

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

TERAPEUTICKÁ PRÁCE S
PSYCHEDELIKY
THERAPEUTIC WORK WITH PSYCHEDELICS



Diplomová práce

Autor: **Bc. Martin Zupko**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc

2019

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Terapeutická práce s psychedeliky“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26.3.2019

Podpis

Poděkování

Děkuji všem, kteří mě podporovali v cestě za vzděláním. Velký dík patří rodině a přátelům, kteří mi byli oporou. Dále děkuji všem respondentům za jejich otevřenost a upřímnost. Jednalo se o velice cennou a příjemnou zkušenost. Velký dík patří i členům České psychedelické společnosti za jejich odbornou aktivitu a všem dobrovolníkům projektu PsyCare díky kterým jsem měl možnost se tomuto tématu věnovat naplno a mnoho si z této práce odnést. Speciální dík pak patří celé Katedře psychologie za velice podnětné a příjemné prostředí pro studium. Konkrétně pak PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za umožnění realizace tohoto výzkumu a jeho odborné vedení.

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD	6
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Historie a klinická účinnost psychedelik	8
1.1	Moderní historie užívání psychedelik	9
1.2	Účinky psychedelických látek	11
1.3	Rizika spojená s užíváním psychedelik.....	12
1.4	Historie využívání psychedelik ve výzkumu.....	13
2	Historické přístupy k psychedelické terapii	16
2.1	Filtrační teorie.....	18
2.2	Psychoanalytický přístup.....	20
2.3	Psychedelická a psycholytická terapie	21
3	Moderní přístupy k psychedelickým látkám	24
3.1	Entropická teorie mozku	26
3.2	Integrated information theory	28
3.3	Predictive brain theory	30
4	Další proměnné ovlivňující psychedelický zážitek	32
4.1	Set a Setting	32
4.2	Klinický kontext.....	35
4.3	Placebo efekt.....	37
4.4	Mimo klinický kontext	37
5	Požadavky na terapeuta pracujícího s psychedeliky	39
5.1	Obecné požadavky	39
5.2	Výzkumný kontext.....	41
5.3	Harm-reduction přístup	44
6	Současný výzkum	47
	VÝZKUMNÁ ČÁST	52
7	Výzkumný problém a cíle práce	53
8	Metodologický rámec	55
8.1	Typ výzkumu	55
8.2	Výzkumné cíle a výzkumné otázky	56
8.3	Design výzkumu a tvorba dat	57
8.4	Metody zpracování a analýzy dat	59
8.5	Výzkumný soubor.....	60
8.6	Reflexe autorovy zkušenosti.....	61

8.7	Etické problémy a způsob jejich řešení.....	62
9	Výsledky	63
9.1	Případové studie a témata vzešlá z analýzy.....	63
9.2	Výsledky vzhledem k výzkumným otázkám.....	86
10	Diskuze.....	91
	Závěry	97
	Souhrn	98
	Seznam použitých zdrojů a literatury	102
	PŘÍLOHY

ÚVOD

Tato práce je vyústěním mé snahy o pochopení a seznámení se s tématem psychedelických látek. K tomuto tématu mě postupně přivedl můj zájem o změněné stavy vědomí, téma stigmatizace uživatelů návykových látek a vize terapeutické práce v budoucnu. Tento zájem postupně vedl k prvnímu výzkumu. Z něj vyplynulo, že zájem o psychedelika je mezi mladými lidmi velký zájem. Krátce na to jsem se stal členem České psychedelické společnosti a začal jsem se studiu psychedelik věnovat aktivně. Díky práci v Harm-reduction službách jsem měl možnost využít tyto znalosti a šířit tak destigmatizaci, ale také edukaci a pracovat na snižování rizik. V této práci a dalším studiu pokračuji stále.

V současné době se znovu navracíme ke zkoumání psychedelických látek. Probíhají studie se zdravými dobrovolníky i studie klinické. Ty se snaží zařadit psychedelika do lékopisů, aby mohla být použita při léčbě depresí, závislostí či PTSD. Jedná se nové téma, výzkumy se primárně věnují přímému účinku látek. Já bych se chtěl zaměřit spíše na ostatní části práce, který se podílí na výsledku.

Vnímám, že je nyní ve společnosti o psychedelické látky velký zájem. Ten pramení z fascinace a tajemnosti, která je s těmito látkami spojená. A také z možných terapeutických přínosů, které tyto látky snad nabízejí. Díky znalostem a svým zkušenostem docházím k názoru, že psychedelika jsou látky s obrovským potenciálem. Chtěl bych zjistit, jak vypadá a probíhá tato práce v praxi. Jací jsou lidé, kteří tuto práci dělají. Jaké jsou požadavky na člověka pracujícího s těmito látkami. K tomuto tématu se pojí také rizika. Ta se dají ovlivnit přípravou, prostředím a dalšími způsoby. Rád bych zjistil, jakým způsobem se dají tato rizika minimalizovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE A KLINICKÁ ÚČINNOST PSYCHEDELIK

Cílem této kapitoly je představení pojmů a popis využití psychedelických látek v historii. Stručně shrneme účinky psychedelik. Vzhledem k množství různých látek měnících vědomí a přístupů, jak na tuto fenomenologii nahlížet, není možné obsáhnout všechny aspekty této problematiky. Nicméně s ohledem na trendy v akademickém zkoumání a vývoje poznání je v současné době snahou, aby se tyto témata propojovala, nacházely se styčné plochy a k tématům se přistupovalo komplexně. Cílem teoretické části práce je tedy definovat tyto látky, přiblížit jejich fungování, popsat jejich terapeutické užívání a terapeutické přístupy v historii a současnosti, nastínit význam dalších proměnných v rámci psychedelické zkušenosti, sumarizovat požadavky na terapeuta pracujícího s těmito látkami a současnou úroveň poznání v rámci akademického světa.

Jedním z prvních pojmů, které je třeba definovat, je samotné označení látek měnících vědomí. Ty totiž mají mnohá označení. Často se ve společnosti setkáváme s pojmem halucinogeny, odvozeným z latinského *alucinare* znamenajícím toulat se či bloudit vlastní myslí. Tento pojem byl zavedený psychiatrem Osmondem v roce 1953. Odkazuje však na patologický projev účinku, jakým jsou halucinace, poruchy myšlení, paranoia nebo depersonalizace.

Stejný psychiatr přišel o 3 roky později s označením psychedelika ve vztahu k účinkům meskalinu a LSD. Jedná se o spojení řeckých slov *psyché* (duše) a *delein* (manifestovat se). Překlad tedy znamená mysl manifestující látky (Miovský, 1996).

Dalším označením jsou etheogeny, se kterým přišli v roce 1979 tým Rucka, Wassna a Otta z Bostonské univerzity. Ten je odvozen z řeckého *entheos*, což v překladu znamená "to, co ukazuje boha uvnitř" (Ott, 1995).

Strassman (1995) přináší další názvy, které vycházejí z popisu účinků látky jedná se například o psychodysleptický (mysl narušující), oneirogenní (produkující sny), phanerothymický (zviditelňující pocity), psychomimetický (napodobující psychózu) či psychotogenní (vytvářející psychózu).

Pro účely této práce jsme zvolili označení psychedelika. Jednak proto, že nemá negativní konotaci jako například označení halucinogeny, a zároveň popisuje široké možnosti prožitku změněného stavu vědomí. Neposledním důvodem je, že se toto označení ustálilo a je všeobecně využíváno v rámci odborné i laické veřejnosti.

Dalším pojmem je terapeutické využití. Z pohledu této práce se nejedná jen o samostatný terapeutický potenciál látek, ale také dalších proměnných, které mohou terapeutický efekt ovlivnit. Existují dvě základní oblasti, které můžeme popsat jako specifickou (konkrétní látka a její účinek) a nespecifickou složku terapeutického využití. Pak se bavíme o proměnných jako je kontext léčby, očekávání, informace o ní, set a setting, osobnost terapeuta, interakce a vztah s terapeutem (Norcross, 2002).

V současné situaci se většina studií věnuje analýze terapeutického efektu látky, tzn. specifické složce. Specifická složka je taky ve výzkumech zohledňována v rámci designu a metodologií výzkumů, nicméně výzkum účinnosti psychologické práce je velice náročný, metodologicky i finančně, a v současné době není předmětem bádání. Jedná se však o doménu, která je častěji v diki psychologů než psychiatrů a neurovědců a cílem této práce je shrnout i poznatky o této nespecifické složce.

V tomto ohledu je nejspíše nejvíce znatelný rozdíl mezi historickými výzkumy z dob od 50. let minulého století a výzkumy, které se provádějí od začátku 90. let a v současnosti. Etický přístup, snaha o bezpečnost, je v současné době velice důležitá v porovnání s přístupem v minulosti. Nejspíše z tohoto důvodu ovšem v současných studiích nenalezneme kazuistická data a příběhy jednotlivých participantů tak, jak to bylo standardem v prvním období akademických výzkumů (Doblin, 2015; Groff, 1980).

Dalším důležitým aspektem je holistický přístup k psychedelické zkušenosti. Takzvaný bio-psycho-sociálně-spirituální model reflektuje potřebu nahlížet na tuto zkušenost komplexně. To znovu potvrzuje nutnost nevnímat terapeutickou změnu jen z pohledu účinku dávky. Tento přístup se osvědčil nejen v léčbě závislostí, kde jej úspěšně využívá Kudrle (in Kalina, 2003), ale také v celostním přístupu ke člověku a pacientovi, jak jej popisuje Orel (2009).

1.1 Moderní historie užívání psychedelik

Co se týče zasazení do historického kontextu, první vlnou užívání psychedelik by se dal považovat konec 18. století a přelom 19. století. V té době se vědci zajímali o možnost

navodit patologické stavy připomínající psychózu pomocí meskalinu, hašiše, rajským plynem, morfinem, opiem ale také čajem či alkoholem. Tyto pokusy se prováděly dokonce i v laboratoři Wilhelma Wundta či Emila Kraepelina (Müller et al., 2006; Schmied et al., 2006).

Jako milník novodobého využití psychedelických látek můžeme považovat rok 1943, kdy proběhla neplánovaná intoxikace chemika Alberta Hoffmana, který takto prožil první LSD zkušenost. Tu po své zkušenosti opakoval o tři dny později a výsledky sdílel se svými spolupracovníky. V reakci na to firma Sandoz rozeslala vzorky kyseliny lysergové na mnohá pracoviště po celém světě, včetně tehdejšího Československa. Některé z látek byly objeveny již předtím, ale právě v této době se dostaly do hledáčku psychiatrů a psychologů, protože se očekával přínos ve zkoumání fungování mozku a možné terapeutické využití (Hoffman, 1983).

V době od 50. do poloviny 60. let bylo publikováno více než 1000 klinických studií, které viděly potenciál v těchto látkách a možnost lépe díky nim porozumět mozku. Celkový počet účastníků studií včetně mnohých výzkumníků byl kolem 40 000, byly vydávány knihy a pořádaly se mezinárodní konference (Grinspoon a Bakalar, 1979).

Zajímavé také je, že společně s objevením LSD se otevřelo pole zkoumání serotoninu v neurovědách, konkrétně v roli serotoninu na jeho mozkové funkce. Jak zmiňuje ve své studii Nichols (2016), v roce 1952 existovalo pouze 10 publikací v americké národní medicínské knihovně, které se věnovaly převážně jeho vlastnosti stahování krevních cév. V roce 1960 se jednalo už o 300 publikací o serotoninu, 35 zaměřených na vlivu serotoninu na mozek. Ve srovnání v roce 1960 existovalo pouze 197 publikací ohledně norepinephrinu a noradrenalinu, neurotransmiteru, který byl objeven a studován od půlky 40. let minulého století.

Vedle výše zmiňovaného LSD se vědci zabývali studiem dalších agonistů receptorů serotoninu jako je psilocybinu, psilocinu a meskalinu (Jacobs, 1984). Dále pak empatogenů MDMA, MDEA, MDA které byly psychologům v polovině 70 let představeny chemikem Shulginem (Stollaroff, 1997).

Samotná psychedelika se tedy různě dělí podle jejich účinku a podle toho, na jaké bázi v rámci mozku reagují. Látky lze také dělit z hlediska jejich neurofarmakologického účinku na serotonergické psychoaktivní fenethylaminy a triptaminy (antagonisti 5-HT_{2A} serotoninových receptorů), kam řadíme LSD, psilocybin, meskalin, DMT. Další skupinou

řazenou mezi psychedelika patří NMDA antagonista glutamátových receptorů, do této skupiny patří ketamin. A na pomezí stimulantů a psychedelik se řadí také MDMA, které hlavně z hlediska terapeutického účinku v této práci mezi psychedelika patří.

1.2 Účinky psychedelických látek

Jednotlivých látek, které navozují psychedelické zážitky, jsou stovky. Ty se pak liší jednak povahou látky a také její dávkou. Obecně můžeme rozlišit účinky těchto látek do čtyř základních skupin.

První jsou změny v percepci. Variují od jemných až po extrémní změny. Patří zde zesílení vnímání, jeho distorze, iluze, vznik mentálních obrazů, jednoduché či komplexní halucinace, zintenzivnění barev, textur, světla, zvuku. Okolní svět je vnímán ostřeji a detailněji s pocitem jasnosti. Lidé popisují, že pocitově či opticky vnímají prostředí zřetelněji jakoby ve vyšším rozlišení. Dále jsou popisovány změny ve vnímání vlastního těla, jeho velikosti, změny obrazu těla, tvaru těla nebo místa, kde se nachází. Tyto pocity jsou spjaty s emocionálními a kognitivními efekty (Hoffmann, 1983; Preller et al., 2016; Strassman et al., 1994).

Druhou skupinou jsou emocionální změny. Obecně se jedná o zintenzivnění pocitů, zvětšený přístup k nim a také širší spektrum emocí prožívaných v rámci psychedelické zkušenosti. Zkušenost může vést v pozitivním smyslu ke stavům euforie, smíchu, hravosti. V negativním pak ke strachu, úzkosti, paranoie, pocitu ztráty kontroly. Většina emočních psychedelických prožitků v podpurném prostředí je spíše pozitivní (Carhart-Harris et al., 2016b; Preller et al., 2016; Strassman, 1984).

Změny v kognici jsou další skupinou. Ty se projevují změnou v myšlení, volným plynutím myšlenek či asociací. Změněná je i schopnost pracovní paměti a pozornosti. Ovšem bylo prokázáno, že snížená schopnost myšlení se u uživatelů se zkušenostmi s psychedeliky projevuje méně, další proměnnou je množství podané látky. Docela novým fenoménem je tzv. mikrodávkování, kde se počítá dokonce se zlepšením kognitivních schopností, to ovšem vyžaduje ještě další studie pro potvrzení. Dalšími vyzkoumanými jevy je zvýšená kreativita, divergentní myšlení, podpora primárního procesu v myšlení, zvýšení osobnostního rysu otevřenosti nebo zlepšená schopnost řešení problémů (Bousso et al., 2013; Carhart-Harris et al., 2016a; Lebedev et al., 2016; Sweat et al., 2016; Wong, 2017).

Poslední skupinou jsou účinky a změny vnímání ega či jeho úplné ztráty. Tyto efekty byly zjištěny již v rámci historického výzkumu psychedelik. Tyto změny vnímání varíují od lehkého přesahu, kdy je člověk ovlivněný psychedeliky schopen lepšího náhledu svých vzorců chování, osobních problémů a minulých zážitků. Až k zážitkům velice intenzivním, při kterých dochází ke smazání rozdílu mezi objektem a subjektem, až po rozpuštění ega a ztrátu hranic mezi self a celým světem. Tyto silné zážitky jsou spojovány spíše s užitím vyšších dávek. Bylo zjištěno, že psilocybin má vyšší schopnost pro plnou ztrátu ega než LSD a že tyto zážitky mohou být stimulovány například poslechem hudby. Zajímavé také je, že lidé, kteří zažili úplnou ztrátu ega v rámci psychedelické terapie, dosahují pozitivnějších výsledků v rámci klinického hodnocení (Griffiths et al., 2008; Kaelen et al., 2018; Liechti et al., 2017).

1.3 Rizika spojená s užíváním psychedelik

Rizikovost psychedelik je rozdílná od ostatních návykových látek. Prvním a nejdůležitějším rozdílem je nenávykovost psychedelik. Tím, že většina psychedelik fungují na serotoninové bázi a nikoliv na dopaminové, nedochází k návyku a bažení po těchto látkách. Naopak u klasických psychedelik, jako například LSD dochází k extrémně vysoké toleranci. To znamená, že člověk, který by chtěl užít LSD např. následující den by musel dávku zdvojnásobit, aby došlo k podobnému účinku. Mezi fyzická rizika spojená s užíváním psychedelik patří riziko srdečních komplikací, hlavně u uživatelů s vrozeným srdečním onemocněním. A u látek jako Ibogain pak je toto riziko u všech uživatelů, jelikož je arytmogenní. Stejný problém je pak například s ketaminem. Obě zmíněné látky ovšem patří mezi atypická psychedelika. Mezi další fyzická rizika patří možnost poškození jater a ledvin u přírodních psychedelik jako jsou lysohlávky či durman. Posledním rizikem je serotoninový syndrom, který může vést až k úmrtí. Důsledkem je vysoká hladina serotoninu v organismu, ovšem jeho výskyt spojený s psychedeliky je nízký. Často k němu dochází při kombinaci s dalšími látkami obsahujícími serotonin, například antidepresivy (Kalina, 2003). Psychická rizika jsou nejčastěji způsobena špatnou edukací, prostředím či komorbiditou jiných psychických poruch či jejich predispozicí (ať již latentní či manifestovanou). Poté může docházet ke zmatenosti, dezorientaci, poruchám myšlení či emocí. V DSM-V je již přímo obsažena diagnóza „*Hallucinogen persisting perception disorder*“ což se dá přeložit jako přetrvávající porucha pozornosti po užití psychedelik. Ta se projevuje změnou ve vnímání, která pokračuje po vyprchání účinků psychedelik. Jedná

se o flashbacky, přetrvávající vizuální halucinace nebo poruchy ve vnímání (American Psychiatric Association, 2013).

1.4 Historie využívání psychedelik ve výzkumu

Látky se v historii využívaly jak u zdravé populace, lékařských zaměstnanců a studentů, tak i u klinické populace a případů, které neměly prognózu zlepšení, nebo dokonce u vězňů. Vedle různých objevů a případů zlepšení docházelo z dnešního pohledu k neetickému chování, které by v současnosti etickými komisemi pravděpodobně neměly šanci projít. Docházelo ke kombinací látek, například LSD a stimulantů, aby se pacienti rozmluvili (Savage et al., 1966), LSD a metamfetaminu u dětí (Bender, 1970), mixování LSD a tranquilizérů (Sandison, 1959), LSD a etylalkoholu (Mareček et al., 1967), s antidepresivy (Vojtěchovský et al., 1960a), pokusy zastavit intoxikaci LSD diazepamem (Barnett, 1971), léčbu fetišismu (Whitelaw, 1959), léčbě exhibicionistů (Tauš, 1967), léčbu pacientů se schizofrenií (Stoll, 1947), léčbu závislostí na alkoholu (Pahke et al., 1970), léčbu autismu u dětí (Freedman et al., 1962), dětskou psychoterapii za použití psychedelik (Fontana et al., 1965). V rámci výzkumů se také využívaly psychodiagnostické metody, často Rorschachův test (Bercel et al., 1957; Delay et al., 1954; Lebovits et al., 1960; Pierce, 1961; Rinkel et al., 1952; Stoll, 1952; Ziolkko, 1959) či MMPI (Clin, 1956; Hausner et al., 1963; Lebovits et al., 1960), 16 PF (Bottrill, 1969), kresbu stromu (Pierce, 1961) nebo vnímání času (Grof et al., 1960; Horáčková et al., 1960).

Psychedelika se zanedlouho rozšířila do společnosti. Stevens (1987) ve své knize popisuje rozdělení uživatelů LSD do dvou skupin. První, která se dala označit za konzervativní a jejím představitelem by mohl být například spisovatel Aldous Huxley, vnímali, že účinky LSD silné a nebezpečné. Tato skupina navrhovala, aby k těmto látkám měli přístup jen společenské elity jako umělci, spisovatelé a vědci, kteří by zprostředkovali jejich distribuci do společnosti. Druhá skupina, jejichž přístup byl více radikální a dala by se spojit se jmény jako Richard Alpert a Timothy Leary, nahlížela na látky jako LSD tak, že mají sílu změnit společnost a měly by být šířeny, jak to jen jde.

V šedesátých letech minulého století se pak tyto látky staly velice populární. Pronikaly do subkultur, které glorifikovaly jejich mystické účinky a vnímaly je jako nástroj zvyšování úrovně vědomí. K tomu se přidala i celá generace hudebníků a kapel, kteří touto látkou byli ovlivněni, a to se projevilo jak v jejich tvorbě, tak jejich světonázorech a přístupu ke

společnosti. Mezi dodnes známé patřily například Pink Floyd, Jimi Hendrix, Jefferson Airplane nebo Beatles.

V reakci na toto široké rozšíření se zvedla vlna mediální nevole, vycházely články, které popisovaly možná rizika spojená s užíváním psychedelik. V roce 1965 přestala firma Sandoz dodávat LSD a psilocybin do USA a následně jejich výrobu ukončila. V roce 1970 pak prezident Nixon podepsal tzv. “Controlled Substances Act” v rámci boje proti drogám, čímž zařadil LSD a psilocybin do skupiny látek č.1. Tedy mezi látky s žádným medicínským využitím a vysokým rizikem návykovosti. Mezi další látky ve skupině č.1 patří heroin, marihuana, extáze a další (Stevens, 1987).

Tímto se zkoumání těchto látek na oficiální úrovni zastavilo. V tehdejší Československu ještě produkce několik let pokračovala ale i tam se zastavila. Více prostoru o české historii zkoumání psychedelik nabídne kapitola Přístupy v psychedelické terapii. Látky se dále využívaly v “undergroundu”. V roce 1977 se díky Alexandru Shulginovi začalo také terapeuticky zkoumat MDMA, které představil jungiánskému terapeutovi Leo Zeffovi (Stollaroff, 1997).

Novodobý výzkum psychedelik můžeme zaznamenat od počátku 90. let minulého století. Nejčastěji se jednalo o studie s meskalinem a psilocybinem. Stejně jako v první vlně zkoumání se jednalo buďto o zkoumání změny vnímání či simulaci psychózy (Griffiths, 2006; Hermle, 1992; Vollenweider, 1997). Další studie byly zaměřeny již na léčbu a snižování projevů psychických poruch. Moreno (2006) se zaměřil na snižování projevu obsedantně kompulzivní poruchy pomocí psilocybinu, Grob (2011) na snižování úzkosti u pacientů s rakovinou, Kometer (2012) na antidepresivní, anxiolytické účinky a zlepšení nálady. Studie Johnsona et al. (2014) zkoumala účinky psilocybinu na léčbu dlouhodobých uživatelů tabáku, Gasser et al. (2014) zkoumal vliv LSD u pacientů úzkostnou reakcí na život ohrožující nemoc, Bogenschutz (2015) se zaměřil na využití psilocybinu u pacientů se závislostí na alkoholu, studie na léčbu deprese a úzkostí byly realizovány týmy Osoria et al. (2015) a Sanchese et al. (2016) za pomoci ayahuascy, Carhart-Harris et al. (2016b), Rosse et al. (2016) a Griffithse et al. (2016) za pomoci psilocybinu. V současné době také probíhají studie MDMA v léčbě post-traumatické stresové poruchy u vojenských veteránů ale i jiných obětí traumatu (Doblin, 2015; Mithoefer et al., 2018; Oehen et al., 2013; Ot’alora et al., 2018). A ibogain který se využívá při léčbě silných závislostí na opiátech (Brown et al., 2017; Noller et al., 2017). Studie psychedelik probíhají také v rámci České republiky v Národním ústavu duševního zdraví. Studie v ČR se zabývaly jak animálním

studiem psychóz s pomocí psilocybinu a ketaminu, LSD a MDMA a 2CB. Dále také studii zdravých dobrovolníků (psilocybin a ketamin), pacientů s depresí (ketamin). Vyšla také knižní podoba psilocybinové studie se zdravými dobrovolníky, která také obsahuje popis zkušeností z pohledu participantů (Fujáková et al., 2014; Horáček et al., 2010; Páleníček et al., 2007; Páleníček et al., 2010; Páleníček et al., 2011; Šóš et al., 2013; Páleníček et al., 2013; Tylš et al., 2017).

