnosti návratu zpátky do pozemského bytí. (Tylš a Surová 2020, Str. 60-61)

3.2 ZÁŽITKY SDÍLENÉ SMRTI (SDE)

Zážitky sdílené smrti (Shared death experience, SDE), jsou mimořádnými prožitky v blízkosti umírajících. Zajímavé na těchto prožitcích je zejména to, že tyto prožitky překračují hranice běžného vědomí. Dá se tak mluvit také o stavech rozšířeného vědomí, kdy lidské vědomí překračuje hranice času a prostou.

Osoba, která se nachází v blízkosti umírajícího či je s ní spojena silným poutem, může začít sdílet prožitky s umírajícím, nikoliv pouze na duchovní a spirituální úrovni, ale rovněž na úrovni smyslové nebo dokonce fyzické.

K těmto zážitkům dochází jednak ve fyzické blízkosti umírajícího, ale mohou se přenášet i na dálku. Často k nim dochází třeba ve snu. Můžeme tedy shrnout, že zážitky sdílené smrti jsou mimořádné transpersonální prožitky v blízkosti umírajících, přičemž se nemusí jednat jen o blízkost fyzickou.

SDE jdou také jistým způsobem interpretovat jako zážitky blízké smrti (NDE) bez přímého fyzického ohrožení. (Johnová 2013, Str. 14)

Zkoumáním tohoto jevu se zabýval Raymond Moody. Ve své knize *Doteky věčnosti* popsal prvky, které se během prožitků SDE opakovaně vyskytovaly, a dá se říct, že jsou pro tento fenomén charakteristické. Zážitek SDE tak může tato charakteristika přiblížit. Zároveň však platí, že každý takový zážitek je jistým způsobem jedinečný a v Moodyho výzkumu žádný zkoumaný zážitek nikdy neobsáhl celou charakteristiku. (Moody 2011, Str. 68)

Změna geometrie – Změnou geometrie je myšlen stav, kdy se jedinci začne rozpadat pevné vnímání fyzického prostoru. Prostor, ve kterém se nachází, tak může měnit tvary a pomyslné vzdálenosti. Ti, kteří se v průběhu SDE setkají s tímto prvkem, většinou dodávají, že se změnou tvarů místnosti přichází vln do jiné úrovně reality, prostorové i časové. (Moody 2011, Str. 71-73)

Mystické světlo – Lidé prožívající SDE často spatřují kolem umírajícího zářivé světlo a v některých případech i do tohoto světla mohou vstoupit. Toto světlo je popisované jako křišťálové, jasné, neoslepující, mystické, nadpozemské, jako čisté a jasné, nesoucí proud informací. (Moody 2011, Str. 73-77)

Hudba a zvuky – Hudba bývá většinou popisována jako překrásná a nadpozemská. Může doprovázet i vizuální vjemy a tvořit s nimi jednotu. Zpětně může být interpretována například jako mystický chrámový chór o tisíci notách tvořících jedinečnou harmonii, nádherná zvonkohra či zvuky harf. (Moody 2011, Str. 77-78)

Zážitek pobytu mimo tělo – Tento fenomén je též často označován jako mimotělné vnímání, anglicky pak *out of body experience* (OBE). Osoba, zažívající tento stav, má prožitek toho, že se ocitla mimo své tělo. Často ho může i s okolím, ve kterém se tělo nachází, pozorovat. Není však v něm. (Moody 2011, Str. 78-81)

Spoluprožití zpětného pohledu – Tak jak je u lidí s prožitkem blízkým smrti časté, že se jim zpětně promítne jejich život, tak u lidí prožívajících sdílený zážitek smrti může nastat to, že prožijí vzpomínky svého blízkého. Jednak se může jednat o společné prožitky, ale mohou to být i zážitky, které se dotýkaly jen umírajícího a člověk zažívající SDE o nich do té doby nevěděl. (Moody 2011, Str. 81-86)

Vstoupení do nadpozemské říše – Někdy se může stát, že člověk zažívající SDE doprovází zemřelého do nějaké nebeské krajiny či města. V této krajině pak obvykle dojdou do bodu, za který už doprovázející nesmí a pokračuje jen zemřelý. Tento bod může znázorňovat řeka, most, rostlina, gesto. (Moody 2011, Str. 86-88) V mytologiích a šamanských cestách se často hovoří o duhovém mostu.

Mlžný opar – Někteří lidé, kteří byli přítomni u lůžka zemřelého, uvádí, že v moment úmrtí uviděli, jak se z těla zvedá mlžný opar, který v některých případech kopíroval obrys těla anebo měl také silný energetický náboj. Obvykle se rychle zvedne vzhůru a zmizí. (Moody 2011, Str. 89-91)

3.3 ZÁŽITKY BLÍZKÉ SMRTI (NDE)

Jedná se o zážitky, které jsou spojeny s extrémním ohrožením života a stavem, kdy lidé byli na prahu smrti. Často se pro tento fenomén užívá anglické označení *Near-Death Experience* zkráceně NDE.

Zážitky blízké smrti jsou pod různými názvy známy napříč kulturami od nepaměti. V evropském vědeckém prostředí byl tento fenomén poprvé uchopen Albertem Heimem, který v

roce 1882 vydal knihu *Notizen über den Tod durch absturz*, ve které sesbíral výpovědi horolezců, vojáků, dělníků, plavců a účastníků nehod, kteří prožili zážitek blízký smrti. (Krajča 2007, Str. 18)

V případech klinické smrti fyzického těla, kdy dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti, ve kterých byla tato činnost obnovena včasnou resuscitací, si podle výzkumu odnáší přibližně 20% lidí hluboký psychospirituální zážitek. (Zbylé procento, tedy většina, si nic nepamatuje.) (Kupka 2008, Str. 30)

Definici zážitků blízko smrti nabízí například Greyson: „*NDE jsou hluboké psychické zážitky s transcendentálními a mystickými prvky, které se typicky dějí osobám blízko smrti nebo v situacích intenzivního fyzického nebo emocionálního nebezpečí. Tyto prvky zahrnují nesmírnost, dojem, že prožitá zkušenost transformuje osobní ego a zážitek jednoty s bohem nebo s vyšším principem.*“ (Krajča 2007, Str. 18 dle Greyson)

Zážitky blízko smrti mají kupodivu spíše pozitivní charakter. Výzkumy z devadesátých let říkají, že negativní prožitek NDE mělo z výzkumného vzorku přibližně jen 7% lidí. (Kupka 2008, Str. 30)

Zážitky po prožití NDE nejsou vždy totožné a patrně se v nich vždy odráží individuální charakter a prožívání jednotlivce. Tudíž můžeme tvrdit, že každá taková zkušenost je do jisté míry jedinečná. Přesto jsou jisté prvky, které se v těchto zážitcích opakují. Opakující se prvky u lidí, u kterých byla konstatována klinická smrt a následně došlo k oživení, jdou podle Raymonda Moodyho, který se tímto fenoménem zabýval, rozdělit do základních 14 kategorií. Ty jsou následující:

Obtížnost až nemožnost popsání zážitku

Zaslechnutí výroku konstatující smrt – Součástí tohoto prožitku je i vnímání léčebných zákroků. Jejich reálnost je možno ex post identifikovat z dokumentace nebo explorační zdravotního personálu.

Pocity míru a klidu – Nejčastěji bývají popisovány jako harmonie, lehkost, blaho, rozplynutí.

Vnímání různých zvuků – Zvuky se mohou vyskytovat příjemné, ale i nepříjemné, přičemž nepříjemné pravděpodobně převládají (hučení, vytí, praskání, víření). Zároveň se může jednat, podobně jako u fenoménu SDE, o příjemné nadpozemské zvuky.

Cesta tunelem – Tento prvek se týká vtažení do tmavého úzkého prostoru (komín, soutěska, roura). Jindy přechod mostu, louky apod. Dostávají se pocity padání, rotace, propadání se.

Opouštění vlastního těla - (out of body experience) Umírající se stává divákem, jenž nezúčastněně pozoruje své tělo. Přitom má pocity lehkosti, odhmotnění. Někdy je toto stádium také samostatně popisováno jako „Lazarův syndrom“.

Setkání se s dříve zemřelými – přáteli, příbuznými. Umírající je jimi jakoby očekáván a vnímá je jako své průvodce.

Fenomén světla – Tento prvek patří k nejsilnějším zážitkům. Umírající se setkává s bílým světlem, s nímž je možno „telepaticky“ komunikovat.

Panoramatický přehled – Panoramatický přehled dosavadního života od dětství až po současnost. Stav kdy se promítají zážitky z minulosti.

Hranice nebo předěl – Člověk vnímá bránu, plot, hranici a tuší, že její překročení znamená nemožnost návratu.

Návrat – Obvykle se děje stejnou cestou, tedy pádem tunelem. Bývá spojen s příkazem „vyšší moci“. Provází ho pocit stesku. Ve většině případů se člověk ovšem probere až ve vlastním těle, bez vzpomínek na návrat.

Zábrany ve sdělování zážitku – Lidé se obávají, že budou považováni za šílené, že je lepší zážitek držet v tajnosti. Většinou také chybí slova a verbální možnosti k vyjádření toho, co bylo obsahem zážitku.

Vliv zážitku na další život – Objevují se pocity vnitřního obohacení, sklon k přemýšlivosti, zájem o spiritualitu a filosofii, potřeba studovat, změna dosavadního hodnotového schématu.

Nový náhled na smrt – Mizí strach ze smrti, bývá považována za začátek jiné existence. (Kupka 2008, Str. 33 dle Moody)

3.3.1 PODOBNOST S PSYCHEDELICKOU ZKUŠENOSTÍ U SDE A NDE

Je zajímavé, že některé z aspektů, které se váží k prožitku NDE a SDE se též objevují v některých prožitcích psychedelických zkušeností.

V souvislosti s psychedelickou zkušeností se často hovoří o jevu, který je nezván smrtí ega. (Jestliže ego chápeme jako tu část lidské podstaty, která nás odděluje od ostatních a vytváří chápání binárního světa – Já a okolí.) Tento stav se nutně nemusí dostavit s každou psychedelickou zkušeností, záleží na druhu, setu, settingu, a pak hlavně na množství užití substance. Přičemž tyto stavy obvykle přichází až s vyššími dávkami psychedelik.

Jevy, které se váží k NDE, SDE a silným psychedelickým zkušenostem jsou například zážitky mimotělního vnímání (out of body experience), pocit průchodu tunelem – jevu průchodu tmavým místem, kterému často předchází zvonivý nebo bzučivý zvuk. Dále pak měněné vnímání času, změněné vnímání geometrie prostoru, komunikace se světelnými bytostmi. Také

se může vyskytovat změnění žebříčku hodnot. A též často dochází k jistému pochopení smrti. (Grus 2010, Str. 36-37)

I přesto, že zážitky NDE a SDE mohou mít obsahový průsečík s psychedelickou zkušeností, rozhodně nejsou tím samým. NDE a SDE jsou přirozeným jevem, který může doplňovat jistou lidskou zkušenost dotýkající se smrti a obyčejně nabízí i jisté rozřešení. Zatímco stavy vyvolané psychedeliky jsou stavy vyvolané záměrně, „uměle“, za užití látek měnících vědomí. Tudíž bych nerad mezi tyto stavy stavěl rovnítko. Ovšem může z nich plynout obdobné poznání, proto správně implementovaný psychedelický zážitek může mít na lidskou psychiku obdobný vliv jako tyto přirozené zkušenosti. Psychedelická zkušenost pak nabízí jisté řešení, když přirozeně nabyté zkušenosti tohoto typu chybí. (Leary 1999)

4 PSILOCYBIN

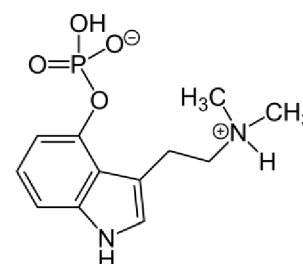
Psilocybin (4-PO-DMT) je alkaloid ze skupiny tryptaminů mající po požití a metabolizování na psilocin (4-HO-DMT) psychedelický účinek. V přírodě je obsažený zejména v houbách rodu *psilocybe* (lysohlávka), *panaeolus* (kropenatec) nebo *gymnopilus* (šupinovka). Nejpočetnější jsou houby z rodu *psilocybe*. (Kobrllová 2016, Str. 10-15)

Možnost, jak psilocybin získat, je buďto právě z těchto hub (Kobrllová 2016, Str. 10-15) anebo umělou syntézou. Právě syntetický psilocybin se nejčastěji užívá v medicíně. (U nás v současnosti stále jen experimentálně, a to jednak kvůli přísným předpisům vztahujících se na farmaceutické látky. Ze strany legislativy jsou přírodní látky užívané jako léky čím dále více přísněji kontrolovány a omezovány – například nařízením Evropského parlamentu a Rady Evropského společenství (ES) č.1924/2006. Dá se teoreticky předpokládat, že to je kvůli vlivu silného lobby ze strany farmaceutického průmyslu.)