Cílem této kapitoly bylo definovat základní pojmy a přiblížit novodobou historii využití psychedelik. Snaha využití psychedelik k léčbě různých diagnóz pokračuje i v současné době. A to i přes útlum způsobený válkou proti drogám, která se ovšem jeví jako prohraná a neefektivní (Branson, 2016). Zájem badatelů o tyto látky existuje už dlouhá desetiletí, postupně se však mění způsob, jak se s těmito látkami pracuje a s vývojem nových technologií se na jejich efekt může nahlížet ještě přesněji. To bude i tématem dalších kapitol Historické a moderní přístupy k psychedelickým látkám.

2 HISTORICKÉ PŘÍSTUPY K PSYCHEDELICKÉ TERAPII

Jak již bylo v minulé kapitole naznačeno, psychedelické látky se zkoumaly již v 18. a 19. století. První úvahy badatelů směřovaly k tomu, že by se tyto látky mohly využít jako psychomimetika, tudíž simulátory psychóz, značná část studií se věnovala zkoumáním jejich účinků na psychiku člověka. To vedlo ke zjištění, že tyto látky mohou mít určitý přínos a ne pouze negativní účinky. Z tohoto vznikla takzvaná Filtrační teorie, kterou navrhl Osmond. Další vliv na zkoumání psychedelik měla psychoanalýza, která byla v polovině minulého století dominantní psychoterapeutickou teorií. Z povahy výzkumů se pak začala aplikovat tzv. psycholytická a psychedelická terapie, kdy psycholytická měla silné zastoupení i v ČR.

První pokusy s látkami měnícími vědomí jsou datovány až do 18. století. Jednalo se hlavně o autoexperimenty a popisy účinků látek. Byla to první metoda, jak s látkami v psychofarmakologii pracovat. Experimentátoři na sobě pozorovali fyzické a psychické účinky, v 19. století začalo být toto zkoumání více systematické než jen tytoromantizované, pseudovědecké a introspektivní metody. Jednalo se pak o studium účinku hašiše vědce de Tourse v roce 1843, který je považován za prvního tvůrce modelu pro mentální onemocnění. Dalším známým experimentátorem byl Cattell, asistent ve Wundtově laboratoři v Lipsku, či významný psycholog James. Kraepelin vytvořil jedno z prvních schémat pro mentální onemocnění a klinický popis schizofrenie, jako první navrhl, že látky měnící vědomí souvisí s neurálními mechanismy a poprvé použil výraz farmakopsychologie (Schmied, 2006).

Další zkoumání proběhly s meskalinem a jeho podobnými účinky s psychopatologiemi (Lewin in Schmied, 2006). Dále také zkoumání spojitosti mezi intoxikací a náboženskými ceremoniemi (Leuba in Schmied, 2006). Tyto poznatky pak sepsal Lewin v práci o psychedelikách, která se nazývala Phantastica (Lewin, 1998).

Velká podobnost s psychotickými stavy byla pozorována při stavech navozených LSD a psilocybinem (Hoffmann, 1983; Stoll, 1947). Nejedná se však o přesnou kopii, nástup psychedelik je rychlý a trvá chvíli narozdíl od většinou dlouhotrvajících projevů

schizofrenie, kde jsou častější sluchové halucinace než halucinace vizuální, které jsou spíše doménou psychedelik (Hoffmann, 1983).

V Československu měl nejrozsáhlejší zkušenosti s experimentálními psychózami Roubíček, který spolupracoval se Srncem. Provedli více než 200 experimentů se zaměřením na psychopatologii, EEG výzkumy, výtvarné projevy a možnostmi terapeutického využití. Sociálním experimentům se věnoval Vinař (Grof, 1960; Roubíček, 1955).

Roubíček (1955) zkoumal pomocí LSD podobnost experimentální psychózy a psychózy schizofrenní. Z jejich zkoumání vychází, že tato podobnost se schizofrenií je velice nízká. Podobnost zůstává v možnosti oba dva stavy potlačit chlorpromazinem. Po větších dávkách popisují manické halucinační stavy. Po testování 115 osob zdravých (psychiatri, psychologové a výtvarníci) a pacientů zjistili, že u LSD je zrychlené myšlenkové tempo, což neplatí u schizofrenie, LSD má bohaté zrakové přeludy, což se také nevyskytuje u schizofrenie. LSD spíše lehce karikuje rysy osobnosti, zatímco schizofrenní proces vede k poruchám až rozpadu osobnosti. Dochází ke ztrátě vzpomínek a obvykle nevyvolává dezorientovanost a poruchy vědomí. Dále jsou patrné rozdíly v elektroencefalografu, LSD tyto hodnoty na rozdíl od schizofrenie mění. Srovnávali také výtvarnou činnost mezi lidmi intoxikovanými LSD a lidmi se schizofrenií. Než podobnost nacházeli spíše rozdíly (Grof, 1960; Roubíček, 1955; Vojtěchovský, 1960b).

Testování intoxikovaných subjektů za pomoci Rorschachova testu vykazovaly abnormality nejbližší schizofrenního či paranoidního typu, odpovědi byly často kontaminované a odpovídaly klinickému obrazu akutního exogenního typu psychózy (Berzel, 1957; Rinkel, 1952; Stoll, 1952). Prvotní podobnost s psychózou a potenciál náhledu do zkušenosti člověka s psychózou se v minulosti nepotvrdila. Z pohledu pozorovatele a dle testů v minulém století se vědci shodli spíše na tom, že se psychedelika nedají považovat za simulátory psychóz. Díky těmto studiím, které byly hlavně ze začátku zkoumání LSD autoexperimenty, začali vědci objevovat další možnosti a terapeutický potenciál. To vedlo k dalším zkoumáním ve spojení s psychoanalýzou. Zde lze vidět, jak se navzájem jednotlivé diskurzy ovlivňují. To se potvrzuje v dnešní době, kdy je znova aktuální hypotéza, že agonisté receptorů serotoninu 5-HT_{2A} jako je psilocybin či LSD napodobují psychotické stavy. Tato hypotéza byla potvrzena v posledních letech díky studiu mechanismů 5-HT_{2A} receptorů. Byla objevena aktivace receptoru při intoxikaci, kdy tyto abnormality jsou pozorovatelné v mozku pacientů se schizofrenií. A role 5-HT_{2A}

antagonisty receptoru se používá u atypických antipsychotik jako je clozapin a risperidon. Tato zjištění byla podpořena také studii využívajícími PET tomografii, která objevila, že psilocybin produkuje metabolické změny, které se dají zaznamenat na prefrontálním kortexu což je charakteristické také pro akutní fázi schizofrenie (Geyer, 2008). Zde lze vidět, že díky moderním zobrazovacím metodám se opět podobnosti nacházejí tam, kde se díky dominanci psychoanalytického přístupu a limitech v podobě testovacích metod a pozorování jednoduše podobnost již neviděla. S nástupem nových technologií jsme ale opět schopni podobnosti nacházet a nabízí se otázka, jak další práce s psychedeliky či vývoj ve vědě i společnosti změní pohled na tyto látky a jejich účinky.

2.1 Filtrační teorie

Jak bylo již v minulé kapitole naznačeno, Osmond ve spolupráci s Huxleyem objevil, že psychedelika nemají jen negativní či patologický účinek. Biologická funkce mozku podle něj filtruje, eliminuje a vybírá, co pronikne do vědomí tak, aby bylo zachováno normální self. Jako metaforu využil tzv. *cerebral reduction valve*, tudíž mozkový redukční ventil. Skrz ten do vědomí proniká jen to, co je pro člověka důležité. Považoval vývoj tohoto ventilu za přirozený. Poukazoval na to, že se vyvíjí postupně a že během dětství, kdy není plně vyvinut, mají děti možnost zažívat vizionářský svět. V průběhu dospívání pak člověk tento ventil kultivuje podle sociálně a biologických nároků, myšlenek a pocitů. Tato filtrační teorie byla ovlivněna jmény jako Kraepelin, James nebo filosofem Bergsonem (Huxley, 1999).

Účinky LSD či meskalinu pak mají možnost ovlivnit tento mechanismus ventilu a omezit jeho fungování. To vedlo Osmonda ke změně pojmenování halucinogenů na psychedelika, protože to takto lépe popisuje manifestaci mysli. V rámci svých pozorování intenzivnějších pocitů, nezvyklých myšlenek a změny vnímání self došli k tomuto poznání. Jedná se o způsob, jak obejít analytické myšlení. Huxley předpokládal, že toto bylo snahou již pravěkých lidí. Jednalo se o pocity transcendence a vizionářské zkušenosti, které mají možnost překročit vlastní já, jež může být někdy prožíváno jako omezující. Jedná se tak o post-modernistickou snahu přesáhnout racionalitu a jeden z případů její kritiky. Tento filtrační mechanismus, který je evolučně užitečný, může ale také fungovat patologicky, a to ve dvou směrech. První, silně reagující filtr omezuje fungování mysli a jejich obsahů, způsobuje rigidní, prázdný, neurotický život. Druhý, málo fungující filtr vytváří opačný problém. Způsobuje protékání velkého množství informací do vědomí a může způsobit

zmatenost, přehlčení či halucinace. V tom viděli Huxley s Osmondem podobnost s psychotickými zážitky. V rámci psychedelické zkušenosti tedy může docházet k přesahu vlastního ega, biologické či racionálního omezení. Tato omezení vznikají v čase díky učení a zrání mozkového redukčního ventilu. Snaha o překonání těchto limitů je v člověku zakořeněna od dob, kdy si tato omezení dokážou uvědomit (Huxley, 1999; Osmond, 1953; Swanson, 2018).

Tuto teorii si ještě naivně představujeme následujícím způsobem. Malé děti rodí již s plně vyvinutým limbickým systémem jsou již v útlém věku schopny svět emočně vnímat velice bohatě, zatímco vyšší, kognitivní struktury mozku jsou ještě nevyvinuté. To se mění až postupně zráním CNS a vývojem jazyka. Na emoční úrovni jsou tím pádem děti schopny vnímat citlivěji než dospělí a až kolem 3. roku věku. V té době se učí všechny emoce, které do té doby zažily, pojmenovávat a prožívat i na úrovni šedé kůry mozkové. Je velice těžké popisovat vlastní emoce díky absenci světa pojmů před vývojem řeči a je téměř nemožné popsat emoční zážitky prvních let života. Například teorie attachmentu se tomuto ranému vývoji věnuje, stejně jako analytické teorie, teorie traumatu a podobně. Naše představa je taková, že narozené dítě je silně napojeno na své pocity, které vycházejí z tělesných potřeb a jejich uspokojování. To znamená z prostředí, které dítě zažívá. Dokáže toto velice dobře prožít, ale není schopno tyto zážitky popsat. Dospělí lidé, a hlavně lidé vzdělaní, jako například lékaři (Osmond), či spisovatelé (Huxley), kteří mají velice dobré vyjadřovací schopnosti a jistou představu o tom, v jakém světě žijí dokáží naopak tyto věci dobře racionálně popsat. Nicméně popis emocí je pro nás tímto kognitivním nahlížením na svět ovlivněno, či dokonce ztíženo. Jsme tedy schopni zažívat a popisovat emoce, nicméně je to dle mé úvahy nesrovnatelné s emočním prožitkem dítěte, které tyto racionální a lingvistické možnosti nemá.

Děti rozumí také mnohem lépe kontextově, nemusí chápat, že mezi rodiči je konflikt nebo že jsou rodiče v ohrožení, jednoduše to ale dokáží cítit na emoční úrovni a reagují symptomaticky tak, jako by reagoval dospělý, kterému by byla daná situace vysvětlena. Proto si představuji filtrační teorii jako osvětlení tohoto rozporu. Rozporu mezi vnímáním emočním, které je od narození dokonalé, a vnímáním racionálním, které je naučené a mezi lidmi sdílené. Redukční ventil pak dle mé představy pracuje právě s tímto nepoměrem. Jsme díky psychedelickým látkám schopni zažívat “nepopsatelné” zážitky a napojovat se na primární pocity a informace, které jsou v mozku uloženy, ale obvykle už ne příliš

přístupné. Dostat se ke zdroji emocí, které ovlivnily náš další vývoj a předcházeli tomu, jak začneme svět interpretovat a popisovat.

2.2 Psychoanalytický přístup

Další teorie, která ovlivnila pohled a práci s psychedeliky a jejich budoucí směřování, je psychoanalýza. Zde pokračuje vzájemné ovlivňování interpretace vnímání světa a vnímání samotných psychedelických látek. I když samotný zakladatel Freud nepracoval s psychedeliky, vnesl do psychologie pojmy, které pomáhaly v minulosti formovat porozumění jejich účinků. Konkrétně tedy primární a sekundární proces. Sekundární proces je považován za hierarchicky vyšší, kognitivní, který plní adaptivní funkci. Funguje na základě pravidel a pomáhá vytvářet princip reality. Tímto pak snižuje vliv nižšímu primárnímu procesu, který je poháněn emocemi a principem slasti. Sekundární proces se projevuje ve změněných psychofyziologických stavech jako je snění, hypnóza, meditace, senzorická deprivace, trans, psychóza či látkově změněný stav vědomí. Projevuje se nečekanými kombinacemi událostí, změnami obrazů či situací, protichůdnými pravidly, myšlenkami či emocemi. Je možné si jej částečně uvědomit slovy tedy, kultivací sekundárních procesů. Primární procesy mají vliv na vnímání já a okolního světa. Pokud je primární proces dominantní, může se to projevovat schizofrenickými jevy či silnými hraničními či závislostními projevy poruchy osobnosti. Primární proces je spojován se stavy změněného vědomí po užití LSD či psilocybinu. To je způsobeno stimulací serotoninových receptorů 5-HT_{2A}. Tyto účinky byly potvrzeny ve studii srovnávající LSD a splacebem týmem Kraehenmanna (Kalina, 2003; Kraehenmann, 2017).

Z historického hlediska byl psychoanalytický přístup v době 50. a 60. let v práci s psychedeliky dominantní. Látky byly terapeuticky využívány, aby podpořily terapeutický proces. Snižovaly psychologické obrany ega a pomáhaly ve vynořování obsahů, které pak klienti s terapeuty zpracovávali. Další byl zážitek překonání ega, tzv. "peak experience", tedy vrcholné zážitky, které mají dlouhodobý účinek na klienta. Jsou také popsány zážitky vedoucí ke změnám vnímání či úplné ztrátě ega (Carthar-Harris, 2014b).

Cattell (1957) vychází z psychoanalytického hlediska a vidí potenciál intoxikace, při kterém dochází k narušení homeostázy a následně k mobilizaci organismu a přemístění zdrojů a obran. Cílem je pak obnovit a znovu získat rovnováhu na úroveň před podáním

látky a najít co nejvýhodnější rovnováhu s co nejmenší dominancí emocionálních problémů.

Grof (2001) se domníval, že zážitky s LSD dokáží dokonce potvrdit psychoanalytické teorie. Přispíval tomu fakt, že sám byl psychoanalyticky vzdělán a zažil mnoho psychedelických zkušeností. Dalšími terapeuty, kteří vycházeli s psychoanalýzy, byli Martin a McCririck z Anglie. Ti ve Welbecké klinice pracovali s pacienty, kteří zažívali problémy spojené s emocionální deprivací a frustrací, které vyvěraly z nenaplněných potřeb v dětství. Vyvinuli techniku, která se snažila naplnit a uspokojit tyto potlačené a neuspokojené potřeby. Pracovali s LSD, prací s tělem a dotykem a regresemi. Při sezeních klienti leželi přikrytí dekou, na očích měli škrabošky a terapeuti seděli po jejich boku a držíce je v objetí, nebo jim dávali pít mléka tak, jak by to dělala matka konejšící své dítě. Na tuto tzv. anaklitickou terapii panovaly rozporuplné názory. Jeden tábor byl fascinován výsledky práce s potlačenými traumaty, kritika proti se děsila kontaktu s klientem, který byl v kontrastu s původním analytickým přístupem psychoanalýzy. Grof tento pár v Londýně navštívil a byl ohromen, jak je tento přístup pro klienty prospěšný. Navíc zaznamenal, že při této technice dochází k menšímu množství problémů s přenosem než u obyčejných Freudianských terapeutů (Grof, 2006).

Ovšem svou dominanci začala psychoanalýza v dalších dekádách ztrácet. Začaly se objevovat kritiky tohoto přístupu a celkově byl problém s prokazováním velice obecných hypotéz. Její místo přebíral kognitivní přístup ve spojení s rychlým vývojem farmakologie v psychiatrii. Až současný výzkum pomocí zobrazovacích technik, který vedl k dalšímu poznání ve zkoumání fungování mozku opět nachází podobnosti s tezemi vycházejícími z psychoanalýzy, respektive neo-freudianského přístupu. Tomu nejvíce napomohla entropická teorie mozku, které se budu věnovat v další části, a to v Moderních přístupech zkoumání psychedelických zážitků.

2.3 Psychedelická a psycholytická terapie

Poslední z historických přístupů k terapii s psychedeliky je rozdělení na psychedelickou a psycholytickou terapii. Toto rozdělení již pracuje s myšlenkou, že lze psychedelické látky využít terapeuticky. Liší se však v množství podané látky a počtu jednotlivých sezení. Psycholytická terapie pracovala na principu menších dávek, které podporovaly vynořování nevědomých obsahů z mysli, se kterými se pak dále terapeuticky pracovalo. Psychedelická využívala látky ve vysokém množství (200-1500mcg) pouze v několika málo sezeních (1-

3x). Zážitky tzv. “peak experience” měly pomoci pacientovi najít motivaci změnit svou životní situaci. Tento přístup byl rozšířený hlavně v USA a omezený počet sezení byl důsledkem regulací ze strany státu. Často se psychedelický přístup využíval u pacientů s těžkými diagnózami či bez prognózy ke zlepšení (Majíc, 2015; Grof, 1980).

Tento způsob byl dlouho dobu využíván i u nás. Zasloužil se o to psychiatr Hausner, který měl zkušenost s více než 3000 sezeními, individuálními i skupinovými. Jednalo se o kliniku Sadská v Praze. Dávky od 30-200mcg v řádu 15-60 opakování se používaly k léčbě závislosti na alkoholu, neuróz, psychosomatických problémů či poruch osobnosti. Cílem bylo odstranit narušující symptomy chování a pomoci nastavit změny ve vzorcích chování a hodnotách pacienta. Hausner pracoval s teorií osudového modelu psyché a modelem patologické konfrontace. Přístup byl holistický a zaměřoval se na pět faktorů (1) neurofyzilogický, (2) intrapsychický, (3) interpersonální, (4) psychosomatický a na (5) hodnotovou orientaci. Snažil se pomocí psychedelik zpřístupňovat obsahy v nevědomí, které se v životě člověka nasbíraly a byly důvodem pro psychické onemocnění. Nesouhlasil s tím, že pouhé racionální pochopení problémů vede k uzdravě. Od roku 1966 pořádali odborné konference pro lékaře pracující s těmito látkami. Byl proti nelegálnímu zneužívání psychedelik a dbal na odborný přístup v práci s látkami, bezpečnost a komplexní práci s pacienty (Hausner, 2016).

Představitelem psychedelické terapie byl například Grof (1980), který pracoval s velkými dávkami u pacientů poté, co získal v roce 1967 stipendium v Marylandu USA, kde se v roce 1968 rozhodl zůstat. Zúčastnil se několika projektů, kde pracovali se skupinami chronických alkoholiků, vězňů-toxikomanů a pacientů umírajících na rakovinu. Principem fungování této terapie bylo navození transcendentálních, extatických či mystických zážitků. Ty se podněcovaly hudbou, zatemněním očí pomocí škrabošek. Narozdíl od psycholytické terapie nebyl cíl, aby zůstal pacient schopný hlídat si realitu, ale naplno se prožitku podvolil. Verbálně se pak s pacientem pracovalo hlavně ve fázi příprav a integrace. Pracoval s modelem COEX systémů. Ty vnímal jako mozaiku propojených, emočně nabitých vzpomínek z různých období života. Společné pro všechny tyto vrstvy je základní téma, které se projevuje v různých variacích. Narozdíl od psychoanalytického přístupu není prvním traumatem Oidipovský či Elektřin komplex. Jeho transpersonální teorie pokračuje až k porodu jako prvním velkému traumatu a postuluje, že v rámci psychedelických zkušeností se člověk může dostat až do vrstev prenatálního vývoje či kolektivního nevědomí a předchozích životů či archetypálních výjevů. Jedná se o

vyplavení nevědomých obsahů, časté je znovuprožití porodu, jedná se o tzv. katarzi. Pokud jsou tyto zážitky prožité v bezpečném prostředí, mají léčivý potenciál.

V této části jsem nastínil vývoj jak, se na psychedelické látky a jejich vlastnosti nahlíželo v moderní historii jejich zkoumání. Jedná se o takzvanou první a druhou vlnu zkoumání psychedelik. Původní pohled jako na simulátory psychóz se díky studiu a objevení rozdílnosti vyvinul v další zkoumání. Z toho vzešla tzv. filtrační teorie, která předložila tezi, že se jedná o změněné fungování mysli, které může přinášet i nové či pozitivní zkušenosti. Na tu navázali terapeuti, kteří myšlenkově vycházeli z psychoanalýzy a začali si uvědomovat schopnost těchto látek katalyzovat terapeutický proces a vyvěrání nevědomých obsahů do vědomí. U psycholytické a psychedelické terapie se již bavíme o funkčním systému práce s psychedeliky, která se využívala v Evropě a USA až do sedmdesátých let. V té době došlo k útlumu výzkumů až na pár výjimek, konkrétně výzkumů s MDMA a LSD ve Švýcarsku. Potenciál těchto látek ovšem nebyl zapomenut, jen byla omezena možnost s těmito látkami akademicky pracovat. To vedlo k tomu, že se někteří přesunuli do undergroundu a pokračovali v práci i přes zákaz. Jiní nacházeli další způsoby, jak se změněnými stavy pracovat, například Grof (2001) objevil se svou manželkou holotropní dýchání, které napodobuje zážitek s LSD jen pomocí práce s tělem a dýcháním. A jiní začali pracovat na tom, aby se výzkum znova obnovil, jako například Doblin, který založil neziskovou organizaci MAPS v roce 1986 a začal o znovuzavedení terapie za pomoci látek měnících vědomí usilovat.

3 MODERNÍ PŘÍSTUPY K PSYCHEDELICKÝM LÁTKÁM

Moderní teorie psychedelik využívají ke svému poznání nejnovější zobrazovací metody a znalosti neurověd. Jedná se o Entropickou teorii mozku, Integrated information theory a Prediction procesing. Cílem této kapitoly je výše zmíněné teorie přiblížit a vsadit do kontextu s užíváním psychedelik.

Je velice zajímavé pozorovat historický vývoj, jak se mění pohled na psychedelickou zkušenost a tím se vlastně samotná zkušenost proměňuje a zasazuje do určitého diskurzu či kontextu.

V devadesátých letech minulého století se výzkum začal znovu vracet do akademického světa. V současné době zažíváme třetí vlnu psychedelik, která byla odstartována jednak díky novým terapeutickým zkoumáním a také díky zkoumání psychedelik v kombinaci s neurovědami. Jednalo se zprvu o výzkumy na animálních modelech v současné době studie probíhají i na lidských subjektech. Využívají se při tom zobrazovací metody jako EEG, PET či fMRa. Díky tomu máme možnost sledovat neurodynamické principy toho, co lidé zažívají jako emoce, myšlenky či změny vědomí.

Ukazuje se, že dosavadní výsledky sdílejí základní teze s principem filtrační a psychoanalytické teorie, které jsme shrnuli v předchozí části. Nově se pracuje s termíny jako entropie, klidová síť mozku (default mode network), funkční konektivita či resting-state. Neurovědci zjišťují, že původní představa mozku, kde má každá část svou úlohu není zcela přesná. Po dlouhou dobu se měření prováděla při určitých úkolech, protože se předpokládalo, že bez úkolu není co měřit až později bylo zjištěno, že se dá měřit i klidový stav (*resting state*), toto měření začalo právě v 90. letech minulého století. Díky měření klidového stavu byly objeveny funkční sítě. Díky těmto objevům v neurovědách se na mozek můžeme dívat spíše jako na soubor funkčních sítí, které jsou propojené a fungují dohromady. Jedná se o hierarchické struktury. Funkční konektivita neznamena, že jsou dvě různé části mozku nutně propojeny ale že spolu v jednom čase spolupracují na určité aktivitě (Jajcay, 2018).