Prioritizace používání právě syntetického psilocybinu je možné vnímat z praktických důvodů jako je například jeho dávkování, které je oproti psilocybinu obsaženého v houbách přesnější. Obsah účinné látky není totiž ve všech houbách konzistentně stejný. Rozptýl se pohybuje okolo jednotek procent (pokud bereme v potaz hmotnost celé houby). (Houbit 2022, Str. 9) Přesto při pěstování v kontrolovaných podmínkách se dá dosáhnout relativně stabilních hodnot.

Syntetický psilocybin je také jednodušší strávit v lidském organismu, protože člověk nemusí trávit celou houbu, která sama o sobě bývá hůře stravitelná. Konzumace těchto hub pak zejména ve vyšších dávkách může vytvářet přirozenou nevolnost. (Z toho důvodu se houby s obsahem psilocybinu konzumují nejčastěji ve formě sušiny nebo „čaje“, což potencionální výskyt případné nevolnosti mírní.)

Ovšem je potřeba zmínit námitku, že syntetický psilocybin postrádá duši původní houby. Což je zatím námitka čistě na spirituální, možná animistické úrovni, protože zatím nebyly prokázány rozdíly v účinku syntetického psilocybinu a psilocybinu přirozeně se vyskytujícímu v houbách na lidský organismus (blíže v kapitole 6.1.1 Komunikace s duší rostlin).



Psilocybin

4.1 LEGISLATIVA

Držení této látky je v ČR pro většinu populace ilegální. Její držení podléhá § 284 trestního zákoníku.

Samotná látka podléhá zákonu číslo 167/1998 Sb. o návykových látkách, § 39.

4.2 RIZIKO ZÁVISLOSTI A TOXICITA

Riziko závislosti na psilocybinu je poměrně malé kvůli poměrně dlouhé toleranci, kterou si na tuto látku tělo po užití vytváří. Takže je těžké vytvořit si na tuto látku návyk. Taktéž účinky psilocybinu na lidskou psychiku jsou takové, že u nich není příliš velký závislostní potenciál. Fyzickou závislost by pak psilocybin vyvolávat neměl.

Akutní toxicita psilocybinu je poměrně nízká, orální LD50 (letal dose; dávka, po které uhyne 50 ze 100 pokusných zvířat) u krys je 280 mg/kg. Jedná se například o přibližně poloviční toxicitu v porovnání s kofeinem. Při intravenózním podání králíkům je LD50 asi 12,5 mg/kg. (NLM)

Z toho plyne, že psilocybin není považován za pro lidský organismus toxickou látku.

Jeden z odhadů smrtelné dávky psilocybinu pro člověka, který vychází právě z přepočtu toxické dávky pro zvířata (potkani), hovoří přibližně o 1,85 gramech psilocybinu. (Reagan-Shaw a kol.) Druhý odhad pak o přibližně 6 gramech (Gable 2004, Str. 686–693). Rozptyl těchto odhadů je poměrně velký, ovšem vzhledem k tomu, že psilocybin se běžně konzumuje a je účinný v řádech jednotek až desítek miligramů, s tím že za silnou dávku se dá považovat množství nad hranici 25 mg, dává nám to jistou představu.

Smrtelná otrava lysohlávkami (tj. houbami s obsahem psilocybinu, které se běžně konzumují v nekontrolovaném prostředí) nebyla dosud v literatuře patrně zaznamenána. (Houbit 2022, Str. 10)

4.3 ÚČINKY PSILOCYBINU NA ČLOVĚKA

Psychedelický účinek psilocybinu obvykle nastupuje od 15 do 60 minut. (CZEPS 2022, Str. 1). Doba nástupu účinku závisí na způsobu a formě podání látky.

Delší doba nástupu souvisí hlavně s intoxikací, která probíhá skrz perorální užití čerstvých hub. Po nástupu účinku dochází k intoxikaci organismu psilocinem, který vzniká přeměnou z psilocybinu. (Psychoaktivní vlastnosti spojené s psilocybinem jsou tedy reálné účinky psilocinu. Ovšem ten je v běžných podmínkách proměnně nestálý a rychle se rozpadá.) (Houbit 2022, Str. 8)

Za slabou dávku se dá považovat 3-10 mg čistého psilocybinu, za střední pak 10-25 mg, silná dávka se pohybuje někde okolo 25 mg čistého psilocybinu a výš. (CZEPS 2022, Str.1.) Síla účinku dávky pak také záleží na individuálních proměnných u každého jednotlivce jako je hmotnost, psychické predispozice, ale i momentální set a setting.

Samotný psychedelický zážitek se skládá z několika spolu provázaných úseků (vln).

Nejprve se projevují změny ve vnímání okolí a vlastního těla. Zpočátku se projevují somatické účinky – například pocení, nevolnost, chlad, teplo, vnitřní třes. K tomu se připojují mírné zrakové halucinace, jako jsou vlnění předmětů v okolí, zesílené vnímání barev, světelné záblesky. Stav osciluje ve vlnách – střídají se momenty normálního vnímání světa spolu se stavy změněného vědomí. (Tylš a kol. 2020, Str. 33 dle Pokorný) Stav postupně graduje a maxima dosáhne přibližně kolem 80. – 105. minuty od užití. V této době je také dosaženo maximální koncentrace látky v krvi. Při dostatečně velké dávce stav vygraduje (tzv. *psychedelic peak experience*). Tento stav přetrvává často až dvě hodiny, což je výrazně déle než hladina maxima látky v krvi. Poté postupně odeznívá přibližně do šesti hodin od užití. Doba trvání je proměnná a promítá se do ní individuální variabilita. (Tylš a kol. 2020, Str. 33-34)

Peak experience je právě tou částí psychedelické zkušenosti, kdy se prolomí bariéry a naše vědomí je zaplaveno nevědomými obsahy a emocemi. (Tylš a kol. 2020, Str. 33-34)

Samotná doba trvání je tedy okolo 6 hodin. Po užití v těle vzniká tolerance, která má klesající charakter, a drží se přibližně po dobu jednoho týdne. Tudíž pracujeme-li s opakovaným užitím psilocybinu, je třeba pro správnou funkčnost udržet aspoň týdenní rozestup nebo úměrně navyšovat dávky s menším časovým rozestupem – například tři dny. Navyšování dávek a častější užití považuji za prakticky vhodné jen u *microdosingu* (blíže v kapitole 5. Psychedeliky asistovaná psychoterapie). Naopak zastávám názor, že je lepší delší časové rozmezí mezi opakovaným užitím psilocybinu. Každá psychedelická zkušenost potřebuje dostatek času na integraci a její zpracování.

Po pomnutí farmakologických účinků psilocybinu lze i nadále vysledovat dlouhodobější změny psychického stavu, které přetrvávají v řádu dní až týdnů po užití – například zlepšení nálady, zvýšený přísun energie, oprostění se od úzkostných pocitů a pocitů viny z minulosti, zvýšená potřeba navazování vztahů a jejich empatictější prožívání. Tomuto fenoménu se říká *psychedelic afterglow effect*. Předpokládá se, že právě v tomto období je zvýšená účinnost psychoterapie.

(Tylš a kol. 2020, Str. 34)

4.3.1 PSYCHOLOGICKÉ TEORIE

Psychoanalyticky orientované teorie hovoří o tom, že psychedelické látky akutně otevírají cestu do nevědomí a zprostředkovávají jinak lidskému vědomí nepřístupné informace. Může se tak jednat i o vzpomínky na dávno prožité významné události, osoby či vytěsněné obsahy. (Bravermanová a kol. 2021, Str. 35) Transpersonální teorie lidského vědomí pak toto tvrzení posouvá ještě o stupeň dál a tvrdí, že díky vyplavování nevědomého obsahu si může člověk vzpomenout i na zážitky, u kterých chybí nějaká přímá návaznost na člověka tuto zkušenost zakoušející, a dochází tak ke sjednocení s veškerenstvím. (Nutno podotknout, že transpersonální psychologie vznikla právě na základě psychedelických zkušeností.)

Můžeme také mluvit o takzvaném stavu rozšířeného vědomí, který se někdy popisuje též jako oceánská bezbřehost. Setkal jsem se také s pojmem vertikální vědomí, který se snažil popsat zážitek rozplynutí se do prostoru ve vertikále. Samotný zážitek si můžeme představit tak, že jsou narušeny pevné hranice mezi egem a nevědomím. Vliv ega, jakožto vnímání oddělenosti od okolí je tlumen, vzniklý prostor je pak nahrazen obsahy z nevědomí. Stírá se rozdíl mezi pozorovatelem a pozorovaným.

Zajímavým fenoménem, ke kterému může po odeznění psychedelického efektu dojít, je takzvaná inflace ega. Je to stav, kdy si ego, které znovu nabírá svoji celistvost, snaží přivlastnit to, co se stalo během toho, kdy bylo oslabeno, a staví na tom pocit svojí výjimečnosti. V tomto případě je třeba dát pozor, aby se ego nenavrátilo ve větší síle, než bylo před zkušeností.

Zde přidám několik ilustrativních výpovědí a pokusím se na nich přiblížit mechanismus účinku. (Výpovědi pochází z mnou vedeného průzkumu a jsou z pochopitelných důvodů anonymizované. Také jsem kvůli demonstraci vybral zážitky, které jsou svým obsahem hodně jasné. Praktická zkušenost nemusí být vždy takhle zřetelně konkrétní. Jedná se o zážitky s psilocybinem, vyjma prvního, který je s LSD): „*Zdalo se mně, že lidé kolem mě dělají přesně to, na co pomyslím.*“ Taková zkušenost pak lze v běžném stavu, po navrácení ega v jeho plném

rozsahu, interpretovat jako: „Ovládal jsem okolí myšlenkou“. Při nezdravé inflaci ega by pak člověk mohl nabýt dojmu vlastní nadřazenosti.

Další zkušenosti z uzření nevědomých obsahů je například: „Zakoušl jsem se do pupene stromu a napojil jsem se na něj. Vnímám jsem, jak strom komunikuje s ostatními stromy a s universem, v tu chvíli jsem byl napojen do celého toho systému.“ Podobný fenomén propadu do nevědomí a napojení na přírodu mně byl popisován i v jiném zážitku někým jiným. „Seděla jsem na louce a dívala se na stromy, vizuálně jsem viděla, jak si spolu povídají a přenášejí informace z korun.“ Ale časté jsou i zážitky typu: „Cítil jsem napojení na bílé zářící světlo přicházející z vrchu a mohl jsem s ním komunikovat. Dostával jsem odpovědi na svoje otázky. V tu chvíli jsem byl přesvědčen o tom, že se musím vypravit od Izraele.“

4.3.2 TEORIE O BIOLOGICKÉM ZÁKLADU

Pro doplnění perspektivy nabízím teorii, která je založená na pozorování mozkové aktivity, a tudíž na měřitelných veličinách. Tím je například teorie entropického mozku.

Entropie je veličina, která měří míru neuspořádanosti systému. Je to tedy jakýsi ukazatel „chaosu v systému“. Měřením entropie se dozvídáme, kolik je v systému náhody. Tím pádem zjišťujeme, i jak dobře dokážeme předpovídat jeho další chování. V kontextu, v jakém se aplikuje entropická teorie na mozek je důležité zmínit i pojem *samoorganizované kritičnosti*. Tento fenomén poukazuje na to, jak se komplexní systém chová, když je vyveden z rovnovážného stavu (například příjmem energie), a jaké vlastnosti při tom má – například počet metastabilních stavů (stavy, jež jsou stabilní po určitou dobu), maximální citlivost na odchylky nebo zvýšená tendence ke vzniku lavinových procesů.