Těchto sítí je od začátku tohoto zkoumání popsáno přibližně dvacet. Kdy jednotlivé úlohy které mozek vykonává, souvisí s jednotlivými sítěmi. Jedna ze základních sítí je exekutivní síť (*executivity network*), ta je aktivní, když má mozek něco vykonat. Další je salientní síť (*salience network*) ta se stará o detekci a filtrování hlavních podnětů a zapojování dalších příslušných funkčních sítí. Z hlediska výzkumů psychedelik je nejzajímavější klidová síť mozku označovaná jako DMN (*default mode network*) která je aktivní, když se snažíme nic nedělat. Tato síť je více zásobovaná krví a spotřebovává více energie než ostatní části mozku. Dále je DMN zajímavá, protože její funkcí není smyslové zpracování světa. Tato síť je aktivní během metakognitivních úloh, jako je sebereflexe nebo mentální cestování v čase. Jedná se o funkční centrálu, což je zjevné z toho, že má hustější propojení a také je propojená s dalšími mozkovými sítěmi, hustěji než jakákoliv jiná síť. Protože aktivita DMN není sdílená s ostatními mozkovými sítěmi, považují ji Carthart-Harris a Friston (2010) za nejvyšší a nadřazenou úroveň fungování mozku. Funguje dle nich jako dirigent celého mozku. Tyto poznatky jdou proti základní tezi, že jednotlivé části mozku jsou zodpovědné za jednotlivé funkce. Spíše se ukazuje, že poškození určitých částí mozku brání fungování těchto sítí. Toto je důležité chápat proto, abychom mohli dále přiblížit moderní teorie, které z tohoto poznání vycházejí (Jajcay, 2018).

Princip serotoninových psychedelik pak funguje zjednodušeně tak, že působí postupně od vývojově nejstarší úrovně tzn. od mozkového kmene na dorzální rafeální jádro – jádro na švu mozkového kmene (I. úroveň). Ten je plný neurotransmiteru serotoninu – přenašeče nervových vzruchů, účastníci se procesů, které se podílejí na vzniku nálad, spánku či migrény. Na úrovni švu mozkového kmene zásobuje serotoninem celý zbytek mozku (psilocybin či LSD se po užití naváže na receptory 1A a tím zabráni vypouštění serotoninu ven, protože funguje jako inhibitor) na dalších úrovních jsou pak receptory 2A které jsou stimulační a ostatní části stimulují – thalamus (II. úroveň). Tím pádem je přístup serotoninu do vyšších částí mozku zastaven a receptory zůstávají prázdné a díky tomu do nich nasedne molekula LSD či psilocybinu která je struktúře serotoninu velice podobná. Což má za následek, že se celá inhibiční síť thalamu vypne a tím se zablokuje filtr tak jak jej popisuje Huxley. Všechny podněty z thalamu, které by normálně zůstaly blokovány, se nahrnou do mozkové kůry (III. úroveň) 2A receptory se stimulují a mozek začne fungovat se zvýšenou aktivitou. To má za výsledek to, že se mísí podněty z thalamu, okolního prostředí, podněty přicházející z těla, ale také z emočního systému, z paměti, našich snů.

To má za následek změny poměru signálu a šumu a činnost kůry je méně uspořádána a mozek může vyhodnocovat něco co je „šum“ za signál (Tylš, 2018).

Efekt látky tedy snižuje základní aktivitu mozku (u člověka alfa aktivitu) která má za úkol inhibovat aktivitu mozku a jednotlivých neuronů, to vede k umírněnějšímu chování, šetření energie a možnosti fungování tzv. sekundárního procesu. Pokud například pomocí psychedelik tuto alfa aktivitu snížíme dochází k aktivaci primárního procesu, který funguje více intuitivně, snově či vizionářsky.

Toto jsou základní principy fungování mozku a psychedelik, které vycházejí z nejnovějšího poznání.

V této části se budeme věnovat nejnovějšímu směřování výzkumů psychedelik. Tato oblast se rozvíjí díky novým poznatkům v oblasti neurověd. Popíšeme základní princip fungování mozku ve spojení s klasickými psychedeliky, tzn. psychedeliky které fungují na serotoninové bázi. A dále přiblížím současné neurovědecké teorie účinku psychedelik. Jedná se o entropickou teorii mozku (EBT), Integrated information theory (IIT) a Predictive processing theory (PPT).

3.1 Entropická teorie mozku

Entropickou teorie mozku představil Carthart-Harris, který původně studoval psychoanalýzu a nyní se věnuje neurologickému výzkumu účinků psychedelik, konkrétně LSD a psilocybinu. Celá teorie vychází dohromady z poznatků fyziky, neurobiologie a psychoanalýzy. Pracuje a popisuje změněné stavy vědomí, jako je REM fáze, počáteční fáze psychózy nebo psychedelické zážitky. Základní tezí je, že kvalita vědomí je určována entropií. Entropie odkazuje v neurovědách na kvantitativní skór náhodnosti dynamického systému či jeho neuspořádanost. Jedná se tedy o snahu popsat fungování mozku na základě mechanického a zároveň kvalitativního principu. Pracuje také s pojmem kritičnosti (*self-organized criticality*), kdy se nelineární systém, například náš mozek, sám strukturuje do celků. Důležitým bodem je kritický stav, ve kterém se mnoho malých lokálních interakcí propojí a vytvoří velkou reakci po jeho překročení. Bod, ve kterém dojde k tomuto přesunu se nazývá fázový posun (*phase-transition*). Určitá míra uspořádanosti je pro mozek a člověka žádoucí, protože šetří energii a pomáhá urychlovat jednotlivé úkoly a funkce mozku (Carthart-Harris et al., 2014a).

Autoři si pomáhají metaforou s hromadou písku, na kterou přisypáváme další a další zrnka. Kritický bod je pak okamžik kdy přidáním dalšího zrníčka spustíme řetězovou reakci kdy dojde ke spuštění laviny a zhroucení struktury hromádky. Tento jev se dá pozorovat nejen v neurovědách ale i v jiných odvětvích, například přírodě, ekologii, epidemiologii či ekonomice (Chialvo et al., 2007). Tyto teorie pak propojuje s Freudovou metapsychologií a zaměřením se na ego. Inspiruje se primárním a sekundárním procesem. Ve spojení se stavem změněného vědomí pomocí psychedelik tyto teorie propojuje a díky zobrazovacím metodám vytváří empirickou studii. Ukazuje také, že mozek vykazuje vyšší míru kritičnosti v psychedelickém stavu než při normálním vědomí. Schopnost potlačit entropii nás podle něj odlišuje od našich evolučních předchůdců. Psychickým protikladem této entropie je pak vývoj ega. Ego integritu vnímá jako spojení funkce DMN, resting-state functional connectivity (RSFC), aktivitu posterior cingulate cortex PCC (Carhart-Harris et al., 2014a).

Tato teorie pokračuje ve Freudově teorii a označuje za měřitelné stavy jako psychedelický zážitek, REM fáze, počáteční fázi psychózy a snové stavy při epilepsii spánkového laloku. Toto jsou regresivní stavy kognice, které jsou kvalitativně odlišné od normálního vědomí dospělých lidí. Popisuje tento stav jako primární stav vědomí (*primary consciousness*) a jednotlivé stavy jako primární stavy (*primary states*). Ego je udržováno sekundárním vědomím a potlačuje nejistotu tedy entropii a mozek má možnost se organizovat do koherentních a hierarchických struktur. V primárním vědomí je kognice méně spjata s okolním světem a je jednoduše ovlivnitelná emocemi, přáními či úzkostmi. Potlačením entropie podporuje realistický pohled na svět, předvídavost, pečlivou reflexi a schopnost překonávat přání a paranoidní fantazie. Věnuje se i fenoménu magického myšlení, které také vnímá jako situace s vysokou nejistotou, ve které existuje vyšší příležitost pro vysněné interpretace, které nejsou založeny na důkazech. Mezi magické myšlení zahrnuje také paranoii, kdy jedinec přichází k negativním závěrům ohledně situace, ve které se nachází i přes fakt, že čelí opačným důkazům (Carhart-Harris et al., 2014a).

Vychází také z teorie Huxleyho a Osmonda. Tvrdí, že nejreálnější cesta, jak pracovat s psychoanalytickými teoriemi je aplikovat je do rámce kognitivních neurověd. Bez psychedelik je podle něj téměř nemožné pracovat s psychoanalytickými teoriemi, které toto zkoumání nabízí. A dodává, že výzkum psychedelik je málo riskantní pro participanty. Další paralelu s Huxleyho teorií lze nalézt u samotného konceptu entropie. Stavy vysoké entropie mohou být popisovány jako psychedelický stav, REM fáze, raná fáze psychózy,

senzorická deprivace, zážitek blízké smrti, magické myšlení, zatímco stavy nízké entropie mohou být popisovány jako deprese, obsesivně kompulzivní porucha, závislost či rigidní myšlení. Psychedelika, která entropii zvyšují jsou tedy aplikovatelná na stavy spojované s nízkou entropií. Normální stav vědomí se nachází mírně za stavem kritikalitity směrem k nízké entropii (Carhart-Harris et al., 2014a).

Autor pak vychází z primárního a sekundárního procesu od Freuda, které jsem popsal výše. Ve své entropické teorii je nazývá *primary and secondary consciousness* – primární a sekundární vědomí. Ty nachází ve studiích a výzkumech primárního stavu, který definuje jako REM či paranoia. Pro přechod do primární fáze je třeba tzv. “*phase-transition*” z vědomého vnímání a domnívá se, že tato fáze musí být i relací k vývoji lidského vědomí s rychlým nástupem vývoje ega a schopnosti metakognice. Z toho se pak domnívá, že existuje rozdíl mezi primárním vědomím a vědomým vnímáním a není tedy plynulý. Primární vědomí popisuje podobně jako Freud primární proces, sekundární vědomí pak jako sekundární proces (Carhart-Harris, 2014a).

Vychází ze studie (Carhart-Harris, 2014a), ve které nachází korelaci mezi neurální aktivitou mozku (alfa vlny) a výpovědí subjektů skrze dotazník. Na datech dokazuje, že psilocybin podporuje tvorbu volných myšlenek, snižuje průtok krve, okysličení a oscilační aktivitu v DMN (Default mode network). V rámci změněného stavu vědomí může člověk zažívat zvýšenou entropii mozku. Entropie mozku je stav, ve kterém dochází ke zvýšení možných stavů, které mohou nastat. To Carhart-Harris (2014a) spojuje s primárním vědomím. Psychedelické látky pak mohou navodit tuto regresi a zvýšit tak hodnotu entropie.

3.2 Integrated information theory

Integrated information theory (IIT) navazuje na entropickou teorii, ale vychází primárně ze subjektivní zkušenosti, která je vždy konkrétní a nedělitelná. Je popsána dle základních axiomů a odpovídá fyzickým korelátům ve vědomých systémech (v našem případě konkrétně mozku) a dá se díky tomu operacionalizovat. Nejmenšími součástmi jsou prvky, které mohou být aktivní/pasivní a mají tzv. cause-effect sílu, spojují se do mechanismů v rámci struktur. Tento systém je pak vnitřně propojený a nedělitelný, což je definice vědomého systému (Fallon, 2018).

Gallimore (2015) pak vytvořil model, ve kterém aplikuje tuto IIT teorii v rámci psychedelického, konkrétně psilocybinového, zážitku. Každý stav mozku má určitý počet předchozích stavů, ze kterých současný mohl vyplynout a z toho vyplývající počet budoucích stavů které z něj mohou vzniknout. Tudíž každý současný stav je spojen s určitým repertoárem možností (cause-effect repertoire), které pak mohou v budoucnu nastat.

IIT identifikuje vědomí se systémem, který má fyzické funkce, které postuláty popisují. Každý vědomý stav je maximálně neredukovatelná konceptuální struktura, která je a může být jen systémem neredukovatelných vzájemně propojených fyzických částí, jejichž interakce vytvářejí integraci informací.

Pro vysvětlení Fallon (2018) přidává konkrétní příklad. Když se díváme na kulečnickovou kouli integrujeme její bílou barvu a kulatý tvar jako dvě části které jsou nerozdělitelně spojené. Spojení těchto částí vytváří strukturu naší zkušenosti, která je z nich vytvořena. Povaha této zkušenosti nás informuje o její bílé barvě a kulatém tvaru a tím se odlišuje od ostatních možných zkušeností jako je například modrá koule ze křídly. Toto je pouze popis našeho prožitku jednoduché zkušenosti. Náš mozek generuje tuto zkušenost skrz neurony, které spolu fyzicky komunikují v systému, který je napojen na sílu příčiny-efektu (*cause-effect power*). IIT interpretuje tuto fyzickou komunikaci jako integraci informací podle podmínek, které nastavují postuláty. Tímto se setkává fenomenologie prožitku s neurobiologií. Dle IIT je nutno, aby fyzický stav jakéhokoliv vědomého systému odpovídal prožité zkušenosti. Zkušenost samotná je stejná jako to, co zažívá systém na fyzické úrovni díky popsaným postulátům. Tato teorie poskytuje teoretický způsob, jak přesně kvantifikovat a operacionalizovat bohatost zkušenosti jakéhokoliv vědomého systému. Vychází z kalkulace maximálního množství integrovaných informací v systému. IIT k tomuto využívá hodnotu Phi, která může být vyjádřena číselně. IIT rozpracovává vědomí na systémy a sítě. Na ty lze nahlížet jako na modely. Proto, aby mohla být míra vědomí měřitelná musí IIT popsat množství integrovaných informací (Fallon, 2018; Swanson, 2018).

Tato teorie nevysvětluje, jak je úroveň neurální entropie zvýšená psychedelickými látkami, ale predikuje důsledky, které jsou způsobené entropií. Dokáže tento proces popsat pomocí dat. Tato teorie je zajímavá hlavně z toho důvodu, že navazuje na entropickou teorii, ale navíc ukazuje způsob, jak hypotézy entropické teorie operacionalizovat pomocí postulátů a axiomů.

3.3 Predictive brain theory

Další teorií je Predictive brain theory. Ta vychází z předpokladu, že mozek pracuje jako systém fungující na předpovědi toho, co se v realitě děje a bude dít. Vyhodnocuje jednotlivé informace a aktivně předpovídá a vysvětluje jednotlivé pocity a zážitky. S touto teorií přišel poprvé Friston (2010). Primární funkce mozku je minimalizace predikčního omylu. Vyšší nervové systémy generují predikce postupující od shora dolů. Ty se snaží spárovat tuto aktivitu s nižšími oblastmi mozku. Signály mířící shora dolů se snaží vysvětlit či odhadnout příčiny tělesných pocitů. Tato multi-úrovňová hierarchická kaskáda neurální aktivity se snaží vysvětlit stavy nižších úrovní a pomocí synaptické aktivity inhibovat aktivitu v nižších částech mozku. Aby k tomuto došlo je třeba aby nižší úrovně obdržely signály zpětné vazby, které dostatečně odpovídají signálům, které přichází ze shora. Rozdíly mezi očekávaným signálem a signálem získaným vytváří predikční chybu v signálu “*prediction error signals*” které přinášejí nové informace a vytvářejí tak moment “překvapení”. Ty pak musí být znovu vysvětleny vyššími úrovněmi v hierarchické kortikální anatomii (Swanson, 2018).

To znamená, že mozek dle této teorie modeluje možnou realitu pomocí dekodování informací produkovaných nižšími strukturami pomocí vyšších struktur. Zajímavé je také, že vnímání vnějších objektů využívá stejné synaptické cesty, které využíváme pro vytváření mentálních obrazů, snů nebo halucinací. Schopnost mozku simulovat vlastní realitu pomocí modelů, které ji generují je nutná pro vytvoření představy o vnějším světě. S nadsázkou by se dalo tvrdit, že mozek konstantně halucinuje představu světa pomocí systému, který automaticky přijímá signály a ty neustále v nastavených drahách přezkoumává a vytváří tak vlastní fenomenologickou zkušenost (Metzinger, 2003; in Swanson, 2018).

Užití psychedelik pak znamená, že se tato vnitřní halucinace stane méně kontrolovanou našim mozkiem. To je způsobeno funkcí serotoninu a hyperexcitací 5. vrstvy pyramidálních neuronů. Dochází tak k zamezení přístupu informací z nižších částí mozku a vytváření prostoru pro systémy vyšší tak, jak bylo popsáno v úvodu této kapitoly. Toto omezení vnímání funkce neznamena omezené vnímání, naopak to může vést k objevení těch podnětů které normálně bývají ignorovány ať už z vnějšího či vnitřního světa. Tato teorie je názorově konzistentní s EBT a IIT, stejně tak s filtrační a psychoanalytickou teorií. Všechny se shodují v tom, že psychedelické látky narušují neurální mechanismy, které

normálně omezují percepci a kognici. Díky tomuto vzniká subjektivní vnímání, které se mohou projevat v různých prožitcích a zkušenostech. Tyto zkušenosti jsou pak percepčně méně stabilní a více kognitivně flexibilní. Snížením vztahu k realitě a self se zvětšují psychotické fenomény, ve stejnou dobu dochází k novým možnostem v myšlení a mozek je více přístupný a otevřený terapeutickým změnám v myšlení a chování (Swanson, 2018).

V této kapitole jsme představili moderní teorie vědomí. Všechny dokazují komplexitu náhledu na pochopení účinků a fungování psychedelik. Požadavky na pochopení celé této problematiky přesahují hranice psychologie a vyžadují znalosti dalších oborů, medicíny či neurologie. Entropická teorie mozku, která je v psychedelickém světě všeobecně přijímána, vysvětluje princip fungování mozku a efekt psychedelik. Pomáhá také rozdělit, u koho psychedelika využívat a u koho ne. Další teorie, Integration information theory na EBT navazuje a přichází s možností neurologické koreláty kvantifikovat. Predictive brain theory pak nabízí další, konstruktivisticky laděný pohled na fungování mozku a fenomenologii psychedelik. Moderní teorie posunují hranice poznání a názorově pokračují tam, kde v minulém století začal Huxley či psychoanalytici s interpretací změněných stavů. V následující kapitole se zaměříme na další, nefarmakologické proměnné, které mohou ovlivnit účinek samotné látky.

4 DALŠÍ PROMĚNNÉ OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHEDELICKÝ ZÁŽITEK

V předchozích kapitolách jsme představili základní moderní paradigma využívání psychedelik a teorie, které s pomocí těchto látek zkoumají změněné stavy a vědomí jako takové. Jednalo se hlavně o koncepty a teorie, které se snaží komplexně tyto jevy vysvětlit. V této kapitole podrobíme rozboru další jednotlivé proměnné, které mají na změněný stav vliv. Cílem této kapitoly je ukázat široké spektrum faktorů, které mají na samotný změněný stav vědomí vliv. Celkový zážitek se totiž neodvíjí pouze od samotné dávky a výsledek této skutečnosti ovlivňuje nejen samotná zkušenost, ale i proces před samotným zahájením zkušenosti, a tak i proces po samotném zážitku.

4.1 Set a Setting

V současné době probíhají primárně studie zaměřené na účinnost samotné látky, nicméně již od experimentů v 50. letech se výzkumníci všimli, že se jednotlivé zkušenosti mění i když látka a její množství zůstává stejné.

Hyde (1960) zjišťoval vliv chování personálu, který administroval LSD na průběh a prožívání zkušenosti. Negativní účinky LSD korelovaly s neosobním či chladným chováním personálu. Studerus et al. (2012) zjistil analýzou vliv nálady před podáním psilocybinu na výsledky v dotazníku zjišťující prožitky při změněných stavech vědomí.

Komplexně tuto problematiku přiblížil poprvé Leary (1964) a vytvořil koncept setu a settingu. Set je souhrnem všech proměnných, které mají vliv na zkušenost a jsou spjaté s jedincem užívající psychedelika. Patří mezi ně osobnost, nálada, předchozí zkušenosti a očekávání. Setting popisuje všechny okolní faktory, prostředí, přívětivost, bezpečnost, osoby v tomto prostředí a vztahy s nimi. Samotné očekávání, které začíná už v době, kdy začne jedinec o zkušenosti s psychedeliky přemýšlet může mít velký vliv na samotný zážitek.

Vliv setu se dle Learyho (1964) může projevit v samotné kvalitě zážitku samotného. V knize *Psychedelická zkušenost: Příručka založená na Tibetské knize mrtvých* rozděluje tři možné úrovně psychedelické zkušenosti. První (Chikhai Bardo) je zážitek kompletní

transcendence která přesahuje prostor a čas, je to stav bez vizí, myšlenek a pocitů sebe. Přítomné jsou pouze extatické pocity volnosti a svobody bez jakýchkoliv "her". Jako hru definuje všechny vzorce chování nastavené díky rolím, pravidlům, hodnotám, jazyku nebo cílů. Druhá (Chonyid Bardo) již obsahuje zážitky spojené se self, hrou a objevují se v ní halucinace. Do třetí, finální části (Sidpa Bardo) patří návrat do naší reality a k našemu já. U většiny lidí trvá nejdéle druhá část, která je estetická či halucinogenní. Lidé, kteří již mají zkušenosti dokážou udržet déle stav iluminace první fáze. Naopak ti, kteří se rigidně a úzkostně drží svého ega a pro ty kteří užívají v nedobré settingu je častý boj o udržení reality, který začíná velice brzy a trvá do konce zážitku. Již z toho lze poznat, že samotný přístup a rozdílnost zkušeností může mít vliv na změněný stav.

Dále se Leary (1964) vyjadřuje ke strachu a obavám spojeným se zkušeností. Popisuje, že všechna nebezpečí jsou produkcí mysli a je na to třeba myslet a nenechat se těmito pocity unést. Cestou dobrému zážitku je dle Learyho trénink pozornosti, schopnost zůstat klidný až pasivní nehledě na to co se děje. Vyjadřuje se k záměru a z pohledu klasického hinduismu nabízí čtyři možné cíle. První (1) je zvýšení vlastní síly, porozumění a vhledu do sebe a kultury, zlepšení života, zrychlené učení a profesní růst. Druhým (2) je pomoc ostatním, zajištění péče a rehabilitace. Třetím (3) záměrem je zábava, smysluplný prožitek, estetické uspokojení a interpersonální blízkost. Čtvrtým (4) je pocit transcendence, osvobození ega a limitů času a prostoru, dosažení mystické jednoty. Toto také ukazuje, že lze subjektivně prožívat a očekávat různé výstupy z jednotlivé zkušenosti. Díky neurologickým principům z předchozích kapitol víme, že tento záměr ovlivňuje, jaké obsahy se nám do mysli budou dostávat.

House (2007) také popisuje jednotlivé části samotného prožitku, vychází z rozhovorů s lidmi, kteří byli zapojeni do psychedelické psychoterapie v 60. a 70. letech. Dělí jednotlivé procesy do pěti kroků. Prvním je záměr, tedy přípravná část před samotným užitím. Druhým je požití, tou začíná fáze intoxikace. Třetím je vhled, který vede k novým asociacím, které mohou být jak přínosné a pozitivní tak i negativní nebo vedoucí k dezintegraci. Čtvrtým krokem je integrace, která pomáhá uchopit danou zkušenost pomocí sdílení a převyprávění. Implementace je pak proces, ve kterém vzniká prostor pro změny chování, které mají vést k lepšímu dosažení cílů.

Leary (1964) dále tvrdí, že na set se lze dívat ze dvou pohledů. Set může být dlouhodobý či bezprostřední. Dlouhodobý zahrnuje vše, čím člověk je, jeho strachy, konflikty, přání, skryté vášně – ty ovlivňují, jak si bude interpretovat a zvládat jakoukoliv situaci do které

vstoupí jak v životě, tak v rámci psychedelické zkušenosti. Bezprostřední pak odkazuje na očekávání ohledně zkušenosti samotné, její příprava je velice důležitá. Co se týče settingu, Leary (1964) i Fadiman (2011) doporučují několikadenní prostor pro zážitek, jak pro přípravu, tak pro samotnou integraci pomocí reflexe a meditace. Poukazuje na rozdíly mezi denní a noční zkušeností a zkušeností která probíhá v interiéru či exteriéru. U sittera, průvodce, považuje důležité jeho schopnost upozadit své ego a sociální hry.

Vyzdvihuje jeho vlastnosti jako je schopnost být relaxovaný, akceptující a jistý sám sebou i situací. Sitter nesmí být v průběhu dlouhé a intenzivní sesse znuděný, upovídaný nebo mít tendence něco vysvětlovat. Zastává názor, že administrovat psychedelika bez vlastní zkušenosti je neetické a nebezpečné. Největším nepřítelem dobré zkušenosti je podle něj strach, který se může přenést ze sittera na člověka procházející zkušeností. Vyjadřuje se také k možnostem dávkování a připravení bezpečného prostoru (Leary, 1964).

Grof (1980) doplňuje set o tom, jak psychoterapeut vnímá povahu zkušenosti, přípravu a přípravné setkání a také specifické techniky provázení. Jako ideální setting doporučuje bezpečné a příjemné prostředí a uklidňující a pečující interpersonální podporu.

Danforth (2009) považuje za užitečnou využít techniku focusingu v přípravné fázi jako dobrou přípravu pro psychedelickou terapii. Autorem této techniky je Gendlin (2003) a běžně se využívá v terapii. Slouží k navázání kontaktu člověka se svým tělem a svými pocity. Základem focusingu je šest kroků, které pomáhají se zaměřit na tělesné pocity. Jedná se o (1) uvědomění si svého těla, vyčištění vnitřního prostoru, (2) sledování tělesných pocitů, (3) pojmenování pocitů a vyvstalých obrazů, (4) sledování změny prožívání ve vztahu k myšlenkám a obrazům, (5) pojmenování pocitu, (6) vědomé myšlenkové zpracování toho, co se během práce s tělem objevilo.

Otevřenost a ochota se podvolit procesu, důvěra v lidi a okolí a motivace se učit a uzdravit spíše než utéci a být změněným stavem pobaven je spojována s úspěšnými výsledky. Podpora zkušeného průvodce také snižuje strach a zvyšuje možné prospěšné přínosy (Grindspoon a Bakalar, 1997).

Dalším velkým dílem, který se podmínkám dobrého setu a settingu zabývá je Fadiman (2011), rozděluje všechny faktory na set, setting, substanci její kvalitu a dávku, sittera a průvodce, sesi a samotnou situaci. Pro zajištění dobrého settingu je důležitý příjemný a bezpečný prostor, pokoj s pohovkou či postelí, kde lze dobře odpočívat. A vytvořit tak jednoduchý a klidný prostor. Pokud se jedná o zkušenost venku, je třeba brát ohledy na

venkovní faktory, nicméně spojení s přírodou může být pro zkušenost přínosné. Často se používají vonné směsi, vykuřovadla, velkou roli hraje i hudba, kterou je možno připravit dohromady s provázeným. Pro samotné prožití radí relaxovat, poslouchat hudbu, pozorovat dýchání a věnovat pozornost tomu, co se děje v těle a to, jak hudba člověka ovlivňuje. V průběhu samotné zkušenosti doporučuje nechat plynout očekávání a obavy. Nechat volně odplynout obavy ohledně osobních problémů, problémů ve vztahu a vzorců chování. Nefixovat se na obavy spojené s osobní identitou.

4.2 Klinický kontext

V klinické praxi vypadá příprava tak, že se před samotnou zkušeností participant setkává v několika sezeních před samotnou zkušeností, kde je mu vše vysvětleno, pracuje se s jeho vlastním příběhem a stejně tak i po samotné zkušenosti se provádějí rozhovory, integrace či follow-up měření (Doblin, 2014; Griffiths et al., 2006; Tylš, 2017).

To, že v klinickém prostředí nedochází k tzv. badtripům potvrzuje i Bogenschutz (2016) ve svém článku na základě mnoha studií, kdy u více než tisíců případů testování LSD a DMT v klinickém a výzkumném settingu nedošlo k závažnému nežádoucímu účinku či perzistující poruše vnímání po halucinogenu. Data vycházejí ze studií z Švýcarska, Anglie a USA.

Studii, která se věnovala náročným zkušenostem s psilocybinem se věnovali Carbonaro et al. (2016). U vzorku 1993 zjistila, že respondenti látky užívají nejčastěji sami (25 %) nebo ve společnosti jednoho člověka (24 %) nebo v malé skupině (39 %). S tím, že pouze u 25 % respondentů byla přítomnost sittera či průvodce a pouze 2,7 % měla střízlivého sittera kterému věřila a byl zkušený v provázení. Co se týče příprav, 59 % respondentů mělo připravený záměr, 73 % mělo zavřené či zakryté oči během zkušenosti (medián 10-30 minut). Většina (84 %) hodnotila zkušenost jako přínosnou a téměř polovina (46 %) by si zopakovala tuto zkušenosti i se všemi náročnými aspekty. Zvýšenou hladinu well-beingu či životní spokojenosti spojenou se zkušeností hlásilo 76 % respondentů s tím že 60 % respondentů považovali zkušenost za jednu z 10 nejvíce psychologicky-osobnostní zkušenost v životě. Výsledky korelací a vícenásobné regresní analýzy ukázaly, že náročnost zkušenosti byla pozitivně a signifikantně spojena s přisuzováním trvalého osobního a duchovního významu a zvýšené životní spokojenosti.

Byla potvrzena i zvýšená míra sugestibility subjektů pod vlivem psychedelik (Carthart-Harris et al., 2014b) která napomáhá s vysvětlením, proč nastavení setu a settingu může být tak důležité a proč se v klinickém prostředí nesetkáváme s nezvládnutelnými zážitky. Pacienti jsou velice dobře na zkušenost připraveni, ví, co mohou očekávat a že je jim personál pořád k dispozici. Stejně tak výsledky experimentů kreativity na halucinogenech Harmana et al. (1966) dokazují, zvýšenou kreativitu po sdělení, že látka má na tuto dimenzi pozitivní vliv.

Vliv na prožitek zážitku může mít i osobnost, citlivější jedinci zažívali silnější prožitky z psilocybinu než ti, kteří byli méně citliví (Dittrich, 1994). Racionálně smýšlející jedinci byli v porovnání s emočně laděnými (umělci, muzikanti) také odolnější vůči stejným dávkám a až po zvýšení zažívali stejnou zkušenost (Leuner, 1962).

Metzner s kolegy (1965) zjistil, že nejlepším prediktorem nálady, která se vyskytne při změněném stavu vědomí při užití psilocybinu je nálada před samotnou zkušeností. Pokud byl člověk negativně naladěný, často to vedlo k úzkostným či nepříjemným zážitkům. Dittrich (1994) také zjistil, že pokud se při administraci látky člověk cítil klidně, vedlo to k vyšším výsledkům ve škálách oceánické bezbřehosti a vizuálním alteracím v dotazníku ASC.

Doblin (2014) upozorňuje na možné vynořování obsahů z mysli a oscilaci mezi skutečným světem a neobvyklým světem na halucinogenech. Proto připisuje důležitost prostředí, ve kterém změněný stav vědomí probíhá. Právě dobrý vztah s člověkem, který změněným stavem provází může pomoci možné zneklidňující myšlenky či emoce zklidnit a eliminovat. Podpora je podle něj ještě důležitější než v obyčejné terapii. Dodává také, že je důležité, aby byly dobře nastavená pravidla pro společnou práci.

Poslech hudby má také vliv na prožívání zkušenosti. Tomuto tématu se věnuje Kaelen (2018), který vytvořil playlist pro poslech během zážitku s psilocybinem. Pouštěl jej účastníkům experimentu. Zjistil, že hudba ovlivňuje prožívání a že emocionální otevřenost hudbě v průběhu zkušenosti predikuje vyšší úspěšnost terapie. Čím vyšší otevřenost vůči hudbě v průběhu sesse byla, tím vyšší byla redukce skóru deprese dle dotazníku QIDS po 5 týdnech.

4.3 Placebo efekt

Další důležitou teorií je teorie placebo efektu. Ten je známý hlavně díky randomizovaným klinickým studiím, kde se placebo, tedy neúčinná látka používá ve srovnání s látkou účinnou. Ševčík (2017) přehledně shrnuje výsledky studií které dokazují vysoký efekt placebo. A že může přístup lékaře při podávání léků mít vliv na zdravotní stav. Je dokázáno, že pravidelnost užívání placebo snižuje pravděpodobnost úmrtí, simulace chirurgického výkonu u angíny pectoris má stejný účinek jako reálný zákrok. Dalším zjištěním fungování placebo je, že při očekávání, že látka, kterou dostaneme je farmakologicky neaktivní dokáže tělo účinek látky potlačit (in Ševčík, 2017).

Princip placebo efektu je vysvětlován tak, že po požití aktivní látky se mozek dokáže za určitých podmínek naučit, jak tento efekt napodobit. Dalším vysvětlením je tzv. expektační model placebo, reakce organismu je způsobena očekáváním, že bude člověku po užití látky lépe protože zaměří svou pozornost spíše na známky zlepšení. To, spolu s ukazateli, že onemocnění nejvíce citlivá na placebo jsou zároveň nejslibnějším indikacemi využití psychedelik ukazuje značný potenciál tohoto přístupu. Takto uchopený placebo efekt dovoluje převzít pacientovi aktivnější roli v procesu vlastní léčby (Ševčík, 2017).

4.4 Mimo klinický kontext

Jako další faktor se ukazuje samotný vztah k látkám. Psychonauté – lidé, kteří užívají psychedelika pravidelně, v dobrém settingu bez tendence k zneužívání také obvykle nezažívají badtripy (Ruane, 2018). Moró et al. (2011) došli ke zjištění, že psychonauté tuto zkušenost rámují do narativu, který dává jejich zkušenostem určitou jistotu a smysl k užítku. Tito uživatelé jsou taky více resilientní vůči zneužívání látek a problematickým vzorcům užívání. Mnoho psychonautů jsou také motivováni využít jejich znalostí k šíření povědomí o snižování rizik pro sebe, své přátele a ostatní. To se děje buďto skrze šíření reportů zážitků či dokonce vytváření harm-reduction služeb. Více o tématu psychonautů uvedeme v další kapitole (Soussan and Kjellgren, 2014).

Ohledně vztahu k užívání látek je třeba zde zmínit ještě teorii instrumentalizace Müllera a Schumanna (2011). Ti vytvořili komplexní teorii, ve které je nahlíženo na psychoaktivní látky jako instrumenty, které vedou k nenávykovému užívání. Uživatelé se tak k látkám uchylují ne z důvodu závislosti ale pro dosažení osobních cílů. Jedná se o adaptační funkci, kdy se o patologickém zneužívání látek bavíme jen jako o vedlejším fenoménu.

Instrumentalizací myslí proces, který má dvě fáze. První je vyhledávání a konzumace látky za účelem pozitivní změny a dosažení dříve naučeného stavu. Druhá fáze pak zprostředkovává lepší výkon naučeného chování a jednodušší dosažení cíle. Instrumentem je to, co pomáhá dosáhnout cíle. Cílem autoři míní zlepšení sociálních interakcí, facilitaci sexuálního chování, zvýšení kognitivního výkonu, zvládnutí psychosociálního stresu a zotavení z něj, samoléčbu mentálních problémů, senzorní zvědavost, euforii a hedonii, zlepšení fyzického vzhledu a atraktivity a facilitace spirituálních a religiózních aktivit. Pokud je tedy návykové užívání prezentováno jako nevědomé, nedobrovolné a má sebeposilující charakter, vědomé užívání by se pak spojovalo s atributy jako vědomé, dobrovolné a bez sebeposilujícího charakteru (Kalina, 2003; Ševčík, 2013).

V této kapitole jsme představili další důležité proměnné, které mohou ovlivnit prožitek psychedelické zkušenosti. Výzkumníci se vlivu dalších proměnných věnují již dlouho, teorie setu a settingu je všeobecně přijímána v odborné společnosti a většina autorů z ní vychází. Prostředí, které se může lišit od prostředí nemocnice, výzkumného prostoru. Zajímavou zkušenost a pochopení významu záměru a očekávání autor získal na konferenci o Iboze v Portu. Iboga je rostlina, psychedelikum, která má schopnost snížit abstinenci projevy a bažení u dlouhodobých uživatelů opiátů. Toto dokáže téměř instantně, během jednoho užití, které trvá v řádu hodin. Je ale důležité, aby si člověk, který se chce závislosti zbavit předem připravil. Je třeba, aby si vytvořil správný záměr a již v době příprav podnikl kroky pro změnu, které chce po samotné zkušenosti aplikovat. U dlouhodobých uživatelů opiátů se jedná hlavně o změnu prostředí, způsobu obživy, stylu života, a hlavně vytyčení a přijetí cíle, že chce změnu. Pokud tyto změny neproběhnou, člověk se s největší pravděpodobností vrátí k dosavadnímu způsobu života. I když samotná zkušenost s Ibogainem člověka zbaví odvykacích stavů a bažení, návrat do stejného prostředí a nechuť vykonat další změny a práce se záměrem pak většinou vedou k relapsu.

5 POŽADAVKY NA TERAPEUTA PRACUJÍCÍHO S PSYCHEDELIKY

V této kapitole se zaměříme na požadavky, které jsou kladeny na terapeuta, sittera či průvodce psychedelickou zkušeností. V současné době existují tři hlavní kontexty, ve kterých se s psychedeliky pracuje. Prvním je medicínský výzkum, kde se látky používají v rámci klinického testování a testování na zdravých dobrovolnících. Druhým je harm-reduction přístup, kde se bavíme primárně o snižování rizik spojených s užíváním psychedelik. Tento přístup se využívá nejvíce na hudebních festivalech, kde dobrovolníci nabízejí lidem s náročnou psychedelickou zkušeností bezpečný prostor, ve kterém se snaží snižovat rizika akutní intoxikace. Třetím přístupem je využití psychedelik v rámci terapie mimo medicínský kontext. Tyto služby jsou legálně nabízené například v Nizozemí, kde je umožněn nákup a užívání truffles – psychedelických hub. Tento třetí přístup je i přes jeho ilegality využíván již od moderních začátků výzkumu psychedelik v rámci celého světa.

5.1 Obecné požadavky

První požadavky se vynořily již v době začátku psychedelických výzkumů. Lennard a Hewitt (1960) poukazovali na nutnost empatie a objektivitu. Objektivita byla chápána jako snaha být normální, jak to jen jde a vyrovnaný. Blewett a Chwelos (1959) považují za důležité, aby byl terapeut klidný a pokojný. Hoffer a Osmond (1967) považují za důležité, aby terapeut byl schopen zvládat analýzu a vyznal se přenosech. Buckman (1967) zmiňuje, aby si byl terapeut vědomý účinků svých reakcí na účastníka výzkumu.

Mithoefer (2016) popisuje terapeuta jako empatického posluchače, důvěryhodného průvodce, facilitátora hlubokého emočního projevu a katarze a podporovatel vnitřní léčivé inteligence účastníka. Zmiňuje také, že může pomoci si připomenout, že také účastník, který čelí bolestivým zkušenostem, ve skutečnosti směřuje na cestu k uzdravě. Phelps (2017) doplňuje, že toto svědectví a uznání terapeuta usnadňuje účastníkovi pocit důvěry, bezpečnosti, povzbuzení a vytrvalosti, stejně jako tomu je v různých modelech psychoterapie. Dále také toto svědectví zpevňuje terapeutický vztah. Mithoefer (2016) dále doplňuje požadavek empatie o schopnost dobré verbální komunikace, schopnost vytváření vztahů, komunikaci o bezpečnosti a podpoře, poskytnutí příslušných informací, schopnost

zodpovídat otázky a snižovat obavy a nedirektivní přístup terapeuta. Richards (2015) považuje za důležitou schopnost být přítomen, trpělivý, otevřený a důvěřovat v proces, ve kterém dochází k objevování nových obsahů.

Autoři se shodují na tom, že pacienti jsou velice citliví na náladu a tón hlasu terapeutů, sester a dalších zúčastněných. Zjistili také, že lidé po požití LSD se velice snadno naladí na vnitřní pocity sitterů, a to s velkou přesností (Strassman, 2010; Griffiths, 2008; Grof, 1980).

Fadiman (2011) píše, že předchozí školení může být užitečné, ale je třeba umět rozlišit, kdy je třeba jej odložit a být jen dobrým posluchačem, soucitným pozorovatelem a pečujícím podporujícím. Ve své knize pak detailně rozepisuje konkrétní požadavky a kroky ke zvládnutí psychedelické zkušenosti. Tu popisuje z obou stran, jak z pozice průvodce, tak ze strany provázeného. Tento proces rozděluje na jednotlivé části od příprav přes vlastní zážitek až po integraci. Jeho popis je přesný a rozdělený do jednotlivých fází. V rámci psychedelické zkušenosti ji dělí na jednotlivé úseky procesu intoxikace, kde má každá část jinou kvalitu, a proto se i nároky na terapeuta liší. Mezi požadavky na terapeuta podle něj patří znalost jednotlivých efektů látek, schopnost zůstat ve svém středu – uzemněný a vyrovnaný, znalost posvátných tradic, schopnost pracovat se strachem. Dále pak práce se záměrem, shodný náhled na věc s klientem a vztah s ním, sociální hranice a etický přístup a otevřenost k projevům a prožitkům u klientů. I když je jeho popis tvořen na míru mimo klinický kontext, principy a většina požadavků jsou s tímto přístupem shodné.

Dalším důležitým aspektem je důvěryhodnost terapeuta. Phelps (2017) popisuje tři hlavní aspekty důvěry. Prvním je důvěra klienta v terapeuta jako důvěryhodného průvodce, druhým je důvěra účastníka ve vlastní léčebnou kapacitu a třetí je schopnost normalizovat paradoxní a neočekávané momenty během sezení. To se projevuje například v MDMA terapii při léčbě PTSD. Cílem je nastavit pocit jistoty, důvěry a otevřenosti stejně tak jako nutnost věřit vlastnímu potenciálu a kapacitě léčit traumatické zranění (Mithoefer, 2016). Carthart-Harris (2017) doplňuje, že terapeut, který posiluje důvěru, je kompetentní v tom, aby pomáhal účastníkovi kultivovat mnohoznačné názory.

Vaughan (2002) vyzdvihuje schopnost spirituální inteligence. Psychedeliky asistovaná psychoterapie dle něj překračuje konvenční psychologický vývoj. Vedle vysoké míry sebeuvědomění považuje za důležité uvědomění našeho vztahu k transcendentnu, k sobě

samému, k zemi a všem bytostem. Passie (2012) popisuje šest základních složek spirituální inteligence, vychází z transpersonálních zážitků s MDMA. Patří mezi ně (1) schopnost otevření se vůči vlastnímu uvědomění, (2) schopnost přijetí sama sebe, (3) schopnost uvolnit se natolik, že vše se zdá bezpečné, (4) pocit kontaktu se svým já, (5) zažití pocitu lásky a (6) uvědomění toho, že štěstí vychází z nemateriálních aspektů bytí.

5.2 Výzkumný kontext

Míra nutných znalostí a nároků na terapeuta a výzkumníka je opravdu široká. Phelps (2017) popisuje široký rozsah znalostí od antropologie šamanismu přes neurobiologii, neurofarmakologii a jednotlivé účinky látek. Mezi dovednosti řadí schopnost vytvořit bezpečný a podnětný set a setting. Do toho patří i schopnost dobře o jednotlivých látkách a jejich účincích informovat, navázat dobrý vztah s klientem či koterapeutem či vysvětlit rizika a kontraindikace užití psychedelik. Dále také znalost vývojové psychologie, hlavně období dětství a dospívání. To je nutné z toho důvodu častého vynořování obsahů a částí životního narativu v průběhu zážitků a jejich následnou integraci.

Vysokým nárokům stojí v opozici současná legální situace s psychedeliky. Autoři jako Grof (1980) či Shulgin (in Roberts, 2001) poukazují na nemožnost vykonávat psychedelickou terapii bez vlastní zkušenosti. Již Osmond (1967) zjistil, že jednotlivé reakce terapeutů na zážitky jejich pacientů se liší podle toho, v jakém diskurzu nahlížení na psychedelickou zkušenost. Pokud byla jejich zkušenost vysvětlována jako psychomimetická, byla stejně chápána i u pacientů. Stejně tak, pokud byla vnímána jako psychedleická. Strassman (2010) zmiňuje nutnost vlastní zkušenosti u výzkumníků kteří v Německu a Švýcarsku chtějí psychedelický výzkum realizovat. Stejně tak tomu bylo i v rámci výzkumů v Československu v 50. letech, kdy bylo potřeba, aby terapeut prošel 5 vlastními zkušenostmi a byl 30 přítomen jako průvodce než splnil požadavky na terapeutický trénink (Hausner, 2016). Výzkumníci pracující s MDMA pod MAPS získali od FDA (*Federal drug Agency*) povolení zažít zkušenost s MDMA před vlastní participací ve výzkumech.

Velice důležitými jsou i etické požadavky a motivy pro práci s psychedeliky. Hlavní je integrita a ochrana hranic pacientů a participantů ve výzkumech. Znalost a uvědomění vlastních motivů pro práci s psychedeliky. Schopnost vytváření terapeutických aliancí, znalost teorií attachmentu a přenosů a také psychohygienu výzkumníka a supervize (Phelps, 2017).

Fadiman (2011) zjistil že v se v klinickém prostředí cítili pacienti nepříjemně, pokud byl průvodce nejistý, nevyrovnaný či našťvaný. Metzner (2015) varuje před grandiózními názory a přeidealizovaní účinků psychedelík u terapeutů v rámci psychedelické terapie.

V California Institute of Integral Studies (CIIS) 2014 vytvořili komplexní vzdělávací program, který slouží ke školení terapeutů, sester a dalších odborníků pro využití psilocybinu v terapii. S podobným výcvikem přišel i MAPS (2018) ovšem s využitím MDMA. Z těchto zdrojů vzešel moderní seznam požadavků pro současný trénink terapeutů a jejich zapojení do výzkumů a léčby. Jedná se o seznam 12 oblastí, které by každý, kdo s psychedeliky pracuje měl vzdělávat a pečovat o své znalosti. Jedná se o (1) historii klinického výzkumu a legální stránku psychedelické terapie, (2) znalost neurobiologie, neurofarmakologie, účinky látek a jejich interakce, (3) znalost práce se setem a settingem, příprava, psychedelická sesse a integrace, (4) psychedelika a terapeutický vztah, přesnost, hranice, etika a psychohygiena, (5) supervidované sledování psychedelických sessí na videu, (6) variace terapeutických modelů, terapie orientovaná na klienta a psycholytická terapie, (7) znalost dalších terapeutických technik, (8) metody koterapie a zkušenosti s prací v multidisciplinárních týmech, (9) znalost současných modelů vědomí, spirituální inteligence a mystických zkušeností, (10) znalost ceremoniálního užití psychedelík v náboženském a komunitním kontextu, (11) individuální a skupinová klinická supervize v době stáží jako terapeut a (12) vlastní zkušenost provázení jiným výzkumníkem v rámci příprav vlastního zapojení do výzkumu.

Frecska (2007) se v požadavcích zaměřuje na kritéria přijetí a nepřijetí. Považuje za nutné projít strukturovaným psychiatrickým vyšetřením, zjistit komorbiditu psychických onemocnění, problémy se zneužíváním látek. Osobní a rodinnou hystorii psychotických onemocnění. Neměli by užívat pravidelně žádné léky na předpis, které interferují s psychedeliky. A také těhotné a kojící ženy. Dále se zaměřuje na požadavky diet, hlavně omezení užívání návykových látek, léků a látek obsahující MAOI. Přidává požadavky na sledování klienta v přípravných fázích a nutnost zajištění pobytu na lůžku v nemocnici po samotné psychedelické zkušenosti. Pokud se klient po zkušenosti necítí dobře, měla by mu být poskytnuta péče, dokud se nebude cítit bezpečně.

Johnson (2008) se dívá na požadavky více komplexně z metodologického pohledu v kontextu výzkumu. Vychází ze studií John Hopkins univerzity. Jeho rámec překračuje požadavky na terapeuta a rozšiřuje je na výběr dobrovolníků, vztah a pozorování participantů v celém průběhu, ideálně více než jednoho. Zmiňuje požadavky na empatii a

vřelost u všeho personálu, který přijde s participanty do kontaktu. Dále poukazuje na nutnost příjemného fyzického prostředí, které nemá být příliš klinické a sterilní a obsahuje komfortní vybavení. Věnuje velkou pozornost přípravě dobrovolníků, jejich dobrá informovanost, vytvoření dobrého vztahu s průvodci. To se týká nastudování životního příběhu participanta, jeho náhled na svět a filosofický pohled. Vysvětlení všech možných stavů a jevů, které může dobrovolník zažít. Příprava a informovanost o rizicích, strategie, jak se zahlcujícím zážitkem pracovat. V rámci jejich výzkumů stanovili minimální hranici 8 hodin příprav ve 4 sezeních s odstupem minimálně jeden měsíc. V rámci integračních setkání je třeba zajistit psychologickou stabilitu participanta. Dát mu dostatek prostoru reflektovat vše, co se mu přihodilo a co v něm za pocity zůstává.

Gasser (2014) ve svém výzkumu zmiňuje v rámci příprav podobná témata jako Johnson (2008) či Fadiman (2011). Délka příprav byla u každého participanta několik měsíců a proběhly minimálně 2 schůzky, kde se věnovali historii, sociální situaci, osobnosti, zdraví, a setu včetně emocionální situace u participantů.