Pro příklad uvádí Nikola Jajcay v knize *Fenomén psychedelie* hromadu písku s příkrou stěnou. Tato hromada reprezentuje systém. Hromada se nachází těsně před kritickým bodem (je subkritická). Na vrchol této hromady přidáme několik zrníček písku. Tím se systém dostane do kritického stavu a vzniká lavina, která nelineárně postupuje dolů. V tomto stavu existuje mnoho různých metastabilních stavů, tudíž se těžko předpovídá, který z nich nastane. Zároveň je však systém citlivý na odchylku. Když přidáme ještě dalších pár zrníček písku, celý systém se může zásadně změnit a vznikne velký lineární lavinový proces. To by byl vysoce entropický stav.

Současné neurozobrazovací pozorování s psilocybinem pak ukazují, že mozek v psychedelickém stavu vykazuje vysokou míru entropie.

Další myšlenka, která se k této teorii váže, je, že mozek člověka je schopen, na rozdíl od jeho evolučně nejbližších příbuzných, potlačit entropii a přirozeně být ve stavu těsně před kritickým momentem, který se vyznačuje konkrétními kognitivními funkcemi.

Z neurozobrazovacích dat se ukazuje, že psychedelický stav, jakožto neobyčejný stav vědomí, ovlivňuje jednu z nejdůležitějších mozkových sítí, tzv. *Klidovou síť mozku* (DMN). Tato síť je aktivní během metakognitivních úloh jako je sebereflexe nebo mentální cestování v čase. (Předpokládá se, že obě tyto funkce jsou vlastní jen lidem.)

Entropická teorie vědomí pak pracuje s ideou, že jisté stavy vědomí zosobňují tzv. *primární stavy vědomí*. Jsou to stavy jako snění během spánku, akutní psychóza, ale i právě psychedelický stav. Sekundární stav vědomí je bdělý stav. Mezi těmito stavy umí mozek přecházet právě díky fázovému přechodu ke kritickému stavu. Právě díky sekundárnímu stavu vědomí jsme schopni reflektovat vlastní chování a myšlení. (Tylš a Jajcay 2020, Str. 37-40)

4.4 HISTORIE ÚŽÍVÁNÍ HUB S OBSAHEM PSILOCYBINU V EVROPĚ

Psychedelické účinky hub s obsahem psilocybinu jsou lidstvu jako celku patrně známy přinejmenším několik tisíc let. Z dob 5000 let před Kristem byly dochovány malby zobrazující postavy pokryté houbami. Tyto malby byly nalezeny v oblasti Talissi v severním Alžírsku. (Což může něco znamenat v kontextu psilocybinových hub, ale nutně nemusí.) Je možné se domnívat, že houby s obsahem psilocybinu v minulosti byly užívány napříč skoro celou planetou zemí, protože minimálně v současnosti je jejich výskyt poměrně hustý, a to i skrz různá klimatická podnebí.

Přesto západní „moderní“ společnost s nimi přišla oficiálně do kontaktu až po objevení Ameriky, kde zejména ve střední Americe, ale i v jižních oblastech sahajícím až k dnešnímu Chile, domorodci tyto houby rituálně užívali. (Tylš a Vejmola 2020, Str. 16) Psychedelické houby s obsahem psilocybinu patrně sloužily domorodým kulturám k navození spirituálních zážitků (kontakt s bohy) a k duchovnímu rozvoji jedince. (Ball 2009 Str. 15)

Reálné znovuobjevení psilocybinu pro evropskou společnost (aspoň to oficiální) však patrně proběhlo až někdy na přelomu 19.-20. století, kdy roku 1956 Robert G. Wassom dovezl psychoaktivní houby z Ameriky do Evropy, aby z nich zde pak Albert Hofmann izoloval psilocybin. Zajímavé na tom je, že houby s obsahem psilocybinu rostou skoro v celé Evropě, přesto s nimi přišli Evropané do kontaktu až po dovezení z Amerického kontinentu.

Pokud ale vezmeme v potaz fakt, že houby s obsahem psilocybinu jsou v současnosti ve většině evropských zemí ilegální záležitostí, a přesto existuje široká undergroundová komunita lidí tyto houby užívajících, je možné, že v rámci lidového evropského léčitelství byly houby s obsahem psilocybinu využívány na území Střední a Západní Evropy i předtím, než byla oficiálně zdokumentovaná jejich existence.

Hypotetická kultura, která by kolem těchto hub v historii byla, by pak pravděpodobně fungovala podobně skrytě jako v současnosti. Do kontextu bych doplnil, že veškeré animistické tradice, ke kterým se tyto látky a způsob jejich užití obvykle váží, byly v historii v Evropě tvrdě potlačovány jakožto pohanské, čarodějnické a heretické aktivity.

Ovšem toto tvrzení je pouze na bázi hypotézy, k jejímuž rozřešení bychom museli zkoumat prameny evropského lidového léčitelství, čarodějnictví a animismu.

Za zmínku pak ještě stojí Elusiánská mystéria, která byla slavena v řecké Eleusině nedaleko Athén od roku 1500 p. n. l. téměř po dva tisíce let. Každý rok se konala Malá mystéria a každých pět let Velká mystéria (Eliade 2008, Str. 273). Na Velkém mystériu, které trvalo deset dní, se podával nápoj kykeon (Ševčík, 2008). Složení tohoto nápoje nám není známé, protože se do

současnosti nedochovaly žádné rostlinné zbytky nebo písemné důkazy, které by vypovídaly o tom, jaké látky byly během mystérií požívány (Letcher, 2007, s. 36). Podle písemných záznamů výpovědí účastníků mystérií lze vyvodit psychoaktivní účinky podávaného nápoje. Takže je možné, že v nápoji byl obsažen psilocybin, jakožto relativně snadno dostupné přírodní psychedelikum. Ovšem ve většině historických hypotéz se spíše předpokládá, že nápoj obsahoval námel *Claviceps purpurea*. Tento námel obsahuje přírodní alkaloid, který má podobnou strukturu a účinky jako LSD (Lee, 2010). Samotné LSD se pak syntetizuje právě z této parazitní houby rostoucí na obilí. (Námel jako takový je však jedovatý!).

V současnosti se houby s obsahem psilocybinu užívají po celém světě, ale jak již bylo zmíněno výše, ve velké části „civilizovaného“ světa se jedná o látky, jejichž držení a konzumace je ilegální nebo jinak zákoně upravena. Velký vliv na tento stav má současná drogová politika OSN, která je z velké části ovlivněná děním z 60. let minulého století v USA, kdy docházelo k hojné konzumaci LSD a lidé po zkušenosti s touto látkou měli tendence přehodnocovat své životní postoje, cíle a směr. To vláda USA vyhodnotila jako negativní jev. Všechny psychedelika pak zařadila na seznam tzv. zakázaných substancí (Tylš a Vejmolá 2020, Str. 17). K hodnocení současného stavu souzním se slovy Evy Césarové, která v roce 2016 na veřejné schůzi OSN v New Yorku řekla, že úmluvy OSN jsou zastaralé, že jsou jako pandořina skříňka, kterou se všichni bojí otevřít, a že je třeba si uvědomit, že jsou z doby, kdy potraty byly zakázané a homosexualita byla nemoc.

Je třeba ale podotknout, že i přes nadále odmítavý postoj OSN, která psychedelika řadí do skupiny drog stejné jako třeba opiáty, dochází k rozvolňování drogové, a tudíž i té psychedelické, politiky na rovinách jednotlivých států nezávisle na usnesení OSN. V některých státech se jedná o rozvolňování tvrdých protidrogových zákonů, v jiných o překvalifikování psilocybinu, jako látky s možným lékařským využitím. Například v Kanadě je již legální psilocybin podávat v rámci paliativní péče.

5 PSYCHEDELIKY ASISTOVANÁ PSYCHOTERAPIE

Psychedeliky asistovaná psychoterapie je formu léčby, při níž jsou během terapeutického léčebného procesu využívány psychedelika a jim příbuzné látky.

V minulosti, v šedesátých letech dvacátého století, probíhal v bývalém Československu rozsáhlý výzkum terapií s LSD pod vedením Stanislava Grofa, a to až do doby, než byl tento výzkum z důvodu celosvětového omezení těchto látek zakázán. V současnosti se psychedelickým výzkumem a psychedeliky asistovanou psychoterapií dlouhodoběji zabývají například na Pražské univerzitě Karlově Tomáš Páleníček nebo Filip Tylš.

Na psychedelické klinice Psyon v Praze běží v Česku zatím jediná legální ketaminem asistovaná terapie na léčbu deprese. V organizaci CZEPS je pak vedena pracovní skupina pod vedením Jana Soukupa zabývající se využitím právě psilocybinu v rámci paliativní péče. Účinky psilocybinu jsou pak dlouhodobě zkoumány v Národním ústavu duševního zdraví jakožto látka s využitím v psychiatrii.

Psychedeliky asistovanou terapii můžeme v základu dělit na psychedelickou a psycholitickou psychoterapii nebo případně microdosing.

Rozdíl mezi psychedelickou a psycholitickou terapií je ten, že psychedelická psychoterapie pracuje spíše s většími dávkami psychedelik. Zaměřuje se tak na jednorázovou silnou zkušenost a její následnou integraci. (Tylš a Vejmla 2020, Str. 16)

Oproti tomu v psycholitické psychoterapii se pracuje spíše se středně silnými dávkami a s jejich užitím v opakujících se intervalech. Též se zde více zasahuje do samotného průběhu zkušenosti. (Tylš a Vejmla 2020 Str. 16)

Při microdosingu jsou naopak užívány malé dávky a samotná psychedelická zkušenost se přenáší do běžné životní zkušenosti přímo, nikoliv separovaně.

Další možností, jak rozlišovat psychedeliky asistovanou psychoterapii, je podle druhu užití látky. Tato práce se primárně zabývá užitím psilocybinu. Přesto bych rád krátce představil spektrum látek, které se k psychedeliky asistované psychoterapii váže.

Ketamin, jakožto disociativní psychedelikum, s sebou nese potenciál při léčbě deprese a úzkostných stavů (Vejmla 2020). Ketamin byl původně objeven jako koňské anestetikum (podobně jako třeba PCP). V současnosti se v ČR používá v pilotní verzi ketaminem asistované terapie pro léčbu deprese, a to hlavně z legislativních důvodů. Legislativně je totiž veden jako léčivo. Nebezpečí, které se ke ketaminu váže, souvisí hlavně s jeho častým užíváním a

podobností s opiáty (riziko neurotoxicity). Zajímavé je také, že ketamin lze narozdíl od „klasických“ psychedelik užívat opakovaně (riziko závislosti). Chronické užívání ketaminu pak může vést ke zhoršení kognitivních funkcí včetně paměti. (Okon 2007, Str. 493–500) Chroničtí uživatelé ketaminu pak mají tendenci žít více ve svém „fantazijním“ světě, protože pro ně nabývá reálných dojmů.

Naopak v terapii má poměrně dobré výsledky při léčbě deprese pro své antidepresivní účinky. (Sóš 2014, Str. 193-200)

Psilocybin je „klasické“ psychedelikum. Možnost užití je při léčbě deprese, v paliativní péči a u onkologicky nemocných (Jungaberle a kol. 2017 Str.2). V ČR je zkoumán ve výzkumu, jinak je stále nelegální látkou. Vzhledem k silné dočasné toleranci, kterou si lidský organismus na psilocybin vytváří a jeho dlouhému efektu po užití (afterglow effect) (Tylš a kol. 2020, Str. 34), je potenciál vzniku závislosti na této látce poměrně nízký. Stejně tak jsou nízká rizika spojená s dlouhodobým a častým užíváním, protože pro dosažení stejného efektu se stejným množstvím látky potřebujete zachovat časový rozestup přibližně v řádu týdne.