Mithoefer (in Doblin, 2014) který se svou ženou Annie jsou koterapeuty v MDMA asistované psychoterapii definoval základní dimenze, které jsou podle něj zásadní, při vytváření podmínek pro psychedelickou terapii. První dimenzí je nastavení bezpečného a podpůrného terapeutického settingu a setu, který je nastavený léčení. Druhou je pak Anxiety Management Training (AMT) a Stress Inculation Training (SIT), což jsou konkrétní tréninky behaviorální terapie, které pracují se zvládáním úzkostí a stresu. Třetím je pak teorie expozice, která je součástí kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Čtvrtou je poznávací přestrukturování (Cognitive Restructuring) metoda také využívaná v KBT. Ta slouží k objevení a identifikaci kognitivních zkreslení jako je splitting, magické myšlení či emocionální uvažování. Pátou je přenos a protipřenos a práce s nimi. Šestou dimenzí je požadavek na práci s mnohočetností lidské psyché. Pokud je manifestace této mnohočetnosti vysoká bavíme se o disociativní poruše identity. Sedmou a poslední dimenzí je somatická manifestace traumatu, zde se bavíme hlavně o přístupech KBT a EMDR (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*) tedy desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů.

Leary (1964) připisují průvodci velký vliv na prožitek provázeného. Mezi jejich základní požadavky patří odsun vlastního ega a sociálních her. Práce s motivy a potřebami moci, schopnost průvodce být uvolněný, klidný, akceptující a bezpečný. Z důvodů délky zkušenosti, která až 12 hodin upozorňuje na to, že průvodce nesmí být nikdy znuděný,

upovídáný nebo intelektualizující. Úkolem je zůstat pasivně-intuitivně relaxovaný hodiny v kuse, což může být pro člověka ze západní kultury dosti náročné.

Sewell (2006) ve svém článku sepisuje možnosti pro ty, kteří by chtěli začít pracovat s psychedeliky ve výzkumném kontextu. Žádá každého, aby si prvně refletoval své motivy pro práci s psychedeliky a uvědomil si, jestli mu nezáleží spíše na objevování hloubky změněných stavů, či zdali jeho motivace spíše neslouží k tomu, aby se stal spíše aktivistou než výzkumníkem. Nabádá k vlastnímu vzdělávání v tématu psychedelik, zařazování témat psychedelik do svých esejí, článků či diplomových prací. Další možností je založení psychedelických studentských skupin nebo dobrovolnictví v rámci fungujících projektů. V rámci akademické práce poukazuje na více možností, jednou je studium medicíny, další pak studium Ph.D. v oblasti neurofarmakologie či neurověd, experimentální psychologie, klinická psychologie. Považuje za užitečný psychoterapeutický výcvik v psychoanalýze.

5.3 Harm-reduction přístup

Dalším zdrojem informací nám poskytnou manuály psychedelické první pomoci. Tento harm-reduction přístup snižování rizik užívání psychedelických látek má počátky již v době květinové revoluce v 60. letech minulého století ve Woodstocku (Oak, 2017). Projekt Zendo, který je součástí projektu MAPS vydal školicí materiál pro harm-reduciton služby. Harm-reduction je přístup snižování a minimalizace poškození spojené s užíváním drog, kteří drogy užívají a nejsou motivováni, aby přestali. Harm-reduction přístup se snaží možná rizika snižovat pomocí poskytování informací, kontaktním poradenstvím v terénu, distribuce materiálu snižující rizika užívání (Kalina, 2001). Definuji čtyři základní principy pomoci. První je vytvoření bezpečného prostoru, klidného a pohodlného, kde je zajištěná bezpečí a diskrétnost. Druhým principem je *“sitting, not guiding”* což by se dalo přeložit jako *“provázení a ne vedení”*, v tomto kontextu se snažíme poskytnout prostor, ve kterém je klient přijímán takový, jaký je, máme pro něj pochopení a snažíme se mu poskytnout maximální péči a bezpečí. Třetím je *“talk through, not down”* odkazuje na podporu a neautoritativní přístup kdy nabízíme klientovi možnost prozkoumat, co se mu děje a podpořit ho v tom, aby tomu neodporoval. Čtvrtý princip odkazuje na to, že náročná zkušenost není to stejné jako špatná zkušenost. Náročná zkušenosti mohou být při dobrém zpracování velice přínosné a mají svůj důvod. Naším úkolem je podpořit klienta v procesu a zbavit jej strachu. Mezi základní požadavky na člověka pomáhajícího projít náročnou zkušeností patří ujištění o tom, že nasloucháme a zajímáme se o něj. Může docházet k

otevírání důležitých a osobních informací, je proto třeba dodržet důvěru a mlčenlivost. K aktivnímu naslouchání patří i ujištění, že chápeme správně situaci klienta. Toto ujištění potvrzujeme a tím ujišťujeme klienta. Jsme upřímní ohledně našich pocitů týkajících se jejich návrhů na řešení jejich úzkosti. Podporujeme klienty, aby mluvili o svých emocionálních oporách a zdrojích. Zjišťujeme, co považují za dobrý výsledek jejich situace. V případě úzkostí pracujeme s dechem a tělem. Podporujeme je v procesu a necháváme klienty projevit tak, jak potřebují. Je třeba, aby byli dobrovolníci klidní, soucitní a pozorní. Musí zůstat zaměřeni na klienta a pokrýt jeho potřeby. Vždy kontraktovat jakýkoliv dotek nebo práci s tělem, stejně tak i využití jakýchkoliv konzultačních technik a netlačit klienty do jejich akceptace. Být schopni taktně odmítnout jakékoliv sexuální nabídky (Oak, 2017a).

Další manuál, jehož autorem je Móró (2013) pochází z Maďarska kde se harm-reduction přístupu věnují. Mezi základní požadavky patří nesobeckost, pokornost, schopnost být tam pro druhého člověka, ale myslet i na své limity a hranice. Nesmí se zaleknout práce ve zhoršeném prostředí, kde se vyskytuje špína, pot, sliny, krev, zvracení, moč, otevřené rány, záchvaty a další nechutné či děsivé okolnosti. Dalším požadavkem je altruismus a schopnost upozadit na festivalu své zájmy a věnovat se naplno své roli. Nutnost umět navázat vztah nehledě na vzhled, věk, národnost, etnicitu, vzhled nebo mentální stav a stejně tak i schopnost se ze vztahu vyvázat a udržovat bezpečné hranice za sebe i klienta. Dodržovat diskretnost, a nešířit nikde situace a události, které se udály. Být schopen vydržet složité a náročné situace, nezhroutit se pod tlakem. Necítit se nadřazeně nad lidmi, kteří jsou intoxikováni nebo potřebují pomoc z pozice pomahače který je střízlivý. Vzhledem k možné délce intervence mít s pacienty dostatečnou trpělivost.

Bardynová (2018) doplňuje požadavky o znalosti první pomoci, schopnost řešit náročné stavy. Znalost psychoaktivní látky, účinky a rizika, schopnost rozlišit běžnou dávku a předávkování. Orientovat se v psychopatologii, poznat psychiatrické symptomy a projevy a umět je odlišit od účinků psychoaktivních látek. Schopnost pracovat v týmu a umět navázat kontakt a pracovat s klienty. Pro správné zvládnutí role je důležitý nehodnotící postoj, citlivý přístup, otevřenost a profesionalita.

Zajímavý fenomén, který představil Welwood (2011) již před 35 lety je spirituální bypass. Zaznamenal tento jev v komunitě buddhistů, ve které byl členem. Jednalo se o tendenci užívat a obracet se ke spirituální tématice, ideám a praktikám ze snahy vyhnout se nevyřešeným emočním situacím, psychologickým zraněním a nevyřešeným vývojových

úkolů. Tento koncept se od té doby rozšířil do všech dalších oblastí, jež pracují se spiritualitou. Je to druh nefunkční copingové strategie, která se projevuje tak, že jedinec odmítne pracovat s jeho osobními tématy, která jsou nevyřešená a obrátí všechnu svou pozornost k absolutnu, konkrétní technice či filosofii, nebo v našem případě k psychedelikům. To je jedno z největších rizik, které se může při práci s psychedeliky objevit. Silné přesvědčení o všemocnosti psychedelik je velice nebezpečné u uživatelů. Ti tímto utíkají od skutečných problémů a místo nich se věnují alternované realitě, které jim zprostředkovávají psychedelické látky a životní styl, který si takovýto člověk kolem užívání vytvoří. Problém a nebezpečí vychází z toho, že se člověk snaží překonat psychologické a emoční výzvy jednoduše tím, že jim uhýbá místo toho, aby jim čelil. Ještě větším rizikem je pak situace, kdy se tento člověk rozhodne své přesvědčení dále. Situace, kdy takový člověk pracuje dále s psychedeliky, může vést ke zvýšení rizik, které jsou s užíváním spojena (Welwood, 2011).

6 SOUČASNÝ VÝZKUM

V poslední kapitole teoretické části se zaměříme na výzkumy, které jsou podobné našemu zkoumání. Existuje mnoho výzkumů, které se zaměřují na uživatele psychedelik a účinek těchto látek. Výzkumy, které zkoumají stejnou situaci z pohledu facilitátora ovšem není mnoho. Může tomu být nejspíše z důvodu, že současné oficiální výzkumy zatím pracují na zkoumání efektu látek, a ne dalších proměnných jako je chování terapeuta. Dalším důvodem mohou být legislativně-spoločenská omezení, bránící výzkumníkům navázat kontakt s lidmi provázejícími psychedelickou zkušeností. Práce, která je svým směřováním podobná jako náš výzkum je kniha Horáka (2017). Dále existují výzkumy, které používají metodu IPA při zkoumání zkušeností uživatelů psychedelik. Z těchto jsme také čerpali, ale hlavně proto, abychom se seznámili s metodologií výzkumu v praxi. Výzkumná činnost mimo akademický svět je pak většinou prezentována formou knih od autorů, kteří shrnují své poznatky sbírané v průběhu života. Těmto zdrojům jsme věnovali prostor v předchozích dvou kapitolách. O současných výzkumech pracujících s látkami samotnými se věnujeme především v první kapitole. V této kapitole se zaměříme na představení výzkumu Horáka (2017). A popíšeme další možné benefity psychedelických látek. Zmíníme studie, které používají metodologii IPA při práci s psychedeliky. A provedeme krátkou exkurzi a úvahu o současné situaci v rámci psychedelické komunity. Tam se nyní začíná diskutovat o budoucnosti psychedelik v širší veřejnosti a komerční sféře. Tyto poznatky nám poslouží jako další přiblížení komplexnosti zkoumané tematiky a další možná vysvětlení zvýšeného zájmu o psychedelika a jejich facilitaci.

Metoda fenomenologické interpretativní analýzy (IPA) se využívá v případech, kdy se zkoumá fenomén či zkušenost účastníka. Jejím stěžejním přínosem je možnost zkoumání prožitku a připisování hodnoty právě zkušenostem prožitým. Porozumění dat je odvislé od zkušenosti výzkumníka a jeho pohled na situaci jeho interpretaci. Tato metoda se často využívá u prozkoumávání zkušeností s psychedelickými látkami.

Kaelen (2018) tuto metodu použil při zkoumání efektu hudby, při užití psilocybinu. Mitsunaga-Whitten (2017) zkoumala prožitky u pacientu s PTSD při léčbě pomocí MDMA. Ryan (2015) se zaměřil na zkoumání prožitků u uživatelů ayahuasky. Podobně

zaměřenou studii realizovala i Rumlerová (2018). Ta zkoumala prožitek uživatelů ayahuasky, kteří pak prošli dietou.

Horák (2017) se od roku 2006 věnuje tématu tradiční amazonské medicíny, konkrétně zkoumání ayahuasky. V roce 2017 vydal knihu *Ahayuasca v České Republice*, kde se pomocí 46 narativních rozhovorů snaží zjistit z jakých důvodů se lidé v ČR zajímají o tuto možnost práce, jaké problémy se snaží tímto řešit, jaké typy obřadů a jaká jejich místní specifika se lze dají nalézt. Většina respondentů jsou účastníky ceremonií. Ve výzkumném vzorku jsou ale i lidé, kteří tyto rituály zprostředkovávají. Díky těmto rozhovorům čtenářům dobře přibližuje jednotlivé aspekty spojené s užíváním ayahuasky. Zaměřuje se na všeobecné aspekty ale také konkrétní způsob práce s těmito látkami v ČR. Zmiňuje tam osobnost pořadatelů, cenu ceremonií, zážitky, rozdíly v jednotlivých obřadech a další témata, která se při sběru dat objevila. Toto dílo svým rozsahem a formátem přesahuje možnosti naší práce, ale je ukázkou, že podobné výzkumy mají své místo v akademickém světě. Lze předpokládat, že se zavedením těchto látek do lékopisů bude nutnost těchto výzkumů větší a větší.

Nyní představíme výzkumy, které dokazují další benefity, které se projevili při zkoumání léčebných účinků psychedelik. Ty se obecně realizují s menším počtem participantů výzkumu. Dále pak výzkumy, které odhalily benefity díky dlouhodobým studiím na větších vzorcích.

Poznatky o dalších benefitech vychází přímo z psilocybinové studie farmakoresistentních pacientů s depresí. U těch Lyons a kolegové (2018) zjistili, že kromě změn v dotaznicích měřící depresivní projevy došlo k snížení autoritativních politických postojů a zvýšení a zlepšení vztahu k přírodě. Tyto výsledky vyplývají se srovnání s kontrolní skupinou ve výsledcích testů *Nature Relatedness Scale (NR-6)* a *Political Perspective Questionnaire (PPQ-5)*. Sběr dat proběhl týden po administraci psilocybinu a pak v době 7-12 měsíců po administraci.

Carhart-Harris s kolegy (2017) pak poukazuje skrze své výzkumy a výzkumy kolegů na zvýšení pocitu spojení (*connectedness*) po užití psychedelik. Tento pocit spojení se projevuje ve vztahu k sobě, druhým i světem okolo. Tento pocit spojenosti je prostředníkem k vysoké životní spokojenosti. Naopak odpojení je fenomén, který je spojován s psychiatrickými diagnózami, hlavně s depresí. Na tento výzkum navazuje Hartogsohn (2018). Zaměřuje se na vliv psychedelik jako mediátor posilování vztahu k

spiritualitě a kreativitě. Hartogsohn pracuje i s konceptem placebo efektu, který také zmiňujeme v předchozích kapitolách.

Hendricks (2017) provedl studii, kde zjišťoval vliv užívání psychedelik na kriminální chování u více než 480 tisíců Američanů. Data vycházely z National Survey on Drug Use and Health v letech 2004–2014. Výsledkem bylo zjištění, že lidé, kteří měli zkušenost s psychedeliky měli sníženou pravěpodobnost spáchání krádeže, přepadení, majetkového zločinu a násilného zločinu. V kontrastu s tímto zjištěním, dlouhodobí uživatelé ostatních drog než psychedelických byli spojováni se zvýšenou pravděpodobností k těmto činům.

Wagner (2017) přináší zjištění z MDMA studie zaměřující se na léčbu PTSD. Z jejich výsledků vyplývá, že u lidí s touto zkušeností dochází k dlouhodobému zvýšení otevřenosti. To bylo měřeno dotazníky Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), NEO PI-R Personality Inventory. Tyto výsledky naznačují, že efekt MDMA překračuje léčbu specifických PTSD symptomů a zásadně mění osobnostní strukturu.

K podobným výsledkům jako Wagner (2017) dochází i Erritzoe (2019) který srovnává uživatele psychedelik, uživatel MDMA a neuživatelé. Srovnání provádí pomocí dotazníku NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). I zde dochází ke zjištění, že uživatelům psychedelik vychází vyšší skóry ve škále otevřenosti než neuživatelům.

Thiensen se svým týmem (2018) provedl šetření na vzorku 1266 respondentů. Zajímal se o to jaký má vliv užívání psychedelik (LSD, psilocybin) na emocionální regulaci a násilí mezi partnery. U mužů, kteří měli zkušenost s LSD či psilocybinem byla naměřena nižší míra násilí v partnerských vztazích. Z analýzy také vyplynulo, že tito muži také vykazovali lepší emoční regulaci ve srovnání s muži bez psychedelické zkušenosti.

Dalším fenoménem, jehož zkoumání je teprve v počátku je microdosing. Jedná se užívání malých dávek psychedelik, které mají sloužit ke zlepšení fungování a prožívání jedince. Jeden z prvních výzkumů provedla Prochazkova s kolektivem (2018). Z jejich zjištění vyplývá, že uživatelé mikrodávek mají zvýšené konvergentní a divergentní myšlení ale fluidní inteligence zůstává nezměněna. Další výsledky mikrodávkování přináší Anderson (2019), který se svým týmem naměřil snížený výskyt dysfunkčních postojů a negativní emocionalitu a zvýšenou moudrost, otevřenost a kreativitu ve srovnání s lidmi, kteří microdosing nepraktikovali.

Tyto nejnovější poznatky dokazují, že psychedelické látky mají mnohem širší pozitivní dopady na člověka, než jsou jejich očekávané léčivé schopnosti, díky kterým se nyní

stávají součástí lékopisů a celkově moderní medicíny. Je možné, že toto jsou další z důvodů, proč se jednotlivé látky využívají i mimo klinický či výzkumný kontext. Snaha o sebezpresah a vlastní zkušenost není jen doménou akademiků a výzkumníků. Tyto látky se využívají i mimo tento kontext a s postupnou medikalizací psychedelik a s tím jdoucí komercializace se začínají ozývat i první hlasy, které nesouhlasí s tím, že toto je jediná cesta, jak s psychedeliky pracovat.

V reakci na současný vývoj poznání a psychedelické komunity vzniklo “Prohlášení o otevřené vědě a otevřené praxi s psilocybinem, MDMA a podobnými substancemi” (Jesse, 2018). Cílem tohoto prohlášení je podporovat otevřené principy ve výzkumu a vývoji psychedelických medicín. Zaměřuje se na intelektuální a vědeckou integritu, dostupnost služeb, otevřený výzkum a praxi. Je pod ním podepsána velká část psychedelické komunity a výzkumníků. Tento dokument vznikl v reakci na obavy, které přináší postupný proces klinického testování látek a zavádění psychedelik do medicíny. To totiž spustilo rozvoj komerčních podniků, které se snaží motivovat k nesdílení materiálu a znalostí za účelem zvýšení výtěžků či kompetice mezi badateli. S tímto zvýšeným zájmem přichází mnoho otázek. Doposud bylo pole psychedelického zkoumání kooperativní, sdílející znalosti, metody a zkušenosti. Se vstupem komerčních subjektů do světa psychedelik je tato otevřenost ohrožena. Konkrétně jde o společnost Compass Pathways, původně neziskovou organizaci v současné době akciovou společností. Ta se zajímá o psilocybinovou léčbu v Evropě. A společnost Eleusis, která patentovala užití LSD pro léčbu Alzheimerovy choroby (Davis, 2018).

Tento vývoj zavádění psychedelik do široké společnosti může mít vedle přínosů samotných látek i určitá omezení a negativní dopady. Paralelu na podobné zneužití transformačních technik pro zvýšení výkonu můžeme vidět například u jógy. Vynořují se také otázky, kdo bude s těmito látkami pracovat, za jakých podmínek. Kdo pro tuto práci bude způsobilý, kdo tuto způsobilost bude posuzovat a dle jakých měřítek. Otázky, jak se zdravotnický a pojišťovnický systém bude snažit zrychlit a zefektivnit terapeutický potenciál a s ním snížit spojené finanční nároky. Další otázky se týkají způsobilosti pro léčbu, kdo bude indikován pro práci s psychedeliky. Z našeho titulu nedokážeme na tyto otázky zodpovědět, ale určitě jsou to témata, která se rychle ukazují a zaslouží si debatu.

Z výše uvedených otázek vyplývá, že i když se medicínské využití psychedelik blíží a vypadá téměř nevyhnutelně, nemusí nutně vést k zpřístupnění všem těm, kteří by o tuto zkušenost měli zájem.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Téma, kterému se budeme věnovat v rámci výzkumu, jsme již nastínili v úvodu této práce. V teoretické části jsme seznámili čtenáře s tématem psychedelik, a jak se náhled na tyto látky dále vyvíjel v čase. Představili jsme účinky látek a jejich využití a také současné návrhy na klinické využití. Dále jsme prezentovali historické terapeutické přístupy a moderní teorie vědomí, které se psychedelikům věnují. Popsali jsme si i další proměnné, které určují psychedelickou zkušenost, a shrnuli jsme požadavky na člověka pracujícího s těmito látkami. V poslední kapitole jsme představili výzkumy, které ukazují na další vlastnosti spojené s užíváním.

Cílem teoretické části bylo přiblížit čtenáři komplexnost a šíři fenoménu psychedelik a jejich užívání v průběhu času. Toto téma je velice široké, proto jsme museli výzkum zaměřit konkrétněji. Jako výzkumný problém jsme si stanovili zjistit, jak vypadá samotná práce člověka provázejícího psychedelickou zkušeností. Jak na toto téma nahlíží lidé, kteří tuto zkušenost zprostředkovávají. Při přesnější formulaci je naším výzkumným problémem zkušenost lidí, provázejících psychedelickým zážitkem. Popsat jejich osobní zkušenost s touto prací. Jak ji hodnotí, jakým prismaťem na ni nahlíží a kterým dimenzím připisují důležitost a význam.

Po provedení rešerše se nám nepodařilo najít mnoho výzkumů, které by se tomuto tématu věnovaly. Velice dobře toto téma zpracovává Horák (2017), který se zaměřuje na ayahuascu a prostředí jejího užívání v ČR, kde se díky nasbíraným datům dostává nepřímo i k tématu práce s těmito látkami. Na prožitky psychedelické zkušenosti se většinou ostatní výzkumníci zaměřovali směrem k uživatelům či participantům výzkumů. Prostor pro tento výzkum vyplynul organicky. Prvním důvodem bylo zjištění, které autor provedl v rámci své diplomové bakalářské práce. Ta se zaměřovala na dlouhodobé uživatele konopí. U zkoumaného souboru 363 respondentů mělo s psychedeliky zkušenost celých 61 % uživatelů. Ti navíc ve svých volných odpovědích popisovali pozitivní zkušenosti a vztah k těmto látkám. Tyto údaje byly zajímavé také ve srovnání se zkušenostmi se stimulanty, kterou respondenti popisovali spíše negativně (Zupko, 2016). To dále vedlo autora k aktivnímu zapojení do fungování České psychedelické společnosti a spolupodílení se na

vzniku programu PsyCare. Tento program se v rámci konceptu Harm-reduction zaměřuje na snižování rizik spojených s užíváním psychedelických látek. To v praxi vedlo k těsnější spolupráci s komunitou, která se o tyto látky zajímá a následnou přímou prací v rámci festivalů. Dále se jedná také o faktor čas, kdy se v současné době nacházíme v období zvýšeného zájmu o tyto látky. Z tohoto zvýšeného zájmu vyplývá i větší míra užívání psychedelik. Dalším důvodem je fakt, že se začínají realizovat první klinické studie a zdá se, že se psychedelické látky stanou součástí léčebných metod, kdy v ČR v současné době již proběhlo několik studií, kde se s psychedeliky pracuje. A zároveň existuje mnoho lidí, kteří tuto zkušenost zprostředkovávají mimo výzkumný kontext. Z hlediska legislativy se jedná o situaci, která toto zkoumání dovoluje, více o tomto v části věnované etice výzkumu. Posledním faktorem je pak vlastní výzkumníkův zvědavost a zájem o toto téma. Autor se zajímá o terapii i práci s psychedeliky. Kromě jiných možností studia a vzdělávání slouží tento výzkum k prohloubení znalostí a exploračnímu zkoumání tohoto fenoménu ve společnosti.

8 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole se budeme věnovat metodologickému rámci výzkumu – popíšeme typ výzkumu, představíme metody získávání dat, metody jejich zpracování a také etické limity výzkumu a jejich řešení.

8.1 Typ výzkumu

Pro zkoumání tohoto výzkumného problému jsme zvolili kvalitativní výzkum. Tento přístup nejlépe odpovídá jeho povaze. Pomáhá detailně zachytit individualitu každého případu a je bohatý na data, protože se jedná o neprobádanou oblast. Tato metoda je ideální pro zkoumání dat, jež jsou jedinečné a neopakovatelné. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na zkoumání fenoménů, které platí v určitém kontextu a jsou jen těžko zobecnitelné. Jedná se o dynamický proces, ve kterém má výzkumník svou roli. To dohromady vytváří situaci, ve které se podílí na vytváření dat (Miovský, 2006). Protože je tato oblast zatím málo zmapovaná, je tento výzkum explorační.