MDMA je stimulant z řady amfetaminu s psychedelickými, empatogenními účinky. Má potenciál při léčbě PTSD a traumat (Grof 2017 Str. 9). MDMA tedy opět není klasické psychedelikum. Po jeho užití se dostávají silné pocity lásky a empatie, proto se hodí pro opětovné otevírání traumatických zážitků za přítomnosti terapeuta, nebo pro párovou terapii. Rizika spojená s užíváním MDMA nejsou sice tak extrémní jako u jiných amfetaminů, ale jsou dosti podobná. Látka jde též užívat opakovaně, a tudíž je s ní spojené riziko závislosti, která bývá vzhledem k účinku MDMA spíše krátkodobého charakteru.

(Slovy uživatele: „*Došlo mi, že se mám dost rád na to, abych v tom pokračoval.*“)

V ČR nelegální látka.

LSD jako doplňující prostředek při hlubinné psychoanalýze. Jedná se o klasické psychedelikum. Terapeutický vliv LSD byl hluboce zkoumán v bývalém Československu Stanislavem Grofem, Michalem Vančurou a dalšími. Samotná účinnost látky je kolem 8 - 12 hodin, což je pro samotnou terapii v praxi mírně problematické, a tudíž se užívání LSD v rámci terapie nejeví jako příliš praktická záležitost. Proto pro LSD v praxi zatím není příliš užití. V psycholitické psychoterapii se dá také užít třeba v kombinaci s MDMA (Meckelová Fischerová 2017, Str. 123). V ČR nelegální látka.

Ibogain je látka obsažená v kůře afrického stromu iboga. Funguje při léčbě látkových závislostí včetně závislosti na opiátech (Fišerová 2002). Původně je iboga užívána stoupenci afrického náboženství Bwiti jako entheogen. Samotné užití ibogy je náročný proces a může zahrnovat

riziko smrti. Ibogain není zahrnut na zeleném seznamu rady OSN pro kontrolu narkotik, ani na seznamu psychoaktivních látek pod mezinárodní kontrolou. V ČR není legislativně ošetřen.

DMT je hlavní účinná látka v nápoji Ayahuasca amazonských indiánů. Lze také uměle syntetizovat.

5-MeO-DMT je hlavní účinná látka v jedu žáby Bufo Alvarius. Považuje se za nejsilnější známé psychedelikum. Přímý účinek trvá v řádu minut. Intoxikovaná osoba se však rychle ocitá vědomím v prostoru, kde čas ztrácí smysl.

Dále pak například látky **Čanga, 2c-b, Salvinorin A, Meskalin** a mnoho dalších.

Mezi „tradičními“, v současnosti užívanými psychofarmaky a psychedelickými a jim příbuznými látkami je hlavní zásadní rozdíl v tom, že psychofarmaka se používají na přímé utlumení a vyrušení patologických duševních jevů, při kterých ale zpravidla dochází i k utlumení celého prožívání jedince. Zjednodušeně řečeno odpojí člověka od jeho vnitřního prožívání. Psychedelika a jim příbuzné látky mají efekt opačný. Ten je takový, že prožívání naopak prohloubí. Tím se otevírá možnost v tomto prohloubeném stavu vědomí, pro který se vžilo označení „rozšířený stav vědomí“, řešit psychologické problémy v rámci terapie z nové, širší perspektivy. Psychedelika tedy fungují jako katalyzátor a způsob práce s nimi je spíše projití skrz daný problém, zatímco klasická psychofarmaka jsou spíše cestou od daného problému. (Denk 2021, Str. 22) (Tullis 2021)

5.1 PSYCHEDELICKÁ PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

Lidé v paliativní péči a onkologicky nemocní lidé často prožívají hluboké psychologické, sociální a spirituální utrpení spojené s vědomím blížící se smrti a konečnosti vlastní existence. *Klinicky zjevná deprese či úzkostná porucha či porucha přizpůsobení byla přítomna u 29 % pacientů v paliativní péči; v onkologické péči pak byla jedna ze zmíněných diagnóz či jejich kombinace přítomná až u 38 % pacientů. V souvislosti s vážnou nemocí se pak někdy uvádí termín existenciální tíseň (existential distress). Toto označení pojmenovává zaplavující tíživé prožitky plynoucí z konfrontace s životně důležitým stresem, blížící se smrtí a vnímanou konečností vlastní existence, aniž by byly nutně doprovázeny trvale přítomným smutkem, tedy hlavním kritériem pro depresivní poruchu.* (Bravermanová a kol. 2021, Str. 31 kráceno)

Významné psychické utrpení u onkologicky nemocných pacientů je spojováno s nižší kvalitou života a touhou po rychlé smrti. Toto psychické utrpení je také prokazatelně spojováno s vyšší mortalitou nemocných a zvýšenou odolností proti léčbě. (Bravermanová a kol. 2021, Str. 31)

Pokud se pak podíváme na data například z amerického Oregonu, kde je legální euthanasie, vychází nám, že právě psychologické, sociální a spirituální utrpení jsou převažujícími důvody při žádostech o euthanasii. (Soukup 2021, Str. 38)

Klasická psychoterapie nabízí do jisté míry řešení tohoto problému, leč často naráží na problém spojený s nedostatkem času a akutností řešené situace. Léčba současnými psychofarmaky pak má na tomto poli smíšené výsledky. Například metaanalýza z roku 2018 nenalezla rozdíl mezi v současnosti nejvíce předepisovanými antidepresivy (SSRI a TCA) oproti placebo vůbec (Ostuzzi 2018). Zároveň neprokázala vliv užívaných antidepresiv na kvalitu života. Je zde tedy patrné, že deprese u onkologicky nemocných se odlišuje od primární depresivní poruchy. (Bravermanová a kol. 2021, Str. 31)

Právě psychedeliky asistovaná psychoterapie zde otevírá nové cesty. Psychedelika působí jako jistý katalyzátor k psychoterapii, takže může být účinnější v kratším časovém úseku. Zároveň ale nabízí zcela novou zkušenost, která sama o sobě může nabývat léčivého charakteru. Její samotný průběh pak může být blízký prožitku smrti, což může také pomoci s vyrovnáním se s vědomím jejího očekávaného blízkého příchodu (bližší v kapitole 3.3.1.). Jinými slovy psychedelika nabízí možnost průchodu skrz problém, což může být v tíživé situaci, ve které se nacházejí lidé v paliativní péči, vhodné.

Praktický výzkum například poukázal, že terapeutický proces s psilocybinem umožnil účastníkům se dramatickým způsobem setkat s realitou své nemoci a smrti, což však nakonec

vedlo k novému porozumění a jejich „spřátelení se s bolestivou realitou“ a smíření se s faktem konečnosti vlastní existence (Bravermanová a kol. 2021, Str. 34).

Zde je pak závěr (respektive jeho překlad) z rozsáhlé přehledové studie zabývající se užití psychedelické psychoterapie v rámci paliativní péče *Serotonergic hallucinogens in the treatment of anxiety and depression in patients suffering from a life-threatening disease: A systematic review*:

„Lze konstatovat, že existují důkazy o tom, že psychoterapie podporovaná látkami serotonergními halucinogeny je účinná při léčbě duševních poruch u pacientů s život ohrožujícím onemocněním a je dobře snášena. Také existují určité důkazy, že mystické zkušenosti vyvolané psychedeliky mají za následek nejen snížení psychiatrických symptomů u těchto pacientů, ale mohou být také užitečné pro tyto pacienty zlepšením zvládnání průběhu nemoci a zlepšením kvality života během průběhu smrtelných onemocnění. Psychedelická asistovaná psychoterapie by mohla být slibnou léčbou možností v této souvislosti – zejména u pacientů, kde byly jiné přístupy neúčinné. Bylo by však dobré provést další zkoušky, zda lze prezentované výsledky přenést do klinické praxe.“ (Jungaberle a kol. 2017 Str. 8)

Co se týká mé vlastní rešerše odborné literatury nenašel jsem nic, co by rozporovalo užitečnost a přínosnost psychedeliky asistované psychoterapie v paliativní péči, ba naopak. Ovšem jak ukazuje současná situace, zejména ta legislativní, je potřeba o tomto tématu dále mluvit a přinášet důkazy, které jsou potřebné ke změně paradigmatu a otevření možnosti psychedelické psychoterapie v oficiálním prostředí.

5.1.1 RIZIKA

Rizika spojená s psychedeliky asistovanou terapií v paliativní péči se dotýkají například farmaceutické kontraindikace. Ta by ale v kontrolovaném prostředí měla být řádně pohlídána (viz kapitola 2.2.).

Dále se pak rizika týkají kontraindikace se zdravotním stavem pacienta, kde může být problematická zejména u hypertenze a takových stavů, u nichž by přechodné zvýšení krevního tlaku nebo tepové frekvence vedlo ke zdravotním komplikacím. Což v paliativní péči může být větší spektrum lidí než v běžné populaci.

Nebezpečí také může hrozit u psychotických onemocnění, u lidí se známým rizikem rozvinu tohoto onemocnění či lidí s významnými osobními abnormalitami.

Potencionálně nebezpečná pak mohou být i psychologická rizika spojená s tzv. *náročnou psychedelickou zkušeností (challenging experience)*, která má charakter velmi nepříjemného prožitku často spojeným s prožíváním silně úzkostných až paranoidních stavů, lidově zvaným „bad trip“. Tyto zkušenosti mohou vést ke zdraví až život ohrožujícímu chování člověka. Může se zde vyskytnout i následné riziko dekompenzace do psychózy nebo rozvoje posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Riziko těchto potíží by však mělo být v kontrolovaném prostředí minimalizováno dodržováním tzv. *bezpečnostních guidelines*.

Mezi vzácné dlouhodobé nežádoucí účinky psychedelik pak může patřit posthalucinogenní percepční porucha (HPPD), při které se vrací prožitky či vizuální vjemy podobné akutním účinkům látky. (Bravermanová a kol. 2021, Str. 32)

Tyto stavy však bývají krátkodobějšího charakteru a obvykle nenabývají nějakým způsobem pro člověka ohrožující charakter. Lidově se tento stav nazývá tzv. „*flashback*“.

6 PSYCHEDELIKA A SPIRITUALITA

Spiritualitu (duchovno) pro kontext této práce chápu jako podstatu, která člověka přesahuje, v přímém spojení s otázkou po smyslu.

Její chápání bych zde rád rozdělil do dvou úrovní – prožitou (**iracionální**) a **racionální (uchopující)**.

Prožitá spiritualita je na úrovni prožitku jednotlivce. Přesto, že se jedná o fenomén člověka přesahující, může člověk s touto skutečností nějakým způsobem komunikovat, vnímat jí a zasahovat do ní, být její součástí. Ovšem protože se jedná o skutečnost přesahující hmotu, pak přesahuje i racionální komunikaci a pevné racionální chápání. (To, že můžu něco vnímat, neznamená, že to musím chápat. Ba naopak, někdy je třeba přestat chápat, aby mohlo být vnímáno.)

Tím se dostáváme i k materiální interpretaci uchopující spiritualitu, kdy se na tento fenomén nahlíží spíše skepticky. Například podle myšlenek Sigmunda Freuda se dají takovéto jevy považovat za psychotické. (Freud 2017, 69-88) Což do jisté míry jsou. V návaznosti na psychoanalytické chápání spirituality by zde bylo dobré zmínit fenomén nevědomí v celém jeho rozsahu (blíže v kapitole 10), protože to se nalézá právě za touto hranicí racionality, je tudíž i tím, co tam může být nalézáno. Ale pokud se přesuneme blíže k animistickému chápání spirituality, můžeme těmto fenoménům připsat osobní aspekty. V tradiční křesťanské (a další monoteistické) spiritualitě pak lze nahlížet v osobním aspektu i Boha stvořitele, jakožto nejvyšší existenci.

V **racionální spiritualitě** pak můžeme nalézat snahu tyto skutečnosti nějakým způsobem pevně uchopit a zmapovat. To sice znamená do jisté míry redukovat neohraničenost jejich obsahu, na druhou stranu je to možnost, jak spirituální skutečnosti zdravě implementovat do lidského života. S touto úrovní souvisí i otázky o podstatě lidského vědomí, téže pak otázky dotýkající se smrti. Důležitý pak je v tomto kontextu aspekt víry. Víru lze chápat jako fenomén, který pomáhá lidské racionalitě v imaginaci překračovat hranici času a prostoru, a přesto se nalézat v bezpečí. Samotný fenomén víry však sahá daleko hlouběji a často pramení právě z prožitku neb sám je prožitkem. Setkal jsem se i s tvrzením: „Já nevěřím, já vím,“ kdy je tato formulace pro osobní zkušenost nezbytná, přesto toto tvrzení řadím k fenoménu víry. (Rád bych tak zůstal u hlubšího chápání slova víra a nesklouzl jen k jeho čistě lingvistické interpretaci.) Pak jsou zde fenomény na víru jistým způsobem navázané, jako je například religiozita, která se zvenčí

dá chápat jako sociální konstrukt kolem víry vytvořený. Z vnitřního pohledu se pak jedná o systém zjevený „Bohem“.

6.1 PSYCHEDELICKÁ SPIRITUALITA

Psychedelický zážitek může být chápán, a bezesporu je, zážitkem spirituálním. Navíc obvykle otevírá otázky, které jsou v přímé souvislosti se spiritualitou. Během jedné diskuze jsem se setkal s termínem „*psychedelická spiritualita*“, kdy tento název byl označen pro interpretaci vlastní víry. Stejně tak se k psychedelickým látkám zejména v tradičních „indiánských“ kulturách váží vlastní religiózní konstrukty – například The Native American Church nebo africké Bitwit.

Můžeme tedy říct, že jistí lidé podstupují psychedelické zážitky ze spirituálních, spirituálně praktických a spirituálně poznávacích důvodů.

Na druhou stranu jsou psychedelické látky poněkud hmotné, takže se odráží i v čistě materiální skutečnosti. Tím chci říct, že psychedelika jsou spíše jistým klíčem, který otevírá naše vědomí. Jakým způsobem je pak daná zkušenost interpretována, souvisí s vlastní spiritualitou každého jednotlivce.

Při terapeutické práci s psychedeliky je pak velice důležité mít tuto skutečnost na paměti a zajistit, aby člověk v psychedeliky asistované psychoterapii měl dostatečnou spirituální podporu odpovídající jeho potřebám. Kdo potřebuje kněze, měl by mít kněze. Důležité je, aby terapeutický proces respektoval jedinečnou spiritualitu každého, a zároveň byl veden ve spirituálně bezpečném prostoru!

6.1.1 KOMUNIKACE S DUŠÍ ROSTLINY

Velké množství původních tradic, ale i část lidí z české undergroundové psychedelické komunity, pracuje s psychedelickými látkami, zejména s těmi nesyntetickými, jako s živou bytostí. Dá se říct, že uznávají existenci vědomí či duše, která se váže k určité rostlině, látce či houbě. Když pak pracují s daným psychedelikem, přijímají existenci moudrosti tohoto vědomí, drží k němu respekt, přizívají ho do procesu, v momentě intoxikace se s ním spojují, a mohou tak přejímat jeho moudrost, mohou jím být léčeni. Tento vztah je v jistém smyslu posvátný.

Pokud tento fenomén nahlížíme z venku, můžeme ho interpretovat jako animismus, který se z přísně materialistické interpretace 19.-20. století dá přirovnat k neuróze. Takto na tento fenomén nahlížel například Sigmund Freud. (Freud 2017, Str. 69-88)

Pokud však chceme zachovat vědeckou interpretaci tohoto fenoménu, bylo by dobré se jím zabývat, co se reálného přesahu a zásahu do hmotné či racionálně pozorované skutečnosti týče. Výzkumem dotýkajícího se tohoto jevu se v současnosti zabývají například Tomáš Páleníček,

Filip Tylš a další, kteří se snaží uskutečnit terénní snímání EKG a EEG při konzumaci Ayuhascy v jejím původním prostředí (v Amazonii, za doprovodu šamana). Tyto snímky by pak šly porovnat s těmi pořízenými v laboratoři.

ETICKÝ ROZMĚR

Etika, jakožto filozofická disciplína, je svým způsobem individuální záležitost, která se v praxi nakonec váže ke konkrétnímu rozhodnutí jednotlivce. Jsem přesvědčen, že etika by měla zůstat individuální a hledající, nikoliv dogmatická a predefinovaná, protože tím by přišla o svojí filozofickou podstatu, na které stojí.

V této části tedy individuálním způsobem rozvíjím otázky položené na začátku práce a snažím se je dát do souvislostí s fakty, které jsem shrnul v první části práce. Nenabízím tedy nutně jasné odpovědi, ale spíše jistou cestu – na úrovni aplikované etiky.

7 ETICKÁ OTÁZKA PSYCHEDELICKÉ ZKUŠENOSTI

Pokud se podíváme na možnosti, které spolu s psychedeliky potenciálně přicházejí, můžeme je nahlédnout v obdobném světle jako technologický pokrok. Ten nám také nabízí rozšíření možností a vidinu lepší budoucnosti. V realitě, ale často vytvoří past a efekt je opačný. Jako příklad mohou sloužit sociální sítě jejichž podstata je o propojování lidí, ale jeden z výsledků jejich fungování je ještě větší lidská izolace. Někdy naše ambice a nadšení vedou k technologiím, o nichž si myslíme, že zlepší náš život, ale nakonec se nám vymstí, potlačí naše přirozené síly a naruší formování cenných ctností. V tomto světle je dobré nahlížet i na psychedelika. Stimulované prožívání instantních spirituálních prožitků, může člověka snadno vzdálit od reality, a uvrhnout tak v nezdravé žití iluzorního světa. Je to jako ono lidové přirovnání k ohni, který je dobrý sluha, ale špatný pán. Je důležité, aby psychedelická zkušenost člověka vracela k němu samotnému, a ne odváděla pryč od vlastní podstaty.

Jak je to tedy s opravdivostí psychedelické zkušenosti? Není to jenom slepá odbočka na duchovní cestě? Je správné přidávat do spirituálních zkušeností „zprostředkovatele“, nebo na tom nezáleží, protože ve vztahu s bohem jsme stejně všichni nazí, ať „na tripu“ nebo ne. Možná po požití psilocybinu máme pocit, že jsme nahlédli prapodstatu, ale ve skutečnosti jsem si jen vytvořili „ohňostroj“ v mozku. Jistý diskutující v internetové diskuzi použil přirovnání, že užívat psychedelika je jako lítat raketou po pískovišti. Skutečným spirituálním prožitkům je to tak vzdálené, i když to může být ohromující.

Otázku opravdovosti uměle vyvolaných spirituálních zkušeností otevřel ve své knize „Spirit tech“ Wildman Wesley. Došel tak ke třem různým stanoviskům, jak tuto skutečnost objektivně nazírat.

Kauzální kritérium – tento pohled říká, že na příčinách záleží. Podstatné u všech spirituálních prožitků je to, aby vycházeli z napojení na vědomí, a na realitu. Nebyli tak jen iluzí nebo výmyslem. Někteří lidé pak mají přísné teorie o tom, jak vznikají ty skutečné zážitky. Zdůvodňují to tím, že pokud budeme vědět, jak mají duchovní zážitky vznikat, pak budeme vědět, které zážitky jsou pravé a které falešné. Jako přirovnání pak Wesley používá značkové zboží a jeho padělky. V tomto ohledu má smysl zabývat se kauzální historií, ovšem u duchovních zážitků je problém že nikdo pořádně neví, jak jsou způsobeny.

Konceptuální kritérium – se místo na příčiny duchovních zážitků zaměřuje na význam těchto zážitků a na přesvědčení, která tyto zážitky obvykle vyvolávají.

Členové odlišných náboženských skupin často kladou velký důraz na to, zda duchovní zážitky podporují jejich ortodoxní náboženské přesvědčení. Pokud ano, pak jsou zážitky autentické,

pokud ale duchovní zážitky vyvolávají kacířská přesvědčení, zážitky nejsou reflektované jako pravdivé. Tohle kritérium sice nabízí jednoduchý návod na „pravdu“ a i jisté bezpečí. Na druhou stranu je ale dosti strnulé a nedává moc možností k dalšímu vývoji. Pro příklad Ježíš Kristus byl ve své době z pohledu oficiálních Judaistických struktur heretikem.

Konsekvencialistické kritérium – se zaměřuje na důsledky spirituálních prožitků. Nahlíží to, jak spirituální prožitek ovlivnil kvalitu života jednotlivce. Ptá se tak po reálných dopadech, protože jsou-li dopady reálné byla pravděpodobně reálná i zkušenost. Toto kritérium je spíše praktické, a ptá se po funkčnosti daného prožitku. U dopadů, pak jde hodnotit jak intenzita, tak jejich prospěšnost či neprospěšnost. Konsekvencialistické kritérium tím pádem poskytuje nejspolehlivější objektivní test autenticity duchovních zážitků. Ve své podstatě se jedná o vědecký přístup. Limit, na který zde narážíme je však limit poznání duchovna. Je totiž možné, že následky se projeví na úrovni, na které v současnosti nejsou pozorovatelné. A pokud se bavíme o spiritualitě a duchovnu, je nekonečno limitem. Ale i přes tuto námitku, se Konsekvencialistické kritérium jeví jako nejpoužitelnější v objektivním zhodnocení spirituálních prožitků.

(Wesley 2021 kap. 9.)

Abychom se v praxi maximálně vyhnuli jen pomyslnému „ohňostroji“ bez funkčních následků, kombinuje se psychedelická zkušenost s psychoterapií. Kdy se tyto dvě složky navzájem dobře doplňují. Psychedelická zkušenost nabízí silný prožitek. Psychoterapie, pak pomáhá udržet bezpečný rámec, případně i sama o sobě může nabízet jistá východiska.

7.1 PSYCHEDELIKA JAKO DROGY

Pokud se na drogy podíváme jako na látky měnící či ovlivňující lidské prožívání nebo schopnosti, psychedelika do této kategorie patří, a to například spolu se stimulanty nebo opiáty. Otázkou je, zda by uvolnění psychedelik jako lavinový efekt ve společnosti nakonec nezpůsobilo i vyšší konzumaci ostatních látek jejichž konzumace má na člověka prokazatelně silně špatné důsledky.

Současný trend na poli psychedelik je vymezit psychedelika od ostatních drog, je dobré si ale přiznat jejich příbuznost, a pokud vidíme smysl v legalizaci psychedelik měli bychom věnovat část úsilí i k moderní prevenci v širším směru ke drogám na všeobecné úrovni.

7.2 HOLISTICKÝ POHLED (VZTAH PSILOCYBIN ČLOVĚK)

Biologický pohled – Pro lidský organismus je psilocybin ve své podstatě nezávadný s velmi nízkou toxicitou. Může však vyvolávat zvýšenou srdeční aktivitu. Závislost by vzhledem k dočasné toleranci vyvolávat neměl. (4.2) Problematický může být v kombinaci s duševním onemocněním hlavně psychotického charakteru nebo při kontraindikaci s jinými léky. (2.2; 4) Psilocybin funguje hlavně na „biologickopsychologické“ rovině, může tak ulevit od fyzických bolestí.

Na této úrovni hodnotím účinky psilocybinu pozitivně.

Psychologický pohled – Psilocybin je zajímavý právě pro jeho psychedelický účinek na lidskou psychiku. (4.3) Může nastartovat změny v prožívání. Může nabídnout odpovědi na otázky po smyslu či strachu z lidské smrtelnosti. (3.3.1) Má poměrně značný potenciál v psychedelické psychoterapii. (5) O jeho účincích toho bylo již hodně zjištěno (4), jsem ale přesvědčen, že stále nevíme, kam až psychedelická zkušenost sahá.