Zpracování dat proběhlo metodou IPA, interpretativní fenomenologickou analýzou. Této metoda se snaží porozumět žité zkušenosti člověka. Zkoumá, jakým způsobem člověk utváří význam své zkušenosti. To umožňuje výzkumníkům porozumět zkoumanému fenoménu. Přístup zkoumajícího je aktivní, metoda totiž vyzdvihuje roli jak participanta, tak i výzkumníka. Úkolem je skrz vyprávění pochopit zkušenost respondenta. Metoda vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Fenomenologické zkoumání se projevuje v hledání individuální a jedinečné zkušenosti člověka, to, jakým způsobem je svět participantem zažíván. Hermeneutika se využívá v IPA v práci s hermeneutickým kruhem. Participant se snaží porozumět zkušenosti s fenoménem a výzkumník se snaží porozumět, jak participant k této zkušenosti došel. Idiografický přístup vychází ze zaměření na konkrétního jedince, kteří zažívají specifickou situaci či událost. IPA tedy pracuje detailním prozkoumáním jednoho případu a až po určitém porozumění se přechází k následující analýze. IPA tak prozkoumává zkušenosti konkrétního jedince z jeho úhlu pohledu. Porozumění tomuto pohledu je ze strany výzkumníka ovlivněno jeho zkušeností, pohledem na svět tak i interakcí mezi výzkumníkem a respondentem (Čermák & Kostínková, 2013).

Metodu IPA jsme si vybrali záměrně, jelikož je autorovi blízká filosofie a konkrétně fenomenologie. Metoda, který tento pohled na svět reflektuje se zdá ideální pro tento druh exploračního výzkumu. Zkušenost respondentů je spojení několika fenoménů. Jedná se o jejich vlastní zážitky, které v životě získali. Dále informace, které se dozvěděli a nastudovali a ze kterých vytváří svůj pohled na toto téma a celý svět. A celkově jejich životní příběh, díky kterým je zkušenost jedinečná. Tyto získané informace pak můžeme porovnávat se zkušeností a vědomostmi autora, která shrnujeme v teoretické části. Povaha informací o zkušenostech participantů může mít různou úroveň a kvalitu. To je další z charakteristik fenomenologie, respektive metody IPA. Jedná se o explorační výzkum, citlivé téma, náročný fenomén a autorovo první setkání v praxi s metodou IPA. Proto jsme se rozhodli začít zkoumání z obecnější roviny. Ptáme se spíše na techniku a informace okolo práce s psychedeliky samotné a reflektujeme tuto zkušenost respondentů. IPA by nabízela i možnost hloubkového zkoumání osobního významu zkušenostem, motivací respondentů pro tuto práci skrz prožitek. Domníváme se, že takovýmto výzkumům musí předcházet tyto výzkumy explorační. A také, že formát hloubkového zkoumání těchto fenoménů zdaleka přesahuje formát této práce a výzkumné zkušenosti autora. K samotným výzkumným otázkám se věnujeme v následující podkapitole.

8.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Prvním úkolem celé výzkumné části byla definice reálných výzkumných cílů a konkrétních výzkumných otázek. Protože se autor tématu věnuje i v praxi, hlavním cílem bylo hlubší porozumění problematice provázení. Jakým způsobem tato práce probíhá, čemu připisují jednotliví sítěři důležitost a jakým způsobem nad tímto tématem přemýšlí. Tento cíl dále umožňuje naplnění dalších, sekundárních cílů. Zde se jedná o prezentování výsledků zkoumání na konferencích, vzdělávání dobrovolníků a pracovníků v sociální sféře či další možnosti publikací ohledně této problematiky jak pro uživatele, či širší veřejnost.

Cílem praktické části diplomové práce jako takové, bylo prozkoumat zkušenost lidí, kteří pracují s psychedeliky a zprostředkovávají tuto zkušenost ostatním lidem. Tyto zkušenosti nám měli pomoci zjistit, jakým způsobem o těchto látkách provázející uvažují. S jakým nastavením do této práce vstupují a jak jejich práce vypadá. Tyto výzkumné cíle dále vedly ke konkrétním výzkumným otázkám. Ty pak zní takto:

1. Jaká je zkušenost a motivace těchto lidí.

2. V čem vidí je terapeutický potenciál psychedelických látek.
3. Jaká jsou rizika spojená s psychedelickým zážitkem.
4. Jaké jsou dle nich požadavky na terapeuta/sittera.
5. Jaké další proměnné vnímají jako důležité.
6. Jak probíhá příprava / integrace psychedelické zkušenosti.
7. V jakém prizmatu nahlíží na psychedelické látky a práci s nimi.

S výzkumnými otázkami jsme v průběhu výzkumu dále pracovali, abychom nejlépe pochopili pohled každého účastníka výzkumu. Seznam otázek, které jsme používali v rozhovoru přikládáme v Příloze č.1.

8.3 Design výzkumu a tvorba dat

Výzkum byl realizován v období září 2018–únor 2019. Hlavním kritériem pro výběr respondentů do výzkumu byla jejich zkušenost s provázením dalších osob v rámci psychedelické zkušenosti. Snažili jsme se zajistit, aby v našem souboru byli zastoupeni respondenti, kteří pracují s těmito látkami v rámci výzkumného kontextu stejně tak jako lidé, kteří toto provozují mimo něj v takzvané „šedé zóně“. Další snahou bylo zajistit, aby byli v souboru zastoupeni jak muži i ženy.

Výběr byl tedy nepravděpodobnostní, příležitostný a záměrný. Naší cílovou populací byli lidé, kteří mají zkušenosti s provázením v rámci psychedelické zkušenosti. Definovat tuto populaci a její velikost není snadné. Jedná se o všechny výzkumníky, kteří mají tuto zkušenost díky výzkumné studii. Těch v České Republice proběhlo několik. I přesto zůstává počet výzkumníků nízký, v řádech jednotlivců. Dále se jedná o lidi, kteří tuto službu zprostředkovávají mimo výzkumný rámec. Neexistuje žádný dostupný seznam těchto osob. Díky publikacím a podobnými studiím, zejména ve spojení s ayahuascou víme, že tito lidé existují. Jejich počet se bude pohybovat s největší pravděpodobností v řádu stovek lidí. Celková populace je tedy malá a z pohledu výzkumníka i těžko oslovitelná. Vycházeli jsme z autorova kontaktu s touto komunitou, která vedla k navázání kontaktu s účastníky výzkumných studií a také s členy psychedelické komunity v rámci ČR. Výzkumníky pracující s psychedeliky jsme písemně oslovili s žádostí o spolupráci na výzkumu. Členové psychedelické komunity byli vytipováni a následně také písemně osloveni s žádostí o participaci. Třetí vlna oslovení proběhla přes sociální síť Facebook,

kde jsme ve skupinách zájímající se o psychedelika pečlivě popsali důvod a druh výzkumu a požádali o možnost zvažování účasti.

Pomocí metod popsaných výše jsme kontaktovali přibližně 8 potenciálních respondentů, kteří splňovali daná kritéria a byli ochotni spolupracovat. Poslali jsme jim bližší informace o zaměření a cílech této práce. Všichni zmínění byli ochotni spolupracovat, nakonec se nám podařilo v rámci výzkumu spolupracovat z 6 z nich. Jeden oslovený nám sdělil, že nemá dostatek zkušeností, aby o tomto tématu takto hovořil. Druhý byl členem výzkumného týmu, ovšem z časových důvodů se nám nepodařilo rozhovor realizovat.

Pracovali jsme tedy s lidmi, kteří mají zkušenost s provázením v rámci psychedelické zkušenosti. Chtěli jsme zajistit, aby část respondentů pracovala s látkami v rámci výzkumného prostředí a druhá mimo něj. Nedefinovali jsme konkrétní látku. Šlo nám o naplnění požadavku, že pracují i s cizími lidmi, se kterými nemají dlouhodobé vztahy. A že mají dostatek zkušeností, aby o ni mohli mluvit. Limitem počtu zkušeností v rámci provázení je fakt, že výzkumné studie probíhají s malým počtem dobrovolníků, například dvacet. S těmito dvaceti dobrovolníky pak pracuje více výzkumníků. Počet zkušeností ve výzkumném designu je tedy nízký. Vyrovňuje jej odborný zájem, znalosti a praxe výzkumníků v rámci svého oboru v klinické praxi. Určitou míru seznámení s tématem pak očekáváme od každého z participantů.

Data byla získávána pomocí polo-strukturovaného rozhovoru, který jsme nahrávali na diktafon. Autoři věnující se metodě IPA doporučují výběr otevřených a širokých otázek a minimální vstup ze strany výzkumníka. Počet otázek by se měl pohybovat okolo šesti až deseti. Takový rozhovor by pak měl trvat kolem 45-90 minut (Čermák & Kostínková, 2013; Smith et al., 2009). Naše rozhovory trvaly v rozmezí 46-62 minut, celkem 5 hodin a 14 minut. Přepis všech rozhovorů měl přes 76 normostran.

Rozhovory probíhaly po vzájemné domluvě s konkrétním účastníkem, vzhledem k jejich velké časové vytíženosti jsme se snažili jim vyjít vstříc a za všemi respondenty jsme přijeli tak, aby jim vše zabralo co nejméně času. Většinou jsme se setkali v kavárně, nebo přímo u respondenta doma. Respondentům bylo ještě namísto představeno téma a taky povaha výzkumu, aby byli výsledky co nejvíce autentičtější.

8.4 Metody zpracování a analýzy dat

Jak již bylo uvedeno výše, pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní výzkum a metodu IPA. Před samotným sbíráním dat jsme začali s vlastní reflexí výzkumníka, která se nachází v následující podkapitole. Tato reflexe, kterou doporučují autoři Kostínková a Čermák (2013) pomohla autorovi shrnout vlastní názor a uvědomit si co je motivací pro toto zkoumání. Dále to vedlo k upevnění fenomenologické perspektivy, ze které autor na toto téma nahlíží. To se dále ukázalo jako dobrá cesta pro práci s interpretací a analýzou dat. A dále jako způsob určité transparence v rámci výzkumu.

Rozhovory jsme nahrávali na mobilní telefon nebo diktafon. Po dokončení byly přepsány do dokumentu Microsoft Word za pomoci aplikace Audipo. V prepisech jsme očíslovali jednotlivé řádky, aby byla práce s vynořujícími se tématy přehlednější a mohli jsme kódy zpětně v textu snadno dohledat. Změnili jsme formát prepisů tak, aby měly širší okraje. Tyto okraje sloužily k zapisování komentářů a poznámek. Takto upravené rozhovory jsme vytiskli a dále pracovali s tištěnou verzí.

S texty jsme se seznamovali v průběhu výzkumu. Již při samotném rozhovoru jsme si dělali poznámky na záznamový arch. Cestou ze setkání s respondenty jsme znova rozhovor poslouchali. Dále jsme hovor několikrát slyšeli při prepisu. Po této fázi jsme se věnovali opakovanému čtení a vytváření poznámek. Poznámky tedy vznikaly při samotném rozhovoru, při poslechu a prepisu a také při čtení. Podstatné a zajímavé části textu jsme podtrhávali. Poznámky, reflexe a komentáře jsme pak vypisovali do levých okrajů. Tomuto jsme věnovali dostatek času, dokud jsme dalším čtením již neobjevovali nová témata či komentáře. Pote jsme pracovali s těmito výzkumníkovými poznámkami. K tomu sloužil pravý okraj stránek. V tomto bodě jsme začali pracovat více s vlastními poznámkami a komentáři. Ty jsme začali zobecňovat tak, aby se z nich staly nadřazená témata. Toto jsme prováděli s ohledem na hermeneutický kruh, aby se jednotlivé části pořád vztahovaly k celku. Po zformulování jednotlivých témat jsme se pustili do mapování jejich propojení. V této chvíli jsme si jednotlivá témata přepsali do tabulky MS Excel. Zprvu chronologicky jak šly za sebou, poté jsme si vytvořili kopii tohoto schématu a pracovali jsme na hledání souvislostí. Autorovi se práce v prostředí MS Excel v této části zkoumání osvědčila. S tématy se dalo volně pohybovat a vytvářet skupiny či celky. Tyto celky přibližně odpovídají počtu výzkumných témat. Poté, co jsme si ověřili konzistenci

vynořených nadtémat a témat, srovnali jsme si tyto témata s konkrétními odkazy v textu a pracovali s hermeneutickým kruhem.

Tímto jsme měli možnost vnímat text z nové pozice. Číst ho z pohledu vynořujících se témat, a tak poznat zkušenost participantů z jiného úhlu pohledu. Jakmile byla tato část hotova, přesunuli jsme se k vytváření případové studie respondentů. Zde jsme se snažili o principy triangulace dat. Vycházeli jsme z rozhovoru samotného, poznámek, které v době od rozhovoru do konce analýzy vznikly. Dále pak s tématy, která jsme získali díky procesu analýzy a interpretace. A také z vlastního dojmu se setkání s participanty. Případová studie je pak souhrnem této práce. Je tvořena shrnutím jednotlivých odpovědí na výzkumné otázky, které je proloženo přímou řečí a odpověďmi participantů. Pod touto případovou studií se pak nachází ještě shrnutí analýzy samotné a popis témat. Takto probíhal proces každé případové studie. Vždy jsme pracovali s jednou případovou studií a až po skončení jsme pokračovali na další. Po dokončení poslední případové studie jsme sepsali obecné shrnutí a věnovali jsme se teoretické transferabilitě. Seznam témat vzešlých z kódování u každého participanta jsou k nalezení v Příloze 2. Hledali jsme propojení, podobnosti a rozdílnosti mezi výsledky jednotlivých účastníků výzkumu. Srovnání s existující literaturou a poznáním jsme pak dále zpracovali v diskuzi.

8.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo celkem 6 participantů. Všichni jsou to lidé, kteří mají zkušenost s provázením v rámci psychedelické zkušenosti. Jednalo se o tři muže a tři ženy. Všichni jsou obyvatelé České republiky. Všichni respondenti mají vystudovanou vysokou školu. Dva respondenti mají vystudovanou medicínu, dva psychologii, jeden VŠ technického zaměření a jednu VŠ pedagogického zaměření. Dva participantů pracují jako lékaři, jeden jako klinická psycholožka, jeden jako výzkumník, jedna jako terapeutka a poslední je v současné době freelancer. Průměrný věk byl 32,4 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 27 let, nejstaršímu 43 let.

Účastníci výzkumu mají zkušenost s provázením v rámci psychedelické zkušenosti. Kritériem nebyla konkrétní látka, ale zkušenosti s tímto druhem práce. Účastníci byli vybíráni pomocí nepravidelného, záměrného výběru. Podařilo se nám zajistit genderově vyrovnaný vzorek. Dalším úspěchem bylo zajištění participantů z obou možných prostředí. Dva pracují s psychedeliky v rámci výzkumného šetření, čtyři mimo něj.

8.6 Reflexe autorovy zkušenosti

Dlouho jsem přemýšlel, jakým způsobem výzkum zaměřit. Téma psychedelik jsem si vybral záměrně, od doby, kdy jsem psal bakalářskou práci jsem se dostal blíže této problematice a tématice. Samotná zkušenost s psychedelikou podnítila můj zájem o studium psychologie. Začal jsem se tomuto tématu věnovat aktivně, stál jsem u zrodu harm-reduction programu PsyCare, který se snaží o šíření myšlenky snižování rizik a edukace ve spojení s psychedelikou. I díky této práci mám určitou představu, jak v praxi tato komunita funguje, jaká jsou rizika mladých lidí a začínají se mi vyjevovat i určité motivace pro užívání. Téma jsem si vybral jako symbolickou tečku za tímto tématem, uzavření kruhu. Líbí se mi, že je v něm zahrnuto téma terapie a všechny aspekty s ním spojené. Z důvodu velké popularizace psychedelik mi nepřišlo namísto zkoumání prožitků uživatelů. Práce s psychedelikou je z legislativních i etických důvodů nemožná. Tedy pro mě, i když v této práci vidím určitou atraktivitu. V současné době probíhá několik výzkumů, ve kterých se psychedelika podávají. A existují i lidé, kteří toto dělají sami na sebe. Možná vlastní strach, či pocit nedostatečné způsobilosti pro práci s psychedelikou mě inspirovala zjistit, jak to mají lidé, kteří to reálně dělají a jak jim to funguje, co považují za stěžejní a v jakém kontextu nahlíží na tyto jednotlivé látky. Jsem rád, že jsem objevil metodu IPA, protože dělá z mého zájmu o tuto tematiku výhodu spíše, než nedostatek či limit výzkumu. Také je mi blízká filosofie a také fenomenologie.

Mám určitou teoretickou představu o tom, jak by se tyto věci měly dělat. Tyto představy a informace ve velké míře reflektuji v teoretické části. Rád bych zjistil, jak to mají ostatní a zjistil, jestli se liší přístup lidí v oficiálním výzkumu a těch, kteří fungují mimo něj. Nenašel jsem výzkum, který by se zaměřil na stejné téma. Důvodem budou nejspíše legislativní či jiné důvody. Cítím, že se eticky pohybují na hraně, nicméně to vnímám jako to správné místo pro výzkumníka, který se snaží reflektovat tematiku, která se zatím diskutuje spíše mimo akademický svět. Do budoucna se mi líbí myšlenka pracovat jako terapeut a dokážu si i představit možné spojení terapeutické práce a práce s psychedelikou. Ale v současné době vnímám, že se jedná o určitou nadstavbu terapie samotné. Je třeba začít budovat silné základy tam. Ještě cítím rozdíl mezi terapeutickou prací s psychedelikou a facilitováním psychedelického zážitku jiné osobně. A tak stejně vnímám rozdíl mezi facilitací a harm-reduciton prací, kdy se pracuje s člověkem pod vlivem psychedelik a cíl je co nejvíce snížit rizika která vzešla ze samotného užívání. Tuto harm-reduction práci již v současné době dělám a plánuji v tom pokračovat a zdokonalovat.

8.7 Etické problémy a způsob jejich řešení

Během celého výzkumu jsme pečlivě dbali na dodržování etických pravidel. Již v přípravné fázi jsme si byli vědomi toho, že se výzkumné téma tématu, které je svou povahou velice osobní a citlivé. Také z legislativní stránky jsme museli pracovat tak, abychom se nedostali do situace, která by vedla k poškození či ohrožení kohokoliv z participantů. Toho jsme dosáhli dodržováním dvou základních principů. Prvním z nich bylo zajištění anonymity, proto se například v jedné případové studii neobjevuje konkrétní věk participanta. Druhým bylo respektování právního rámce a legislativy ČR. Autor si je díky svému vzdělání vědom ohlašovací povinnosti, a proto s participanty jednal tak, aby nedošlo k nutnosti splnění této povinnosti.

Účastníci byli o těchto principech obeznámeni hned při prvním kontaktu v rámci výzkumu. Stejně tak, že jakákoliv spolupráce je čistě dobrovolná a lze kdykoliv odstoupit. Tyto informace byly prezentovány všem potenciálním zájemcům, se kterými jsme přišli do kontaktu. Účast na výzkumu nebyla nijak finančně ohodnocena. Respondenti se kterými jsme se potkali v kavárně byli pozváni na nápoj. Ti, u kterých probíhal rozhovor doma, hostili naopak autora. Všichni respondenti nám dali ústní souhlas pro nahrávku rozhovoru. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.).

9 VÝSLEDKY

V této části práce shrneme výsledky našeho výzkumu. Zpracovali jsme se rozhovory metodou IPA. Jedním z cílů bylo “Popsat osobní zkušenost s touto prací. Jak ji hodnotí a jakým dimenzím připisují důležitost a význam.“. Postupně představíme jednotlivé respondenty v případových studiích, dále jednotlivá témata, která nám vzešla z rozhovoru a její analýzy. Dále zpravujeme společná témata, která z analýzy vzešla a podrobíme je společnému rozboru.

9.1 Případové studie a témata vzešlá z analýzy

Jan

Janovi je 34 let, byl vždy spíše racionální a materialisticky zaměřený, i když se zajímal o spirituální aspekty. Jeho zájem o filosofii, duchovní sféru, spiritualitu lze vidět i v zařízení jeho pokoje. Je plný jeho vlastních uměleckých děl, hudebních nástrojů, mandal a filosofických předmětů. Změnu svého přístupu popisuje takto „*nevěřil jsem v nic nadpřirozeného, i když mě to fascinovalo a zajímal jsem se o to, ale vlastně vnitřně jsem v to, v to nevěřil prostě, ani v Boha, všechno jsem se snažil racionálně vysvětlit*“ Tak jako u téměř každého člověka se jeho vztah k psychedelikům vyvíjel. Zpočátku byl spojený s experimentací a zájmem. Tento přístup se začal měnit s dalšími zkušenostmi. Sděluje, že zásadní pro něj byla zkušenost s ayahuascou před několika lety. Popisuje ji v rozhovoru až jako transformační. „*(my) Jsme vlastně začali zkoumat...ale pořád to bylo tak nějak pro zábavu...až o pět let později jsem začal i s tím, s těma zkušenostma co jsem začal číst...řekl bych že zásadní byla zkušenost s ayahuascou kterou jsem měl teprve před třemi čtyřmi lety, tam proběhlo něco, co bych nazval jako první opravdového poznání sama sebe a očištění nějakého bloku*“ Psychedelický zážitek, respektive jejich účinek považuje za určitý druh očištění. Vnímá jej jako skutečný kontakt sám se sebou. Přesně zážitky tohoto rázu jej vedly k chuti tuto zkušenost a zážitek sdílet. Všechny tyto zkušenosti mu přinesly do života zájem o jógu, tantru, energetické léčení, muzikoterapii. V rozhovoru zmiňuje, že

jeho motivem je pomáhat druhým. „*To, co vlastně teďkom cítím i když to nedokážu popsat tak bych rád aby to cítili všichni...když jsem viděl potom že to těm lidem pomáhá a že to někam vede je i mě a že mi to ukazuje ty věci tak jsem, tak mě to motivovalo ještě víc potom do toho jít.*“ Je to umělecky zaměřený člověk. Kreslí, maluje a dělá muzikoterapii. Má vystudovanou VŠ technického směru (inženýr), pracoval v IT. To se rozhodl změnit po jeho transformačním zážitku. „*dříve to bylo, jakože povrchní, jakože dělám nějakou profesní kariéru řekněme které se budu věnovat a tady to je jen takovej, taková boční cesta to duchovno. Ale tam po tomhle zážitku jsem si uvědomil že to je to hlavní, čemu se chci věnovat.*“ Věří v inteligenci psychedelik a v jejich ozdravnou sílu. Za stěžejní u psychedelik považuje vlastní prožitek a několikrát zmiňuje hodnotu toho, že moc změny je v rukou provázeného. Tomu psychedelika mohou pomoci ukázat určité chyby v myšlení a podpořit ho v tom, aby vzal moc do svých rukou a pracoval na sobě dále. Připisuje důležitost tomu, že moc má v rukou provázený člověk „*vlastně je jedno co tím ten člověk potom už léčí protože už tam je tak obrovská inteligence*“. Psychedelikům připisuje vlastní inteligenci. Dokáží samy pracovat a nastartovat proces samoléčení. „*Psychedelická terapie funguje trošku jako autopilot, který nás řídí a ukazuje nám co je třeba vyřešit.*“ Z jeho vyprávění vychází, že je pro něj důležité, aby si člověk touto zkušeností prošel. Vnímá to jako příležitost odstartovat vlastní práci na sobě. Dále je pro něj důležitá zodpovědnost člověka sama za sebe, „*aby se už nemuseli vracet, aby nebyli závislí na nikom dalším*“. Chápe a uznává nutnost a přítomnost medicínského přístupu. Ale vnímá, že je za tím i více než to. Popisuje to jako vlastní inteligenci těchto látek a považuje je za součást rozvoje lidství. Další přínos psychedelik podle něj je, že se lidé otevírají léčbě v kontrastu k tradiční medicíně. „*Oni tam hlavně mluví o nějakém léčení fyzického těla, nebo nějakých duchovních nemocí to je vlastně i takové hlavní téma vlastně takový oficiální úroveň proč se to vlastně dělá ale já v tom vidím ještě mnohem víc důležitějšího.* V samotných psychedelících ovšem spatřuje větší potenciál, než jaké výsledky přináší medicína. Vlastnost povznesení vnímá v přijetí a otevření se léčbě. To podle něj pak vede k větší zodpovědnosti a svobodě člověka za svůj život a zdraví. Částečně věří v to, že látka funguje sama a sebe tak vlastně staví do role facilitátora. Základní požadavek na terapeuta/provázejícího vidí v jeho čistotě a vyrovnanosti. Stěžejní je pro něj set a setting, dávkování a vlastní zkušenost s látkou. Dále nutnost, aby provázející poskytl dostatečný prostor pro provázeného a nevstupoval mu do toho se svými obsahy. Základním požadavkem dobré spolupráce pro něj je, aby byla nastolena důvěra mezi terapeutem a provázeným. *Takže vlastně to částečně pracuje za nás ta inteligence...ta inteligence ty*