Sociální pohled – Právě zde dochází k rozporu. Psilocybin je spolu s ostatními psychadeliky ve společnosti svým způsobem tabuizován. Jeho užití je postavené mimo zákon. (4.1; 5.1.2) Nehledě na to, že může vyvolávat individuální změny v chápání světa, které se pak mohou dostat do konfliktu s většinovými společenskými názory. (4.3.1; 4.4)

Spirituální pohled – **Psychedelická** zkušenost vyvolaná psilocybinem je spirituálním prožitkem. Můžeme se zde opět tázat po správnosti na spirituální úrovni. V tomto ohledu je těžké najít objektivně měřitelné ukazatele. Pokud se chceme vyhnout čistě dogmatickému posouzení, nezbyvá nám než tuto otázku nechat otevřenou. Snad bych k ní jen rád podotknul, že každá spirituální zkušenost je, jako každý okamžik, svým způsobem jedinečná a individuální. (6) Na druhou stranu jako lidé jsme si hodně podobní, podléháme stejným přírodním zákonům, tudíž i na spirituální úrovni by se dalo uvažovat v jisté universalistické rovině. (8)

7.3 PSILOCYBIN JAKO MEDIKACE

Pokud se ptáme, zda je pracovat s psilocybinem v paliativní péči etické, je dobré se podívat na současný stav medikace v paliativní péči a porovnat jí s psilocybinem.

Otázka medikace v paliativní péči je poměrně hluboká a rozsáhlá. Myslím, že se přímo váže na otázku po smyslu lidského života a smyslu lidského utrpení vůbec. Současné farmaceutické paradigma má tendenci vnímat lidskou bytost jen po biologické stránce (což dává smysl, protože na této rovině do lidské bytosti zasahuje), spolu se silným utilitářským a univerzalistickým myšlením. To nemusí být nutně špatně. Vezmeme-li ale v potaz, že se v paliativní péči běžně užívají léky jako opioidy, antipsychotika, antidepressiva, anxiolytika a hypnotika (2.2.), které zásadním způsobem mění kvalitu lidského prožívání, a tudíž i kvalitu lidského vědomí, je dobré si položit otázku, zda je v pořádku, že v dnešní době umírají lidé v nemocnicích na lécích, které sice mírní nezanedbatelným způsobem jejich utrpení, zároveň je však odpojují od jejich vlastního prožívání.

Zastávám stanovisko, že v současné medicíně vzniká tendence nahlížet na člověka jen jako na objekt stvořen z akcí a reakcí. Léky se často podávají proto, aby nastolily jakousi biologickou rovnováhu, která je vyvedena z míry, ale opomíná se samotná hlubší podstata lidské existence, možnost lidské volby a samotná kontrola nad svým životem.

Terapie za užití psilocybinu pak nabízí možnost intervence z trochu jiného úhlu, kdy se hledá spíše cesta skrz problém, a samotné nastolení rovnováhy pak je spíše na vnitřní síle jednotlivce, i když se jí snažíme psychedelickou zkušeností umocnit zvenčí. Dává nám tak možnost vyřešit hlavně problémy na psychické úrovni, ale prokazatelně může taková zkušenost pomoci i od chronických fyzických bolestí které mají psychosomatický základ a hůře se tak tlumí jinou medikací.

Za podmínek, že je v medicíně etické využívat daleko více pro člověka problematické látky, jako například opiáty, měli bychom psychedelikům dát alespoň šanci. Například budeme-li porovnávat vedlejší účinky fentanylu u člověka s vedlejšími účinky psilocybinu, vyjde nám psilocybin jako téměř bezriziková záležitost. To neznamená, že by účinky jednoho léku šly plně nahradit tím druhým. Tímto jen poukazuji na silnou toxicitu některých látek, které se v medicíně v současnosti legálně používají.

7.4 ETIKA PSILOCYBINU V PALIATIVNÍ PÉČI

1) Není správné usilovat o cestu k důstojnému odchodu, který není ovlivněn žádnými vnějšími látkami? - Jsem přesvědčen, že ano. A paradoxně právě v tomto ohledu vidím potenciál užití psilocybinem asistovanou psychoterapii. Ano, vnímám zde dvousečnost mého tvrzení, ale žijeme v době, kdy je lidem běžně podávaná medikace ovlivňující jejich vědomí. Ovšem na rozdíl od psychedelik se nejedná o „jednorázovou“ zkušenost, ale o systematické a opakované podání. Pokud tedy psilocybinem asistovaná psychoterapie může nabízet cestu k vysazení například antidepresiv, je to cesta ke „střízlivějšímu“ odchodu. Ovšem stále se jedná o ovlivnění vědomí zvenčí. V tomto ohledu situace stále stojí za úvahu. Ale to, že nemáme v paliativní péči dostupnou psychedelickou psychoterapii, neznamená, že lidé odchází neovlivnění látkami měnícími vědomí. Ba naopak.

2) Máme právo zasahovat do prožívání jednotlivce tak zásadním způsobem, jako je psychedelická zkušenost, a to navíc v době, kdy ví o své blížící se smrti? - Na tuto otázku je těžké, a v podstatě i nemožné, odpovědět. Pokládám ji hlavně proto, že psychedelická zkušenost může silným způsobem zasáhnout do lidského života, a vyvolat tak silné změny v jeho chápání. Částečnou odpověď ale nalézám v tom, že psychedelická zkušenost by měla být v každém případě založená na vlastním, osobním, svobodném a co nejvíce informovaném rozhodnutí toho, kdo jí podstupuje. Odpověď by možná tedy mohla být: Nemáme, má ji každý sám.

3) Je zapotřebí řešit původ psilocybinu? - Pokud chceme řešit etické otázky spojené s léčebným užíváním psilocybinu, musíme se pozastavit nad jeho původem. V současnosti platí poměrně silné legislativní předpisy na kontrolu léčiv. Ty by měly zajistit jejich chemickou čistotu a nezávadnost pro člověka. Certifikované léčivo není tím pádem úplně levné (Tylš a kol. 2020, Str 73) a jeho ceny mohou ovlivnit jeho dostupnost či vytvořit jistou monopolizaci producentů na tomto poli. Nutno také podotknout, že v oficiálním prostředí je ze zcela logických důvodů opomíjena spirituální stránka celé věci. (6.1.1)

4) Víme toho o účincích psilocybinu dostatek na to, abychom považovali za správné usilovat o jeho legální využití? - Na účinky psilocybinu bylo v nedávné minulosti zaměřeno mnoho vědeckých studií a jsem přesvědčen, že informací v této oblasti je spousta. Ale i tak zde narážíme na limity lidského poznání, ať již to jsou současné technologické limity na úrovni neurologie či do jaké hloubky psilocybin zasahuje na úrovni psychologické. Zajisté tedy nevíme vše. S největší pravděpodobností ani vše nikdy vědět nebudeme. Přesto jsem přesvědčen, že společnost v dnešní době má již dostatek informací na to, aby bylo možné vyvodit případná

nebezpečí a úskalí, která se k této problematice váží, a dokázat vytvořit bezpečný rámec pro terapeutické užití psilocybinu.

Otázku můžeme ještě otočit a dojít k tomu, že legislativa není neměnným přírodním zákonem, ale je jen sociálním konstruktem, který se utváří v průběhu času. Možná by bylo dobré usilovat o změnu legislativy na takovou úroveň, aby odpovídala současnému poznání.

7.5 NÁROKY NA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka ve vztahu k psilocybinem asistované psychoterapii v paliativní péči?

Sociální práce jako taková má poměrně široké spektrum působení. Dá se tak svým způsobem považovat za mezioborovou a překračující hranice. Proto i všichni sociální pracovníci nesdílí úplně stejné kompetence a poslání, nehledě na vlastní směřování sociálního pracovníka, případně směřování organizace, pro kterou pracuje.

Považuji tedy za dobré se na problematiku podívat z makro, mezo a mikro úrovně.

Makro – Práce na makro úrovni je v současnosti tou nejdůležitější. Protože aby tato forma terapie mohla být poskytována, je zapotřebí usilovat o změnu legislativy na takovou úroveň, aby se terapie za užití psilocybinu stala legální a dostupná. K tomu patří osvěta veřejnosti, lobování a podpora výzkumu a crowdfunding.

Mezo – Na mezo rovině funguje sociální pracovník jako zprostředkovatel. Pokud se tedy setká se zájemcem o tuto službu, měl by ho dokázat propojit s bezpečným poskytovatelem této služby. To je v současné době skoro nemožné, tedy až na výjimky jako je účast na výzkumu, případně poskytnutí terapie v zahraničí. Takže na mezo rovině jede primárně o faktickou informovanost sociálního pracovníka.

Mikro – Na této úrovni sociální pracovník působí přímo jako terapeut či facilitátor péči poskytující. To znamená mít dostatečně široký backround v této oblasti. V současnosti se psychedelická psychoterapie vyučuje na jediné fakultě na světě, a to na Univerzitě integrálních studií v Kalifornii (CIIS). Odtud pochází šest kompetencí, které by měli průvodci psychedelickou zkušeností zvládnout. A těmi jsou: neustálá empatická přítomnost, zvýšená důvěra, duchovní inteligence, znalost fyzických a psychologických účinků psychedelik, sebeuvědomění terapeutů a etická integrita a znalost dalších doplňkových technik. (Césarová 2021, Str. 22)

PRAKTICKÝ ROZMĚR

Zde se pokusím nastítnit, kde konkrétně by šla aplikovat terapie s psilocybinem v paliativní péči, a jaké by to mělo další důsledky v přímé péči o člověka který by tuto terapii podstupoval.

8 KDY (TEORETICKY) VOLIT PSILOCYBIN V PALIATIVNÍ PÉČI

Na jednu stranu může potenciálně psilocybinem asistovaná psychoterapie zlepšit kvalitu širokému spektru lidí v paliativní péči, na druhou stranu zajisté není pro každého.

Pokud by sociální pracovník mohl v budoucnu tuto terapii doporučovat, zprostředkovávat či facilitovat, měl by vědět, kdy je to vhodné a kdy naopak není.

Nebezpečná může být psychedeliky asistovaná terapie ve chvíli, kdy může ohrozit fyzické či psychické zdraví. Toto je blíže popsáno v kapitolách 5.1.1 a 2.2.

Terapie může být také neúčinná, pokud dotyčný není schopen integrovat a pochopit hlubší spirituální a existenciální zkušenosti a otázky.

Terapie za užití psilocybinu se naopak zdá velice vhodnou u onkologicky nemocných pacientů, dále pak u lidí, kde klasická léčba neúčinkuje, a to i v oblastech chronických bolestí. Vhodná je pro lidi zažívající existenciální tíseň z blížící se smrti, jež jsou jinak dostatečně mentálně bdělí. Blíže v kapitole 5.1.

8.1 PSILOCYBIN PRO BLÍZKÉ

Pokud je umírající jednou jednotkou se svými blízkými, paliativní péče a kvalitní sociální práce by měla poskytnout dostatečnou péči v případě potřeby i tam. Umírání v domácím prostředí při tom, když o umírajícího pečují jeho blízcí lidé, může být svým způsobem ideální stav. Pečující se tak logicky dostávají do složité situace, se kterou může být hodně těžké se vyrovnat. Pokud psychedelická psychoterapie za užití psilocybinu může pomoci vyrovnat se s faktem smrtelnosti, hypoteticky by v takové situaci mohla pomoci i právě blízkým pečujícím.

Jsou zde také lidé, kterým nečekaně odešel někdo hodně blízký. Taková situace je ze své podstaty hlubokou zkušeností a můžou se zde objevit lidé, kteří takovou událost nedokáží zdravě integrovat. Zde by se pak o užití terapie dalo uvažovat také.

Tato tvrzení však zatím nemají zpracovaný dostatečný rámec na to, aby se dala posoudit jejich pravdivost. Je to tedy spíše návrh k budoucímu šetření.

9 INTEGRACE PSYCHEDELICKÉ ZKUŠENOSTI

Po prožití psychedelickou zkušeností je nutné jí zintegrovat do běžného života. Správná integrace je tak při terapii stejně důležitá jako zkušenost samotná. Psychedelická zkušenost nám nabízí nové vhledy do našeho života, dalo by se to připodobnit k hledání vize. Tuto vizi, která je hodně abstraktní, je třeba pochopit, uchopit a poučit se z ní. V průběhu psychedelického sezení k nám přichází nové vhledy a uvědomění, otázkou však není jestli si tyto vhledy uvědomujeme, ale to zda se podle nich pak dokážeme chovat v běžném životě. A právě toto se řeší v průběhu integrace. Člověk se vrací k obsahům, které v průběhu potkal, a nahlíží je již optikou normálního vědomí.

S integrací by pak měl pomoci terapeut, který psychedelickou terapii provádí tak, aby došlo k bezpečnému ukotvení v realitě.