medicíny a toho procesu nás navede sama.... Rozhodně hlavní věc v té zkušenosti nebo terapii je set a setting. To je úplně jasný, a je to nastavení toho prostoru a nastavení toho pacienta, to jsou dvě věci ale řekněme že na straně toho pacienta. Ale samozřejmě velký nebezpečí může být v tom terapeutovi který tu ceremonii vede nebo tu psychedelickou zkušenost....sám v sobě musí vědět co dělá, musí být vyrovnaný a pokud možno asi je důležitá ta vyrovnanost hlavně, protože jde o to, aby nepřenášel na toho pacienta nic z něj, aby ho to ještě neovlivnilo negativně“. Dále se bavíme o podmínkách dalších proměnných určujících psychedelický zážitek. Záměr vnímá jako zásadní, i když má své limity. Očekávání vnímá jako dobré, pokud není moc silné, pak to podle něj má tendenci omezovat možnosti a potenciál psychedelik. Přípravu dělí na dlouhodobou a krátkodobou a považuje ji za velice důležitou, a je to něco, na co se v přípravné fázi zaměřuje. Zmiňuje i požadavek kontraktu, který vzniká těsně v době zážitku „určitě je to zásadní. Ten záměr vlastně formuje to, kam se budeme pohybovat v té sesi, během té terapie. To pomáhá navádět jak toho pacienta, tak toho terapeuta tím směrem, kam chtějí jít. Na druhou stranu je potřeba s tím být trochu opatrný, protože to může celý ten záměr, který si představujeme v tom racionálu tak může být dost omezený“. Pokud člověk neprohlédne propojenost způsobu chování a příčin, které k jeho obtížím vedou, může být záměr omezující „ale už si vůbec neuvědomuje, že dělá něco psychicky, že má nějaký vzorec, nebo se chová, žije podle nějakého vzorce, který si neuvědomuje a který tu nemoc způsobuje...takže neřešíme nemoc ale úplně jinou věc v té psychice. Ale potom se nakonec objeví to, že tady je to celý základ pro to, že to způsobuje to nemoc.... A to očekávání si myslím, že pokud není kladený velký důraz tak může tu sesi trochu zdeformovat, pokazit, když se ten člověk chce věnovat urputně nějaké věci tak pak přehlídí třeba další věci, které se ukazují. Pokud je pohled provázeného omezený, může to bránit k pochopení a náhledu na situaci a myšlení „takže je třeba tomu být otevřený. Důležitou částí příprav je i kontrakt a vysvětlení toho, co se bude dít “domluvení si pravidelproto, aby se zajistilo bezpečí, nastavení si toho settingu“. Zmiňuje i důležitost dlouhodobé přípravy, některé vlastnosti ze strany provázeného přijdou až s dlouhodobým tréninkem, „ale těžko se z nějakého vystresovaného člověka stane člověk který je v pohodě, takže to souvisí s tou dlouhodobou přípravou.“ Ve vztahu k psychedelikům vnímá rozdíl mezi medicínským přístupem, který považuje za určitým způsobem limitovaný svým oborem diskurzem. Nerad odděluje posvátnost látek z kontextu užívání. Lze vidět, že jeho pohled je komplexní, spojený se spiritualitou. O spiritualitě se v průběhu rozhovoru několikrát zmiňuje. V otázce bezpečí je pro něj důležitá integrace zážitku a zajištění bezpečí. Dbá na to, aby byl provázený v bezpečí a ukotvený v realitě.

Až pak se dá podle něj hovořit o bezpečném konci. Důležitou součástí konce a integrace považuje sdílení zážitků. Z celého přístupu příprav, nastavení setu a settingu, sdílení lze poznat, že si je vědom rizik, které se snaží minimalizovat. Za kontraindikace považuje přítomnost zdravotních problémů. Například onemocnění srdce. Poté psychické problémy psychotického rázu. S těmito lidmi by nepracoval.

Po analýze rozhovoru s Janem pomocí metodou IPA jsme vydefinovali 7 hlavních témat: Spiritualita, subjektivní zážitky a prožitky, motivace pro práci, vztah ke klientovi, světonázor (ve vztahu k psychedelikům), vlastnosti psychedelik a požadavky na terapeuta a další proměnné.

Celá práce s psychedeliky a toto téma je pro Jana se **spiritualitou** spojené. V rozhovoru několikrát zmiňuje rozvoj spirituality ve svém životě a její důležitost. I látky samotné vnímá jako **posvátné** a stejnou **úcta** by měla být věnována i procesu užití a práce s psychedeliky. Zážitky a prožitky vnímá jako **intenzivní, transformační**, v rozhovoru zmiňuje své vlastní zkušenosti, a to, jak mu tyto zkušenosti pomohly ke změně hodnot. **Motivací** je jeho potřeba **sdílení** této zkušenosti a schopnost předávat jejich přínos. Je to pro něj cesta, kterou může pomáhat. Ve vztahu ke klientovi zmiňuje pestrou škálu technik práce. Záleží mu na **individuálním přístupu**, svou pozornost věnuje **přípravám**. Popisuje svůj názor na terapeutický efekt i vliv očekávání a záměru na psychedelickou zkušenost. Věnuje pozornost **zpětné vazbě** a je pro něj důležité, aby odpovědnost a **moc zůstávala v rukou klienta**. Vlastnosti psychedelik popisuje jako **amplifikátor, nástroj k očištění**. Slouží podle něj k rozběhnutí procesu, **mají vlastní inteligenci**. Jedná se o nástroj **transformace**. Poskytují možnost se otevřít, řešit nové problémy. Jako hlavní **požadavky** na terapeuta zmiňuje jeho čistotu, otevřenost vůči novým situacím, vlastní zkušenost, znalost svých hranic, důvěru a empatii. Důležitá je podle něj **příprava**, vytvoření **kontraktu** a závěrečná **integrace** a zajištění **bezpečí** pro klienta

Kryštof

Kryštof má 29 let, vystudoval management a aplikovanou psychologii. Věnuje se podnikání a v současné době pracuje na doktorátu v oblasti rozvoje lidského potenciálu. Jeho zkušenosti a názor na psychedelika se vyvíjely. Názory oscillovaly od silně negativních, přes pozitivní „*ted'ka přibližně po cca 5-6 letech se dostávám do nějakého středu*“. K samotné práci s lidmi přistupuje spíše jako ke koučingu, mentoringu či rozvoji

osobně-pracovního potenciálu. Vyhýbá se práci s nemocnými, či s lidmi, kteří jsou v „*disbalancu*“. Motivaci spatřuje v potenciálu těchto látek a v možnosti, že při práci s nimi může ovlivnit set a setting.

Tuto práci vnímá i jako nástroj pro jeho vlastní růst. Za nutnou považuje určitou míru sebereflexe, je pro něj důležitá nutnost práce s hranicemi a přenosy. Člověk je pak „*schopný jednak reflektovat sám sebe, protože člověk musí na sobě hodně pracovat, aby nepřenášel určité věci na ostatní, takže je to součástí té vlastní mé práce.*“ Dalším důvodem pro něj je, že vnímá tuto práci jako službu, kterou může zprostředkovat ostatním. Ještě zmiňuje vlastní zkušenost v rodině, kdy práce s psychedeliky pomohla jeho matce zvládnout náročné životní okamžiky.

Za zásadní považuje při práci s těmito látkami důvěru a bezpečí a také dostatek času a prostoru pro celý proces. Ten podle něj začíná již v době, kdy se člověk pro tuto zkušenost rozhodne. K samotnému vytyčení zkušenosti dodává, že je „*z mého pohledu důležité si tam nastavit sám ten začátek a konec a není to jenom v rámci toho psychedelického sezení, ale je to před i po.*“ Přínosem samotné zkušenosti je podle něj poznání, informace či rozuzlení životních situací, které se mohou během samotného zážitku objevit. To je první část, která je sama o sobě přínosná, terapeutická. Problém podle něj nastává, pokud se člověk zasekne jen v tom, aby zažíval tuto část a nepracuje dál s danými obsahy, nesnaží se je integrovat a pracovat na tom. Nazývá to „*ego tripy*“ „*to je také velice častý problém, kdy si ti lidé jdou pouze pro dávku hormonů, pro dávku endorfinů a jakmile ji dostanou tak jsou znovu zvířata.*“ S tímto vyslovuje ještě myšlenku, že součástí samotného prožitku je i fáze utrpení. Ta má podle něj velký přínos „*moje zkušenost je taková že se dají otevřít vrátka k opravdu velmi těžkým věcem a může to zahýbat celým životem, kdy ten člověk je nucený ty změny skutečně dělat nebo se k nim nějak postavit. A vnímám riziko, že pokud najednou nepochopí tady tu situaci, co se od něho...co on sám od sebe požaduje, že si začne znovu něco nalhávat, nebo dojde k nějakému tomu psychedelickému bypassu nebo tomu mentálnímu bypassu nebo spiritualního bypassu a může v tom být ještě hůře než předtím.*“ Pokud se člověk této zkušenosti nevyhýbá a podaří se mu přijmout tuto část, je možné ji následně integrovat a tím pracovat s poznáním a provést v životě skutečné změny. Přínosy psychedelické zkušenosti můžeme tedy vnímat ve dvou krocích, v zážitku samotném a pak v další práci s obsahy jež se vynoří a jejich integrace do života. To také vnímá jako největší přínos či cíl této práce. Stát se celistvou, integrovanou osobností. Pracuje s komplexním a holistickým přístupem k člověku, a to se projevuje v jeho stylu práce „*základní vrstvy*

osobnosti, fyzická, mentální, emocionální, spirituální tak by měla ta příprava probíhat na všech úrovních“. Psychedelika vnímá jako katalyzátory, který může podpořit práci na sobě a přinést obsahy, se kterými se dá dále pracovat.

Když se bavíme o rizicích, zmiňuje nedostatečnou přípravu *„to třeba nedostatečná dieta, mentální zklidnění, dušení hygiena. Určitě vnímám za riziko nevhodné prostředí.“.* Příprava je opět komplexní, připravuje se tedy jak z fyzického, duševního, emočního i spirituálního aspektu. Dalším rizikem je nepřítomnost terapeuta po vlastním zážitku, popisuje jej z pozice člověka, který zažil, že terapeut nezůstává na jednom místě a není pak pro lidi, se kterými pracoval dostupný. *„Riziko vnímám to...setkal jsem se s mnohými lidmi, kteří udělají někde nějakou práci a potom odjedou a už je lze těžko zkontaktovat, to vnímám jako riziko, protože to může vést k nezodpovědnosti.* Dále vnímá jako riziko přílišnou zaujatost terapeuta psychedeliky, kdy člověk nevidí jinou možnost a vnímá to jako všelék. Jako rizika ze strany klienta vnímá, když se brání podrobit se procesu a projít již zmiňovanou fází utrpení. Rizikem může být, když se tyto nové obsahy člověku zvědomí, ale on se jim nechce postavit, čelit a reflektovat a tím pracovat na změnách v životě – což můžeme nazvat neochotou pracovat s integrací.

K tématu o požadavcích pro práci s psychedeliky, dodává, že práce musí být radostí, tudíž je třeba, aby na ni měl dostatek energie, času jinak tato práce nemůže fungovat. Dále zmiňuje hlídání si hranic, a práci s přenosem. *„je důležité abych tu práci dělal s radostí. A netahal do toho svoje vlastní problémy nebo očekávání“.* Zvládnout všechny nároky je dle něj poměrně náročné. Člověk pracující s těmito látkami by měl mít zkušenosti s teoretickou přípravou, umět připravit prostor, účastníky, být schopen pomoci s integrací. Tato práce je podle něj náročná a jedná se o proces, který vyžaduje aktivní přístup ze strany provázejícího. *„A taky by měl občas vycházet z komfortní zóny, aby neusnul na vavřínech, protože když se člověk dostane do takové úrovně tak získává určitou moc nad těmi lidmi a tam si myslím, že by měl jít právě do té diskomfortní zóny znovu a znovu v různých oblastech“.* Sebereflexi a proces na práci na sobě zmiňuje několikrát. *„jsou různé způsoby které využívám já, to může být nějaká zpětná vazba od někoho obdobně nebo více zkušeného při té samotné práci, nebo práce ve více lidech těch terapeutů kdy si dávají zpětnou vazbu a reflexi. Vyjít z komfortní zóny tím způsobem třeba, že přemýšlí o té práci, kterou dělá, proč ji dělá, jak ji dělá, třeba na nějakém místě bez lidí, telefonů v nějaké izolaci. Vystavuje se sensorickým deprivacím, pracuje s pústy, pracuje s vlastníma emocema, pracuje na vlastní fyzické kondici a vím, že když jsem unavený a*

mám toho plné zuby, tak bych neměl nic takového dělat nebo se do něčeho takového se pouštět, protože tam potřebuji být 100 % s plnou pozorností a potřebuji cítit, že jsem na to silnej.“

Bavíme se i o očekávání a záměru, záměr vnímá jako zdravý, očekávání jako nezdravé. Záměr bere jako určitou „mind-mapu“ která může pomoci projít náročnými částmi prožitku „já mám ve středu napsaný ten záměr a z toho jdou různé kmeny a větve jako strom s dalšíma souvislostma na které nedohlídnu nebo si je neuvědomuji a ta odpověď může přijít zcela nečekaně, naprosto nečekaně....záměr je něco, co mě může pomoci dostat se skrze určité turbulence, které přijdou“. Očekávání, či jeho limity spatřuje v tom, že se v něm mohou vytvářet „určité bariéry, skrze které já nebudu třeba chtít pronikat a tím pádem dojde k určitému nahromadění tenze, která může vést až k nějakému utrpení, nebo zaseknutí se, nebo smutku, který se znovu začne multiplikovat v něco jiného, horšího“. Práce se záměrem by podle něj měla být vnitřní práce diskutovat by se o tom mělo pouze pokud ten člověk skutečně chce a není k tomu nucen. Vliv setu a settingu je podle něj „naprosto klíčový“. Vnímá to i jako jeden z požadavků, aby terapeut měl zažito více settingů aby věděl, kde se mohou klienti ocitnout. Sám popisuje zkušenosti se settingy po půstu, deprivacích, kdy si zážitek prožil sám v lese, nebo při zvýšené fyzické kondici například v potní chýši. Samotné prožitky mohou podle něj přicházet i před a po vlastní zkušenosti s látkou. Mohou se objevit psychosomatické projevy, zvýšená citlivost k podnětům či změny ve spánku a snech.

Přípravná fáze slouží k tomu, aby se člověk dostal do určitého stavu „nějaký základní balanc předtím, než se člověk vůbec k té zkušenosti dostane“. Ta trvá různou dobu, aby se zastavil „a to už potom přechází do té mentálně/emoční vrstvy kde je potřeba zařadit nějaké cvičení, které pracují s pozorností, soustředěností“. V přípravné fázi je dobré se věnovat svým aktuálním problémům, ty by měl reflektovat, či by mu v tom měl pomoci jeho terapeut či průvodce. Dále se bavíme o nutnosti přistupovat k zážitku s maximální vážností a úctou. Je to jedna z podmínek dobrého výsledku celého procesu. Dodává ale, že „z mé zkušenosti je dobré nechat toho člověka jít vlastní cestou a necpat mu žádný nábožensko-kosmologicko-spirituální koncepty protože to mi nepřijde etické“. Rozdíl vnímá jen když je celý proces v rámci nějaké tradice, pak je namísto respektovat tuto tradici, včetně integrace. Dále zmiňuje hodnotu svobody. „Aby člověk skutečně uzřel určitou přirozenost sebe sama bez nějakých konceptů a mohl vykročit, nebo pokračovat v té své cestě, a ne v cestě terapeuta.“ K bezpečnosti práce a k tomu, s kým by nepracoval

dodává, že by nepracoval s lidmi, „kteří třeba nedodrželi dietu, nebo měli zdravotní problémy, nebo měli psychické problémy a nebylo jim to doporučeno“. Stejně tak by se do zkušenosti neměl pouštět člověk, který sám nechce, rozmyslel si to, nebo by přemluvený či donucený. U lidí, kteří se jeví roztěkaně, nestabilně, nesoustředěně doporučuje několika měsíční průpravu skrz meditaci, práci s pozorností.

Po analýze rozhovoru s Kryštofem jsme definovali 6 základních témat: Aspekty procesu práce, hodnoty terapeuta, požadavky na klienta, požadavky na terapeuta, rizika a zkušenosti a motivace.

Kryštof nahlíží na psychedelika **komplexně**, zmiňuje v rozhovoru **bio-psycho-spirituální** přístup. **Motivací** je pro něj **potenciál** látek, který objevil a dále možnost pracovat se setem a settingem. Tuto práci vnímá spíše jako **mentoring a koučink** než jako terapeutickou práci. Oceňuje **terapeutický** potenciál látek, které při dobré práci vedou k **integrované osobnosti**. Vnímá je jako **katalyzátor**, odkazuje tak na slova Stanislava Grofa. Při své práci usiluje o **samostatnost a nezávislost klienta**. Přínosem takové zkušenosti může být **poznání** sebe sama. Jedná se o práci s **pozorností**. Jako klíčové části práce vnímá **dlouhodobou přípravu**, správné nastavení **setu a settingu** a prostor pro **integraci**. Uvědomuje si nutnost **hranic** a práci s mocí a přenosy. Terapeut musí být schopen zvládnout celý proces vedení od příprav po integraci. Je nutná **sebereflexe** a další práce ze strany provázejícího. Základními **požadavky** jsou empatie, intuice, schopnost opustit komfortní zónu a dělat tuto práci s radostí. Uvědomuje si **vážnost** a úctu celé práce, ale protlačování vlastních filosoficko-náboženských konceptů mu přijde **neetické**. Klient musí být **schopen reflektovat** svůj životní příběh. Připravit se na zkušenost na všech úrovních (fyzická-mentální-emocionální-spirituální). Je dobré se při přípravách věnovat práci s **pozorností**, meditací nebo si vést deník. Je také velice důležité nastolit a udržet pocit důvěry a bezpečí. Jako **rizika** vnímá špatný zdravotní stav a nedodržení příprav. Dále je to **spirituální bypass** a zájem jen o zážitek samotný bez další práce po zkušenosti.

Lucie

Lucie má 43 let, je vysokoškolsky vzdělaná. Přes 15 let pracovala v akademickém prostředí v oboru sportu a fyzioterapie. Více než 19 let se věnuje čínské medicíně, tai-chi, holotropnímu dýchání, rodinným konstelacím, masážím a dalším technikám. V současné době je frekventantkou psychoterapeutického výcviku. Svou zkušenost s psychedeliky popisuje jako hledání vlastního já. Považuje tyto látky za jednu z metod, která vede k cíli,

poznání vlastního já. Své zkušenosti hodnotí jako pozitivní „*nikoliv v tom smyslu že by byly všechny zkušenosti krásné, zářivé, světlé, je to tak půl na půl. Vždycky je tam něco hrozného, těžkého, ale já vidím že jsou průlomové, provázející*“. K provázení ji vedou dvě věci, první je zkušenost a vědomost, že skrze psychedelika se dá dostat dále než pomocí jiných technik. Druhým je chuť pomoci lidem rozšířit jejich stav vědomí a jejich ochrana, která vychází z jejich zkušeností. Posledním důvodem je snižování rizik a ochrana provázených „*ochrana těch lidí aby se nepouštěli někam, kam se pouštět ještě nemají*“.

U psychedelik vnímá jako přínosný náhled, až „aha efekt“, který si lidé odnáší. Ten je často spojen s uvědoměním nebo pochopením něčeho co bylo neočekávané, nad rámec „*svých zajetých schématů, modelů, témat, názorů, sktruktur, přesvědčení*“. To pak lidé, se kterými pracuje popisují jako určité pochopení a náhled. „*Já jsem si něco uvědomil, já jsem něco pochopila něco o sobě.*“

Při práci s psychedeliky vnímá jako přínos možnost posunu v terapii, může pomoci otevřít nové obzory nebo otevřít nové téma. Hlavní přínosy popisuje takto „*sebezpoznání, rozšiřování vědomí průchodu svými zážitky, setkání se se zkušeností, která je někdy mnohem větší, než to, s čím se setkávají v životě takže jim to potom pomůže tím životem procházet nějak jednodušeji.*“ Tento prožitek je podle ní velice důležitý, ale pokud se bavíme o terapeutickém přínosu, ten vidí až v případě, že je ta zkušenost integrovaná. Přínos vidí při vykonané změně v životě „*jde pak o to učinit ty jednotlivé kroky v životě reálné, vzít tu zkušenost a zasadit ji do toho života tak, že promění ten život a promění ten pohyb člověka v tom normálním 3D světě*“. Za důležitý považuje set a setting. Ten podle ní začíná již v době první myšlenky, kdy začne člověk o práci s psychedeliky uvažovat. Setting vnímá jako důležitější více u lidí bez zkušeností, kteří mají tendenci se vracet do těla a kontrolovat si realitu, zkušenosti toto již tolik nepotřebují. Ideální prostředí by mělo být příjemné, ale nesmí být zahlcené věcmi, například soškami a jinými dekoracemi. Riziko podle ní je, když člověk po zážitku nepokračuje v integraci, buďto u ní, nebo s jiným terapeutem. Dalším problémem je podle ní legislativa – ta sahá do celého setu a settingu a ovlivňuje jej. Riziko vnímá nezkušenost sittera a jeho nedodržování hranic „*A ještě když se ten sitter příliš cpe do té práce a snaží se něco udělat, udělat něco s tím stavem který tam je. To je takové pokušení sitterů a trošku riziko.*“ Výběrovým kritériem je zdravotní stav, psychické zdraví, absence psychózy, sděluje, že nepracuje s nemocnými lidmi, pouze se zdravými.

Co se týče požadavků na sittera, za důležitou považuje osobní zkušenost, která je integrovaná. Důležitými vlastnosti jsou podle ní pokora, sebepoznání a lehkost a humor. „*Řečeno jungiánsky zná tu svou mapu stínu a řečeno grofiánsky i mapu těch sluncí.*“. Dále schopnost upozadit se, empatie, schopnost pozorovat. „*schopnost se sám upozadit v rámci toho že toto je proces někoho jiného, a ne můj vlastní. Ale zároveň to pochopení, že já jsem sitter a ten kdo jde na svou cestu tvoří jeden celek*“. Po chvíli přemýšlení dodává „*Možná že stačí že to bude člověk, který tam bude ochoten tam být a je schopen pouze být v tom je vlastně už vše obsaženo,*“

Záměrem a jeho důležitost se liší dle látky samotné, u klasických psychedelik jej nepovažuje za tak důležitý, u Ibogainu ho vnímá jako nezbytnost. Očekávání nesmí být podle ní „*silné očekávání které tam bylo zadržované a byly tam podmínky, nebylo to očekávání, to byly podmínky tak jsem jim řekla ale ne*“. Nesmí to být podmínky ani na ni a její práci, nelíbí se jí, když na ni někdo tlačí „*Očekávání ve smyslu očekávám cokoli jsem otevřena čemukoli je naprosto v pořádku, ale očekávám, že za čtrnáct dní budu moct jít na tamtu soutěž a očekávám že teď konečně vyřeším tu věc s tím otcem*“. Před samotnou zkušeností je pro ni důležité navázání kontaktu a poznání klienta. Pokud jsou tam jisté rysy psychotického chování, radši pracuje prvně s holotropním dýcháním, aby zjistila, zdali se jedná pouze o osobnostní rysy či se jedná o komplexnější problém. Minimum jsou pro ni alespoň 3 setkání která trvají 1,5h a jsou určitou přípravou. Pracuje s hudbou, nechává klienty, aby si připravili soundtrack, se kterým pak společně pracují a ona jej v průběhu sezení pouští. Při popisu samotného procesu rozděluje klienty na ty, kteří zažili a kteří nezažili rozpad ega. Po samotné zkušenosti probíhá základní integrace vědomí, zajištění bezpečí, odvedení domů a předání blízké osobě. Zůstávají v online kontaktu a po týdnu nejspíše 14 dnech dochází k integračnímu setkání. Na tomto setkání pracují s výtvozem „*následná integrace nějakou dobu trvá a vypadá tak, že člověk se vrací k té své události, přináší svůj materiál, kdy mu už na začátku říkám, aby ho měl, zápisek, nakreslenou mandalu, obrázek, kdo nekreslí napíše báseň, skládá soundtrack dál, jak mu umřelo ego, tak složí soundtrack k tomu pohřbu.*“. Popisuje rizika spirituálního bypassu, kdy se člověk v průběhu roku pustí do dvaceti zkušeností, kde pak hrozí to, že dojde k dezintegraci „*a jestliže jich někdo nasype dvacet během jednoho roku, tak to je fofr, protože ono se všech těch 20 ozve najednou a řekne hele a teď, teď do života. Integroval jsi 90 % ale 10 % ne a teď máš tady 10 z toho 10 z toho a začíná strašný chaos a začíná problém.*“. Jako další riziko vnímá vlastní limity člověka – průvodce. Pokud sám nemá nějaké téma zpracované neměl by s ním dále pracovat, pokud si to nevyřeší sám u sebe. Celou dobu působí

příjemným, klidným a milým dojmem, své vyprávění doplňuje o své vlastní zážitky, vždy k danému tématu.