Na člověka v paliativní péči, který je po psychedelické zkušenosti s psilocybinem, by měl být v tomto ohledu brán ohled, a to i v řádu několika dní po uběhnutí zkušenosti. Doba se odvíjí od individuálních faktorů a prožívání, ale částečně také souvisí s after-glow efektem. Obecně se má za to, že minimálně jeden další den po zkušenosti by člověk měl mít čas na sebe a neměl by se vystavovat řešení závažných problémů zvenčí.

Člověk po psychedelické zkušenosti jede de facto brát jako člověk, který nahlédl do prapodstaty bytí. Prožil rozložení své vlastní identity a nyní po návratu zpracovává to, co viděl. Takový člověk může chtít o své zkušenosti či současných myšlenkách mluvit nebo naopak s nimi pobývat o samotě. Co je však důležité, je nechat jim dostatečný prostor.

Není tím pádem vhodné plánovat takovému člověku velký léčebný zákrok, stěhování či nějaké výzvy, které by musel řešit a odváděly by jeho pozornost z introspekce ven.

Také je dobré zachovat citlivý lidský přístup a počítat s tím, že takový člověk může být snadno rozrušen.

ZÁVĚR A DISKUZE

Jsou benefity, které by plynuly z legalizace psychedelické psychoterapie za užití psilocybinu v paliativní péči natolik podstatné, aby bylo dobré usilovat o její legalizaci? Osobně jsem přesvědčen, že ano. Určitě nejde o to, že by psilocybin mohl nahradit současnou medikaci v paliativní péči, ale mohl by vytvářet jistou alternativu zejména tam, kde současná medikace naráží na své limity – jako je třeba zažívání existenciální tísně, která může přicházet s vidinou blížící se smrti. Také by rozšířil spektrum možnosti volby léčby pro lidi v paliativní péči.

Zajisté jsou zde ale konzervativní názory usilující o společenskou stabilitu. Je jasné, že otevřeme-li jeden precedent, bude se na něho psychedelické hnutí snažit navázat, jelikož je poměrně rozsáhlé. Takže to může vést k tomu, že se psychedelika dostanou do společnosti ve větší míře, než je tomu v současnosti. Navíc v momentě, kdy by se začal psilocybin vyrábět ve větší míře pro terapeutické účely, není otázka, jestli se dostane k širší veřejnosti, ale je otázka, jaké množství a za jak dlouho. I když u psilocybinu je to relativní, protože houby s jeho obsahem rostou volně snad po celém světě.

Vraťme se ale zpátky k precedentu, který by uvolněním psilocybinu pro paliativní péči vznikl. Je důležité si připustit, že v současnosti existuje velmi rozsáhlé psychedelické hnutí, které se snaží o aktivitu na více „frontách“ a vytváří tak tlak na změnu chápání psychedelik ve společnosti. Co se ale stane, až se psychedelika dostanou do mainstreamu? Myslím, že nás to může jako společnost posunout a pomoci vyřešit některé otázky, se kterými se na globální úrovni potýkáme – jako je například neudržitelnost současného životního stylu, vztah k přírodě atd. Na druhou stranu, nic není černobílé a jsme jako společnost připraveni na globální psychospirituální krizi kterou by to mohlo přinést? Za zmínku stojí 60. léta v USA, kdy došlo k takové malé psychedelické revoluci, jejímž následkem bylo to, že hodně, zejména mladých, lidí začalo radikálně měnit svůj životní styl, až to bylo z hlediska tehdejší vlády vyhodnoceno za společensky nebezpečné.

To, že zde rozvíjím myšlenky o širším vlivu psychedelik na společnost, se může zdát trochu mimo od tématu psilocybinu v paliativní péči. Jsem ale přesvědčen, že skutečnost je třeba nazírat v celku. Některé závěry, které jsem v této práci udělal, jako například návrh věnovat se v rámci psilocybinem asistované psychoterapie i blízkým umírajícího, mají jasný směr. Osobně vycházím z hypotézy, která napadla snad každého uživatele psychedelik včetně Terence McKenna. Ta hypotéza zní: „Bylo by dobré, kdyby byla psychedelická zkušenost zpřístupněna všem lidem?“ (Po nedávné zkušenosti s očkováním proti nemoci Covid-19 se tato myšlenka

nezdá tak neproveditelná jako kdysi.) Pokud tuhle možná trochu naivní hypotézu vezmeme vážně, musíme ji rozšířit o otázku, zda to lze udělat bezpečně.

Je třeba přiznat že otázka využívání psychadelik je trochu jako zacházení si s ohněm. Proto by bylo dobré, abychom co nejvíce využili potenciál k růstu, který nám psychodelika nabízejí. Zároveň, však napáchali co nejméně škody. Tímto se dostáváme k psychedelické psychoterapii, která nabízí bezpečnou cestu, a nakonec i zpátky k psilocybinu v paliativní péči, který, chceme-li uvažovat o zdravé a bezpečné integraci psychadelik do společnosti, tak abychom využili potenciálu, který nám nabízejí, tam má své místo.

PODPŮRNÉ KAPITOLY

Na konec práce jsem zařadil dvě podpůrné kapitoly dotýkající se pojmu vědomí a nevědomí. Tyto kapitoly jsou zde proto, že v textu práce se těchto fenoménů často dotýkám. Na jednu stranu se jedná o fenomény související se smrtí a psychedelickou zkušeností. Na stranu druhou jejich obsah již trochu utíká od hlavního tématu. Obsahově také překračují stanovený objem textu práce.

10 NEVĚDOMÍ

Kapitola o nevědomí je zde zařazena, protože tento fenomén zmiňuji v předešlých kapitolách a jeho samotné přiblížení pak nabízí možnost jisté interpretace psychedelické zkušenosti (která zůstává jen interpretací!). Samotný termín nevědomí chápu pak v psychologickém – psychoanalitickém kontextu a vycházím zejména z myšlenek Carla Gustava Junga.

Podle současného psychologa, Jana Poněšického, řada psychologů a filozofů označení nevědomí odmítá. Jejich stanovisko pak spočívá v tom, že co není pozorovatelné, tedy skutečné, nemá co existovat, a proto buď něco je vědomé, nebo to není (Poněšický 2012, Str. 15). Jako proti názor pak lze uvést třeba to, že pokud jsou v lidské psychice navzájem si odporující skutečnosti a měly by být všechny vědomé, muselo by nutně být přítomné více než jedno Já.

Ovšem nechci tu pochybovat nad existencí nevědomí, protože přiznání tohoto fenoménu nám otevírá jeho užití jako heuristického nástroje, o který bychom s jeho negací přišli.

První, kdo s uchopením tohoto fenoménu přišel, byl Sigmund Freud. Freud, jako objevitel, však zůstal u jednoduchého výkladu vycházejícího z biologického chápání skutečnosti, takže se jeho interpretace váže převážně k potlačeným sexuálním obsahům a libidu. Jeho spolupracovník Alfred Adler pak sexuální touhu nahradil touhou po moci. To jsou zajímavé linky, leč k nahlédnutí psychedelické zkušenosti příliš redukující a nedostatečné.

Dalším, kdo termín dále užíval a rozvinul do větší hloubky, byl Carl Gustav Jung. Obsah nevědomí se pak v jeho pojetí dělí na **osobní** a **kolektivní**. Obsah **osobního** nevědomí vzniká z osobních zkušeností. Skládá se převážně z obsahů, jež byly kdysi vědomé, avšak z vědomí zmizely tak, že byly buďto zapomenuty nebo vytěsněny. Obsah **kolektivního** nevědomí ve vědomí nikdy nebyl, a tudíž nikdy nebyl získán individuálně, nýbrž jeho existence pochází výhradně z dědičnosti. (Jung 1998, Str. 147-148)

Obě složky si je možno představit jako vrstvy na sobě ležící, kdy osobní nevědomí je povrchová vrstva, pod kterou se nachází hlubší vrstva kolektivního nevědomí (Jung 1998, Str. 98). Čím hlouběji se pak budeme nořit, tím více budeme nacházet kolektivní a prapůvodní obsahy. (Pokud pak tuhle imaginaci otočíme a místo do hloubky se budeme dostávat do šířky, můžeme si představit ještě transpersonální vrstvu, která propojuje úplně vše. S transpersonální psychologií pak přišel Stanislav Grof, právě po zkušenostech s rozšířenými stavy vědomí.)

Co se pak k pojetí nevědomí podle Junga nutně váže jsou **archetypy**. Archetypy jsou jisté formy, které se v kolektivním nevědomí vyskytují. Přesněji vynořují se z něho. Archetypy tak jsou ve své podobě nekonečnými praobrazy, které jsou jistým způsobem všudypřítomné nebo

všude rozšířené, a to v každé psyché (Jung 1998, Str. 148). Na jisté úrovni by se archetyp dal přirovnat také k fraktálu. Pro názornější pochopení archetypů si představte třeba postavu krále. (Myslím, že je hodně archetypální, minimálně pro Evropské prostředí.) Má jistou symboliku, jisté vlastnosti, nějak se chová. Nechte ho dělat si, co chce. A teď si k němu představte dalších tisíc králů. Každý je jiný. Přesto jsou si navzájem v něčem podobní. Jsou nějak oblečení, mají gesta a opakující se symboliku. Z tisíců králů vydestilujte jejich spojením zase zpátky jednoho. Pravděpodobně na sobě má korunu. Krále můžeme nechat rozpadnout a zůstává nám jen koruna. Další archetypální obraz. (Takovým způsobem by se dalo postupovat do nekonečna.) Doufám, že se mě tak trochu povedlo přiblížit pojem archetypu, v jeho nekonečnosti, vzájemné provázanosti, ale přesto tvořící samostatný o něčem vypovídající celek.

Archetypy jsou ve své podstatě idejemi, jež samy nejsou ztvárněny. Archetyp sám o sobě pak nemá žádné pevné vyčlenění. Může jim být třeba i mýtus nebo pohádka. (Jung, 1998, Str 99) Důležitá je právě jeho archetypálnost a univerzální platnost.

Archetyp pak Jung také v jistém smyslu chápal jako předobrazy instinktů.

Takže nevědomí lze chápat jako jistá vrstva lidské psychiky, o které nevíme. Nevíme ani kde a zda vůbec končí. Můžeme však pozorovat jisté „obrazy“, archetypy, díky kterým se můžeme zkusit domnívat něco o jeho obsahu.

11 VĚDOMÍ

Pokud mluvíme o nevědomí, logicky nám vyplyne otázka vědomí. Vědomí ve vztahu k nevědomí můžeme chápat jako světlo, které se rozsvítilo v hlubině nevědomí, a získalo tak jistou autenticitu, uvědomění, a později i uvědomění sebe sama. V tomto kontextu je vědomí stále provázáno s nevědomím. Může však docházet k procesu uvědomování, „kdy se světlo vědomí zesiluje“. S tím pak přichází i možnost začít přetvářet to, co bylo do té doby nevědomé. (Zda někdy může dojít k uvědomění celého obsahu nevědomí, nevíme, protože logicky neznáme obsah nevědomí, a tudíž i jeho velikost a konečnost.) (Jung 1998, Str. 37-43)

Dělám a jsem si vědom, co dělám, je rozdíl. Existuje proto vědomí, v němž převažuje nevědomí, a vědomí, v němž dominuje uvědomění (Jung 1998, Str. 40). Tento stav mezi vědomím a nevědomím, který je de facto obsažen ve všech vědomích, Jung pojmenoval *aproximativní vědomí*.

Pokud se vědomí snažíme definovat z jiného úhlu pohledu, můžeme jej nazvat vůlí, vnímáním či třeba bytím. Podstatné pak pro vědomí je jedinečnost vlastního já (kterého si v primitivní fázi nemusí být vědomo), a k tomu se váží jistá autonomie.

Z medicínského pohledu jako vědomí označujeme stav, kdy si jedinec plně uvědomuje sebe a své okolí a je schopen jednat podle své vůle a reagovat adekvátně na zevní a vnitřní podněty (Rektorová a kol. 2003, Str. 91).

11.1 STAVY ROZŠÍŘENÉHO VĚDOMÍ

To, co pojí zážitky blízké smrti, psychedelickou zkušenost, ale i různé meditační zkušenosti, spirituální zážitky či psychotické stavy, jsou stavy takzvaného rozšířeného vědomí. Jedná se o stav, kdy se lidské vědomí rozšíří, přičemž se nemusí jednat jen o obrazný popis, ale i zkušenostně člověk může nabývat dojmu, že jeho vědomí se rozšiřuje do fyzického prostoru. Pokud však jeho intenzita (náboj) zůstává stejná a nezesiluje se úměrně rozšíření, obvykle se tento jev váže k propadu do nevědomí. Člověk tak nabývá vzhledů do prapodstaty světa. Zároveň jsou ale oslabeny jeho kognitivní funkce.

Pro lepší představu může posloužit, když si vědomí představíme, jakou světelnou energetickou kouli plující v nevědomí. Nevědomí si můžeme představit jako tmou. Tím že energetickou kouli zvětšíme, ale nepřidáme do ní další energii, bude její obsah řidší, tedy více smíchaný s tmou. Zároveň však objem samotné koule bude větší.

Do protikladu rozšířeného stavu vědomí tak můžeme dát stav vědomí zúženého nebo vědomí koncentrovaného. Při koncentrovaném vědomí by pak naopak byly kognitivní funkce zesíleny na úkor zmenšení spektra, které vědomí zabírá.

U psychóz pak může dojít ke štěpení vědomí, kdy je vědomí roztažené neúměrně jeho síle, jako obraný mechanismus se pak vytvoří více „jádér“.

11.1.1 PSYCHEDELICKÉ STAVY ROZŠÍŘENÉHO VĚDOMÍ A PSYCHEDELICKÁ ZKUŠENOST

Psychedelické vědomí je pak stavem rozšířeného vědomí, který člověk zažívá po intoxikaci psychedelikem. Vědomí je obvyčejně rozšířeno, ale nikoliv zesíleno. Vhledy do podstaty věci jsou tedy zesílené, zatímco kognitivní schopnosti oslabené.

Vzhledem k tomu, že se jedná o uměle vyvolaný stav s omezenou dobou působení, nazývá se tento zážitek psychedelickou zkušeností.

Psychedelickou zkušenost a její obsah ovlivňuje velká řada proměnných.

Tyto proměnné jdou ve zkratce označit jako **set** a **setting**.

Set – je vnitřní psychologické nastavení jednotlivce před zkušeností. Toto nastavení ovlivňuje například míra stresu. Stejně tak k setu patří i záměr, který v praxi může sloužit jako jistý kompas během zkušenosti.

Setting – jsou vnější proměnné, jako je prostředí, ve kterém se zkušenost odehrává, ale i lidé, kteří nás během zkušenosti obklopují, případně doprovází.

Co se týče prostředí, je dobré nastavit takové prostředí, aby se v něm člověk cítil co nejvíce bezpečně a náležitě. Prostor je také dobré nastavit tak, aby odpovídalo záměru. Například budu-li se chtít ponořit čistě do vnitřního světa, případně rozvíjet mimosmyslové vnímání, může to být prostor v tichu a tmě. Chci-li získat vhled do přirozené podstaty okolního světa, může to být prostor na nějakém místě v přírodě atd.

Lidé obklopující nás během psychedelické zkušenosti mají také vliv na její průběh. Měli by to být lidé, kterým věříme a se kterými budeme v bezpečí. Protože během stavu psychedelického vědomí jsou oslabené naše kognitivní schopnosti, a je snažší být manipulovaný, případně zneužitý. Naopak se doporučuje vedle sebe mít **sittera**. Sitter je člověk, který nás doprovází během stavu. (Doprovází nikoliv provází!) Vytváří bezpečný prostor, případně hlídá naše fyzické zdraví. Takový člověk by měl být ideálně střízlivý, někdy se ale také užívá menší množství stejné psychedelické látky proto, aby mohl lépe porozumět aktuálnímu průběhu

zkušenosti, případně se lépe napojit na člověka, kterému „sitteruje“. Každopádně by to měl být člověk v této oblasti nějakým způsobem zkušený a hlavně ukotvený.
(Vondra 2012, Str. 30-31) (Psycare 2022, Str. 1)

POUŽITÁ LITERATURA

BALL, Martin W. Moudrost hub: šamanský rozvoj duchovního vědomí. Praha: Dybbuk. 2009. ISBN 978-80-86862-77-4.

BRAVERMANOVÁ, Anna & Tylš, Filip & Horáček, Jiří. Psychedeliky asistovaná psychoterapie – experimentální strategie v léčbě úzkostně – depresivní symptomatologie vážně nemocných. Publikováno v: Paliativní medicína 2/2021. Centrum pro rozvoj paliativní péče, z.ú. Bratřínov 2021. ISSN: 2695-1495

CZEPS, Česká psychedelická společnost. Factsheet: Psilocybin a psilocybinové houby Přehled základních informací o látce (Psilocybe spp.) [online] [cit. 6.3. 2022] Dostupné z: <https://raw.githubusercontent.com/czeps-org/factsheets/master/pdf/factsheet-psilocybin.pdf>

CESAROVÁ, Eva. Diplomová práce Možnosti a meze alternativní léčby a úzdravy ze závislosti prostřednictvím psychedelické zkušenosti. 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze 2021

ELIADE, Mircea. Dějiny náboženského myšlení. Vyd. 3. Praha: OIKOYMENH. 2008. ISBN 978-80-7298-288-2.

FIŠEROVÁ, Magdaléna. Ibogain – perspektivy v léčbě závislostí na psychotropních látkách publikováno v Postgraduální medicína 18.9.2002

FREUD, Sigmund. Totem a tabu. Praha nakladatelství portál 2017 ISBN: 978-80-262-1249-2

GABLE, Robert. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. Publikováno v: Addiction Journal 99. - Society for the Study of Addiction 2004 [online] Dostupné z: <https://web.cgu.edu/faculty/gabler/toxicity%20Addiction%20offprint.pdf>

GROF, Stanislav. Předmluva knihy Terapie se substancí psycholitická psychoterapie ve 21. století. Praha Kosmas 2017. ISBN 978-80-7436-076-3

GRUS, Michal. Bakalářská práce Srovnání NDE a podobných zážitků z psychedelických sezení s LSD, DMT a ketaminem. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze 2010

GREGOROVÁ, Jana. Paliativní medicína z pohledu klinického farmaceuta publikováno v: Praktické lékárenství 7 (4) 2011 [online] Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/lek/2011/04/07.pdf>

HOUBIT Maks. Houbook [online] [cit. 6.3. 2022] verze: 1.1.0-beta 2021-09-17 dostupné z: <https://www.houbook.info/>

JOHNOVÁ Margareta Bakalářská diplomová práce Zážitky sdílené smrti Filozofická fakulta Univerzita Palackého v Olomouci. 2013 [online] Dostupné z:

<https://theses.cz/id/yf17z9/00166449-118989498.pdf>

JUNG, Carl Gustav Výbor z díla II Archetypy a nevědomí. Nakladatelství Tomáše Janečka Brno 1998 ISBN 80-85880-16-4

JUNGABERLE Henrik & Reiche, Simon & Hermle, Leo & Gutwinski, Stefan & Gasser, Peter & Majic, Tomislav. Serotonergic hallucinogens in the treatment of anxiety and depression in patients suffering from a life-threatening disease: A systematic review. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2017. 81. 1-10. 10.1016/j.pnpbp. 2017.09.012
KOBŘILOVÁ Tereza. Diplomová práce: Analýza obsahových látek rodu Psilocybe I. Univerzita Karlova, Hradec Králové 2016

KÜBLER-ROSS, E. 2015. O smrti a umírání. 2. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KRAJČA Martin. Diplomová práce: Sociální reprezentace zážitků blízko smrti. Masarykova univerzita v Brně. 2007

KUPKA Martin. Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí. Publikováno v: Psychologie elektronický časopis ČMPS 2008 [online] Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps1.pdf>

LEARY, Timothy. Psychedelická zkušenost Praha Rig-Veda 1999

LEE, MR. The history of ergot of rye (*Claviceps purpurea*) III: 1940-80. The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 2010. č. 40, s. 77-80. DOI: 10.4997. [online] Dostupné z: https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/lee_6.pdf.

LETCHER, Andy. Magické houbičky: kulturní historie kouzelných hub. Volvox Globator. Muchomůrky bílé. Praha 2007 ISBN 978-80-7207-691-8.

MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha Grada Publishing a.s., 2010 ISBN 8024773481, 9788024773483

MECKELOVÁ FISCHEROVÁ, Friederike. Terapie se substancí psycholitická psychoterapie v 21. století. Praha Kosmas 2017. ISBN 978-80-7436-076-3

MOODY, Raymond & Perry, Paul. Doteky věčnost – Zkoumání zážitků sdílené smrti. Euromedia Group k.s. Praha 2011 ISBN 978-80-242-2933-1

NLM, National Library of medicine. 1.3. 2022 [online] Dostupné z: <https://chem.nlm.nih.gov/chemidplus/rn/520-52-5>

OSTUZZI G, Matcham F, Dauchy S Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer Cochrane databases of systematic reviews 2018 (4: Cd011006.)

PONĚŠICKÝ, Jan. Úvod do moderní psychoanalýzy, 2. vyd., Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-548-0.

PSYCARE, Česká psychedelická společnost. Factsheet: ZÁKLADY PSYCHEDELICKÉ PRVNÍ POMOCI [online] [cit. 6.4. 2022] Dostupné z: <https://raw.githubusercontent.com/czeps-org/factsheets/master/pdf/psycare-zaklady-a-pravidla-bezpecneho-uzivani.pdf>

SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. publikováno v: Paliativna medicína a liečba bolesti Bratislava 5/2012 [online] Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

SOUKUP, Jan. Zpráva z konference „Psychedelic Medicine in End-Of-Life Care“ Publikováno v: Paliativní medicína 2/2021. Centrum pro rozvoj paliativní péče, z.ú. Bratřínov 2021. ISSN: 2695-1495

SÓŠ, Petr. Ketamin v léčbě depresivní poruchy publikováno v: Psychiatrie ročník 18. číslo 4 2014 [online] Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Peter-Sos/publication/272474855_Ketamine_in_the_Treatment_of_Depressive_Disorder/links/54e481470cf2b2314f612a5c/Ketamine-in-the-Treatment-of-Depressive-Disorder.pdf

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠEVČÍK, Leoš. Eleusinská mystéria Povstala evropská kultura z rituálů s psychedeliky?. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Brno 2008.

TULLIS Paul, The rise od psychedelic psychiatry. Publikováno v: Springer Nature 28 January 2021

TYLŠ, Filip & Andrashko, Veronika & Farkaš, Jaroslav & Gotvaldová, Klára & Jajcay, Nikola & Horáček, Jiří & Kozák, Jan & Molčanová, Katarína & Páleníček, Tomáš & Placht, Otto & Surová, Květa & Ševčík, Leoš & Vejmla, Čestmír. Fenomén psychedelie. Praha Dybbuk 2020. ISBN 978-80-7438-226-0

OKON, Tomasz. Ketamine: An Introduction for the Pain and Palliative Medicine Physician public in Pain Physician. 2007. [online] Dostupné z: <https://web.archive.org/web/20131020064616/http://www.painphysicianjournal.com/2007/may/2007;10;493-500.pdf>

Reagan-Shaw, Shannon & Nihal, Minakshi & Ahmad, Nihal. Dose translation from animal to human studies revisited. FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology. 2008 22. 659-61. 10.1096/fj.07-9574LSF. [online] Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5902459_Dose_translation_from_animal_to_human_studies_revisited

REKTOROVÁ, Irena a kolektiv. Učebnice obecné neurologie. Masarykova Univerzita Lékařská fakulta Brno 2003 ISBN 80-210-3309-6

VEJMOLA Čestmír. Ketaminem asistovaná psychoterapie fact sheet [online]. Praha 2020

Dostupné z: Psyon.cz -

<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.psyon.cz/wp-content/uploads/2020/12/fact.pdf>

VONDRA, Daniel. Bakalářská práce: Role psychotropních látek ve spiritualitě, Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova v Praze 2012

WESLEY, J. Wildman; Kate J. Stockly. Spirit tech. Publishing Group St. Martin's. New York. 2021