V rámci analýzy jsme identifikovali u Lucie 6 základních témat: vlastní zkušenost a motivace, přínosy, vztah s klientem a práce s ním, požadavky na terapeuta a prostředí a rizika, limity a obavy.

Celé vyprávění Lucie bylo protkáno vlastními zkušenostmi, kterými poukazovala na různé vlastnosti psychedelik a toho, co práce s nimi může přinést. Je zastánce názoru, že ne každý **pozitivní zážitek** musí být příjemný. Jejími **motivacemi** jsou vlastní zkušenosti a přínos látek do života a motivace snižování rizik a nastavování správného prostředí pro práci s těmito látkami. Neexistuje podle ní srovnatelná **metoda**, ale to neznamená, že se dá použít u každého. Největší přínos vidí v možnosti **aha efektu, sebepoznání a změně v myšlení** která vede ke změně života. Člověk pracující s psychedeliky by s nimi měl mít vlastní zkušenost. Důležitými vlastnostmi je **sebereflexe, pokora** a humor. Dále schopnost se upozadit a být citlivý. Pracuje s klienty v **přípravné i integrační fázi**. Dohlíží na **bezpečí** celého procesu. Pokud si není jistá, zda-li je metoda vhodná, pracuje s holotropním dýcháním. V rámci psychedelické zkušenosti pracuje s **hudbou**. Věnuje se **integraci**, pracuje s výtvořem klienta. Jako **rizika** vnímá, když jde člověk pouze po zkušenosti, nebo má od látky či provázející velká **očekávání**, že něco vyřeší sama za klienta. Provázející si může být vlastním limitem, pokud nemá dostatečnou sebereflexi. **Legislativní** rámec může také zhoršovat set a setting a být původcem rizik. Velkým **problémem** může být nezkušenost terapeuta či absence další práce. Sitter musí respektovat **hranice** klienta. Pokud člověk baží po zážitcích a blíží se **spirituálnímu bypassu**, může podle ní dojít k zahlcení a dezintegraci.

Daniel

Daniel má vystudovanou medicínu. V současné době dokončuje studium, plánuje atestaci v psychiatrii. S psychedeliky má více než 10. letou zkušenost. Jeho zájem začal u zkoumání změn vědomí, primárně u meditací. Dozvěděl se, že existují rostliny, které meditačním stavům pomáhají. Jednalo se o například o malé množství šalvěje. Poté se dostal na expedici do Jižní Ameriky. Tam zažil zkušenost se San Pedrem a Ayahuascou. Později další expedice spolupořádal. V rámci své praxe má zkušenost a zájem hlavně o lysergaminy a triptaminy. Konkrétně s cca 30 klasickými psychedeliky a celkově kolem 50 zkušeností. Jeho vztah k provázení je založen jednak na Harm-reduction přístupu. „*Ti lidé,*

kteří se ke mně dostanou, by si to většinou vzali tak nebo tak a já si říkám, že když to bude se mnou tak budou víc v bezpečí a budou z toho něco mít“. Druhou skupinu práce a provázení probíhá v psychonautském kontextu, kdy je členem psychonautské komunity. *„Druhá část je taková uzavřená psychedelická komunita, kde ty lidi znám strašně dlouho a prostě ví o čem to je. Ví, čeho se dá dosáhnout.“* I přes všechny své zkušenosti říká, že by si bez sittera nic nevzal, nebo velice zřídka. V rámci spolupráce s ostatními psychonauty si pak sedí navzájem.

Když se bavíme o tom, co považují provázení lidé při psychedelické zkušenosti za zásadní, rozděluje je na dvě skupiny. Běžní uživatelé *„tam hledají kde co, pomoc od nějakých psychických problémů, po nějaké vhledy i ty vize je třeba zajímají samostatné, ale hledají tam kde co“.* Zatímco psychonauté se podle něj zaměřují na práci s pozorností a náhled na myšlení. Dále se bavíme o terapeutickém potenciálu a o tom, co podle něj mohou psychedelika jejich uživatelům přinést. Zmiňuje projevy potlačovaných obsahů, ale jako hlavní terapeutický přínos považuje možnost reflektovat své chování, protože *„psychedelika tím, že jsou zcela neosobní a zcela objektivní tak dávají možnost náhledu na sebe sama a to v jakékoliv situaci...což sám z důvodu neobjektivity k sobě samému nemůžu žádným způsobem zjistit...zatímco psychedelika jsou zcela neutrální a tudíž skrze ně můžeme dosáhnout té zpětné vazby vůči sobě samému, asi nejlepším způsobem, který znám“.* Práce se zaměřenou pozorností podle něj pak může směřovat dvěma směry. První je zaměření se na sebe (viz výše) druhý *„vychází z naší nedostatečné pozornosti. Že nevěnují dostatečnou pozornost sobě, svému prožívání, svému okolí a co se vlastně děje a spoustu věcí nám vlastně proklouzne mezi prsty“.* Právě tato nedostatečná pozornost k sobě může v životě vést k problémům, do kterých se člověk opakovaně dostává. Nepříjemný prožitek během psychedelické zkušenosti pak může být spojený s tím, že tento náhled je pro provázeného velice náročný. Potenciál je podle něj v bohatosti obsahů, změně pozornosti, náhledu na myšlení a terapeutickém neosobním přístupu. Posledním vlivem je *„samozřejmě pátý vliv nějaké řekněme neurobiologie, vliv na serotonergní a sigma receptory, změny neurogeneze a tím se vysvětluje ten antidepressivní, anxiolytický účinek a těžko říct, to vědecké vysvětlení má smysl, ale ze zpětné vazby, kterou za těch 10 let mám jsem dospěl k tomu, že největší terapeutický účinek má prožitek jako takový“.* Zde srovnává účinek psychedelik a psychoterapie. Prožitek, který zprostředkuje psychedelická látka ve spojení s terapeutickými principy zvýšenými výše má podle něj vyšší potenciál než psychoterapie. Jedná se o srovnání silného zážitku v porovnání s rozhovorem a možným

uvědoměním, které je doprovázenou emoční reakcí. *„Zatímco psychedelická zkušenost je jasný prožitek, je to něco velice intenzivního, protože je to prožito s absolutní, nebo hodně zvýšenou pozorností a tím že je to prožitek....tak intenzivní a proto si myslím, že to má takový dopad“.*

Implikace potenciálu psychedelik pak shrnuje v *možné přínosy*. *„Na jednu stranu hodně terapeutů s tím pracuje, je to třeba vyřešení nějakých vnitřních obsahů, nebo jejich ukázání a podobně. Nicméně já jsem dospěl k tomu, že tady tyhle v uvozovkách problémy z osobní roviny, které se tam můžou vyřešit jsou v rámci zkušenosti a jejího terapeutického efektu více-méně bez podstatné.“* Práce s vnitřními obsahy podle něj nevede k dlouhodobějším přínosům do života. *„Takže řekněme, že tam přijde s „problémem“ který je produktem jeho myšlení. A tento problém se vyřeší. Nicméně ten samý člověk za nějakou poměrně krátkou dobu přijde zase s jiným problémem, který je zase produkt jeho myšlení.“* Doplnuje to vlastní zkušeností něčeho, co bychom mohli popsat jako projev spirituálního bypassu. *„Takhle jsem zažil hodně lidí, kteří přijeli do Peru, dali si tam 20 ayahuasek a vyřešili spoustu věcí a měli úžasné vhledy a odjížděli odtamtud úplně nadšení a tak a za rok na velice podobnou expedici jeli zase s úplně stejnými problémy, protože se vlastně vůbec nic nezměnilo.“* Zásadní přínos psychedelik vidí v náhledu na proces myšlení, uvědomění si tohoto fenoménu i toho že *„myšlení je nějaký proces, ale není povinný, a především umíme se sebou a se vším nakládat pozorně tak pak se mění všechno natolik, že i ty „problémy“ ty obsahy které by se objevovaly a musely by se řešit buď nevznikají nebo se řeší „samy“ poměrně rychle“.* Říká, že dostatečně hluboká zkušenost může být v člověku natolik zásadní, že by stačila i pouze jedna.

Rizika, spojená s užíváním psychedelik rozděluje na tři základní skupiny. Rizika na straně uživatele, sittera a látek. U uživatele, který není zkušený *„se psychedelická zkušenost dá nezvládnout poměrně snadno“.* Přidává příklad o člověku, který má rigidní myšlení a *„zjistí že v tom procesu není žádná kontrola natož pak že by nějakou kontrolu mohl mít a taky může být hodně velký problém“.* Pokud se tento rozpad zkombinuje s tím, že je člověku po triptaminech špatně, může to nastartovat stresovou reakci organismu a tento diskomfort se může překloupit do větších obtíží. Dále zmiňuje psychotickou predispozici, a dodává vyprávění o známé, které užití psychedelik nedoporučil právě na základě psychotické anamnézy. Další rizika mohou vyvstat na straně sittera. Pokud se sitter nechá vyvést z rovnováhy, když se člověku v průběhu zkušenosti udělá špatně nebo *„začne nějak vyvádět“.* Pokud zazmatkuje tak může nadělat škodu *„a úplně nejhorší věc je, když do toho*

aktivně vstupuje a snaží se něco dělat, což je problém sám o sobě...kdyby se v nějakém to obsahu co se vynořil začal psychoanalyticky hrabat a podobně, tak by mohl napáchat víc škody než užitku a do se dokázalo v padesátých letech, kdy se zjistilo, že ten psychoanalytický přístup v kombinaci s psychedeliky se absolutně nehodí“. Z hlediska fyziologie a patofyziologie se dle něj nemůže moc stát. Kromě bolestí hlavy, dehydratace nebo výjimečného zvracení či průjmu. Psychické problémy, které se mohou vynořit při práci s psychedeliky jsou podle něj poměrně vzácné. Zmiňuje psychotické projevy, retraumatizaci, zhoršení příznaků nebo uskutečnění těžkých věcí z anamnézy. Doplnuje to zkušeností jeho kolegyně z PCP která pod vlivem LSD zažila retraumatizaci znásilnění, které měla v anamnéze. U látek vnímá největší riziko u ibogainu, kde hrozí srdeční problémy a u silných a rychle nastupujících triptaminů jako je Bufo Alvarius dochází k obtížnému zpracování zážitku. Přípravu a integraci samotného zážitku rozděluje podle druhu práce s člověkem. Liší se práce s v harm-reduction prostředí, kdy se dostáváme do kontaktu s člověkem, až když se jedná o krizi. Tam se jedná hlavně o zajištění klidu a minimalizaci rizik, největší práce a se pak kromě bezpečnosti dá zvládnout v integraci a další práci. Druhou skupinou jsou méně zkušení uživatelé, kteří se ovšem na zkušenost mohou připravit právě trénováním pozornosti či meditací. Zkušenost obecně pak probíhá v prostředí, které je jim příjemné a známé. „Bohužel jsou ti uživatelé jsou zatíženi nějakými představami, očekáváními a můžou k tomu přistupovat spíše nějak léčebně, psychologicky. Můžou k tomu taky přistupovat zcela ezotericky.“ Třetí skupinou jsou pak zkušení psychonauté. Ti mají perfektně zvládnutý set a setting, nejdou do zkušenosti, pokud se objeví něco, co by jim samotnou zkušenost mohlo nějak narušit či ztížit. Většina psychonautů má meditační zkušenost, takže bývá „integrace zpravidla perfektní“. K integraci dodává, že si sám vede deník a považuje to za dobrý způsob integrace. K otázce zpracování zkušenosti dodává, že je dobré ji rozebrat s kamarádem či využít psychologickou pomoc, pokud je to třeba.

Další riziko, kvůli kterému by s někým nepracoval je situace, když si lidé zkušenosti neváží. Tím je myšleno, že nevyužívají potenciál těch látek naplno. „Protože jsem seděl i pro pár lidí, kteří s tím měli zkušenosti a kteří se tím profesionálně zabývají ale pak jsem vnímal, že se na tu zkušenost tak nějak vykašlali a že i když to ze začátku vypadalo že si toho budou vážit, tak si toho nevážili...ale přijde mi to jako hrozně ztracená zkušenost pro ně a jelikož nemám tolik času a už se tomu až tolik nevěnuji, tak mi to přijde jako zcela ztracená práce“. Velké riziko vidí také v lidech, kteří přistupují k psychedelikům

nekriticky, až nebezpečně. „Poslední část jsou nějakí ezocvoci kteří by z toho pak dělají nějakou až sektářskou záležitost. Na podkladě té zkušenosti se z nich stali šamani, kouzelníci a tak, takže by teď měli vést své okolí a nedej bože to taky nabízet tu zkušenost a podobně. Tomu bych se taky vyhnul velkým obloukem.“

Požadavky na terapeuta rozděluje na oficiální a neoficiální terapii. U oficiální zmiňuje požadavek psychologického či psychiatrického vzdělání, dokončený psychoterapeutický výcvik a nadstavbu pro práci s psychedeliky. Společné pro oficiální i neoficiální je podle něj pak sebezkušenost, práce s pozorností a schopnost být pasivní. Jeho samotný způsob práce je pasivní a vykontraktovaný. „Já jsem třeba domluvený tak, že nemluví, sedím někde opodál, zapisuju pro toho člověka co říká...a jsme domluveni tak, že pokud by potřeboval nějakou práci s tělem tak si o ni musí říct a udělám to přesně v rozsahu v jakém to bude chtít.“ Intervence a vstup do zážitku člověka se děje „jenom v případech kdy je to nezbytně nutné, typicky kdy vznikají nějaké myšlenkové kruhy a během pár minut se ten kdo užil vrátí desetkrát ke stejné věci a je v tom zacyklený pak se to prostě vhodnou větou dá zastavit, zrušit a může jít dál“. Poslední a velice nutná vlastnost a požadavek na terapeuta je „hluboká empatie, protože bez ní jak ta přiměřená pasivita tak nějaké vedení když by se třeba něco dělo, když by to ten člověk nezvládal a tak asi vůbec prostě nejde“.

Vliv setu a settingu považuje za „naprosto zásadní“. Vysvětluje to tím, že většina klasických psychedelik má podobný vliv nezávisle na velikosti látky. Rozdíl tedy tvoří nastavení. Pokud vstupuje člověk do zkušenosti s přehnanými očekáváními, nebo obavami, „tak je velká šance, že se to stane“. Za rizikový považuje i setting „a samozřejmě pokud se bavíme o settingu a někdo si to dá velkou dáлку uprostřed festivalu kde je špína, bordel, hluk a tisíc lidí tak to samozřejmě taky nemůže dopadnout dobře“.

Když se ho ptám na proces psychedelického zážitku, odpovídá, že podle něj možná žádný není, že cítí stav a ne proces. Za dobu jeho zkušeností má s procesem zkušenost, ale jednalo se spíše o podmínění nějakou událostí, která nastartovala proces. Uvádí případ kamarádky, kterou provázel. Ta byla po rozchodu a v rámci své zkušenosti nahlížela na minulý vztah z různých úhlů pohledu. Pro dobré zpracování zkušenosti je třeba pracovat se zbytkovou pozorností. K té se pak pomocí deníku vracet a zkusit ji tak integrovat. Další integrace může probíhat formou sdílení zážitku či pomocí rozhovoru. V případě, že je třeba vyhledat psychologická či psychiatrická pomoc, určitě by se tomu člověk neměl vyhýbat. Nicméně z jeho vyprávění vychází, že to jsou zkušenosti, které se při jeho práci nedějí.

Po analýze rozhovoru Daniela jsme identifikovali 6 základních témat: Osobní přístup k psychedelikům, příprava a integrace, rizika a omezení, potenciál psychedelik a požadavky.

Jeho **zájem** o tyto látky vychází ze zájmu o **změněné stavy vědomí**. V rámci provázení **rozděluje uživatele** dle jejich zkušeností na zkušené, méně zkušené a ty, kde se pracuje s náročnou psychedelickou zkušeností. Vyprávění doplňuje o zážitky ostatních, na kterých vysvětluje jednotlivé aspekty změněných stavů vědomí. Provázení má pro něj smysl jen u jedinců, kteří chtějí se zkušeností vážně pracovat. Vidí velký potenciál psychedelik, nejen v neurobiologických přínosech. Ale hlavně v **terapeutickém efektu**, který vidí v možnosti reflexe svého chování a sebe sama. To je možné díky tomu, že jsou **psychedelika neutrální**. Pomáhají koncentrovat **pozornost** a nahlédnout **na proces myšlení**. Tento proces myšlení je pak zodpovědný za chyby v životě, které vznikají nedostatečnou pozorností, hlavně k sobě. Psychedelika vnímá jako intenzivnější **nástroj** než psychoterapii. **Požadavky** dělí na oficiální, se kterými se pojí vzdělání a terapeutická zkušenost. Mezi další požadavky patří **pasivita a hluboká empatie**. Vždy má přesně vyjednaný kontrakt, nepouštěl by se do práce s někým, kdo s **psychedeliky nemá zkušenost**. Kromě narušení myšlenkového zacyklení provázených do jejich procesu nevstupuje. Jinak se nepouští do intervencí. **Rizik** identifikoval velké množství, od nevhodného prostředí, přes rizikové látky až po nezodpovědné provázející, kteří vidí v psychedelících všelék. Základní kontraindikací je špatný zdravotní stav, či psychotická anamnéza. I **očekávání** může přinášet svá rizika. Naopak fyziologická rizika jsou dle něj dost nízká.

Karolína

Karolína vystudovala medicínu a pracuje jako psychiatrička. Vedle psychiatrie ji zajímá i psychoterapie a psychoanalýza, Je členkou experimentálního týmu v NUDZ (Národní Ústav duševního zdraví) ve kterém podávali zdravým dobrovolníkům ketamin. Zkoumali tak neurovědní korelace serotonergního modelu psychózy. Důvod proč si vybrala tuto práci říká, že ji vede odborný zájem o potenciál těchto látek. *”Máme docela velkou evidenci, podle mě, z předchozích světových studií, že tyto látky jsou mocné a že jsou mocnými katalyzátory psychedelického procesu-”* Ze svého titulu ji přijde zajímavé *”nahlédnout do hlubiny mysli, pod obrany, do něčeho, co možná odpovídá o vědomí nebo nevědomí v psychoanalytickém smyslu”*. Dále její zájem vychází z důvodu zkoumání podmínek provázení. protože *”zároveň jako psychiatr vidím, že neadekvátně podávané látky, v*

neadekvátním settingu, podávané psychedelika mohou způsobit poměrně hodně psychiatrických problémů”.

Ptám se jí, co hodnotí participantí jako zásadní při psychedelické zkušenosti. Říká, že něco takového se těžko určuje. Po experimentech dělají debriefing, kde si říkají *”co pro ně bylo nejdůležitější, nejtěžší, nejhezčí..”*. Dodává, že lidé hodně oceňují informovanost, to, že je tam celou dobu personál s nimi nebo *”že byli adekvátně informovaní....a že jsme třeba vyzařovali klid, a že jsme byli nápomocní”*. Prožitky každého participanta se pak liší *”protože ten efekt látek je opravdu multimodální a individuální, a každý to prožívá jinak, tak se fakt nedá říct, co říkají všichni”*. Po tomto popisu dodává, *”překvapivě po tom debriefingu nám mohou kontraintuitivně ten co zažil strach říct, že to pro něj bylo přínosné, protože si něco uvědomil, a ten, co si zažil všechno hezké nám pak může paradoxně říkat, že to bylo prázdné a o ničem”*. Dále se bavíme o terapeutickém efektu této zkušenosti. Odpovídá, že experiment, který provádí se realizuje pouze se zdravými jedinci. Vysvětluje mi, že *”zkušenost, kterou provázíme s kolegy u nás se týká zdravých dobrovolníků, tudíž lidí, kteří nemají jakékoliv psychické problémy a ta studie je zaměřena na neurovědní koreláty”*. Jedná se o výzkumný model *”a my neděláme žádné intervence, které by byly terapeutické, ačkoliv se snažíme v rámci settingu být opatrní a ohleduplní, ale v naší studii nezkoumáme terapeutický potenciál“*.

O terapeutickém efektu dodává *”kdybychom to extrapolovali na ty studie, které se provádí v Británii nebo Americe, tak samozřejmě psychedelika mohou mít terapeutický potenciál u lidí s úzkostí nebo depresí, když jsou aplikovány ve správných klinických podmínkách”*. Tyto experimenty ovšem zasazují psychedelický zážitek *”do kontextu dlouhodobé psychoterapie, to znamená, že to jsou lidé, kteří mají před podáním látky minimálně 4 sezení před podáním látky a pak minimálně 4 integrační sezení po podání látky, takže tam to je takové zintegrované do psychoterapeutického programu”*. Pokud je toto dodrženo tak *„tak psychedelika mohou pomoci nahlédnout na nějaké problémy nebo mohou pomoci trošku rozproudit, zbavit obran, dostat člověka trošku víc do hloubky primární procesuální v těch analytických termínech. Tak jak se dostávají se třeba sněním v analýze, které pomáhá katalyzovat některé procesy tak stejně tak může psychedelická zkušenost může nějakým způsobem katalyzovat primárně procesuální jevy“*. Dalším polem výzkumu je *„je serotoninergní vliv psychedelik a synaptogenetický potenciál“*.

Dalším tématem našeho rozhovoru jsou rizika, která jsou s užíváním spojená. Prvním z rizikových faktorů je neklinické prostředí. Díky dodržování podmínek výběru, edukace a

provázení dochází v klinických podmínkách k minimálnímu vzniku rizik. Pokud se tyto podmínky nedodrží „*tak je pak velké riziko toho, že může dojít k rozvoji úzkosti, flashbacku nebo že se odkryje nějaký intrapsychický konflikt, nějaký problém a vznikne nějaký vhled, nebo nadhled na problematiku kterou člověk není sám schopen integrovat a který není schopen zpracovat sám*“. V rámci své praxe ještě přichází do kontaktu s lidmi, kteří jsou v dekompenzovaném psychickém stavu nebo jsou hospitalizováni po požití psychedelických látek. K těmto pacientům dodává „*Bud' toho dostatečně dost nevěděli, nepřčetli, nebo nebyli připravení nebo si to dali s lidma, kteří je pak nebyli schopni pohlídat nebo nedej bože sami si to dali. Nebo měli predispozici to znamená, že už měli v minulosti nějaké psychické onemocnění nebo někdo v jejich rodině. Nebo nejsou dostatečně psychicky zralí, nebo jsou příliš mladý, ještě nejsou na to připravený na takový velký mohutný proces*“. Dále může docházet k rozvoji psychózy, rozvoj úzkosti či deprese. Při kombinaci s dalšími látkami může docházet i k fyzickým negativním účinkům. Proto dělají ve studii i kontrolu krve na toxikologii. Toto téma rizik shrnuje „*to vnímám jako největší riziko, neregulované užití psychedelik v neklinickém prostředí a neinformovanost*“.

Dalším tématem jsou požadavky na sittera samotného. Karolína vysvětluje, že se bude vyjadřovat o studii, ve které je členem. Prvním požadavkem je, že v sitterském týmu jsou vždy dvě osoby opačného pohlaví. To je z důvodu práce s přenosovými mechanismy a „*je dobré aby tam byly osoby reprezentující tu mateřskou a otcovskou stránku*“. Jeden z těch dvou členů musí být lékař, to z důvodu vyhodnocování klinických škál a z důvodu podání látky. A všichni členové mají zkušenosti s prací s pacienty z oddělení psychotických a afektivních poruch. Dále se jedná o lidské vlastnosti jako je empatie, funguje u nich i další vzdělání „*snažíme se vzdělávat průběžně i v rámci kurzů psychedelického sittera které nám vedly zkušenosti psychoterapeuti co mají zkušenosti se stavy změněného vědomí z jiných výcviků a také máme supervizní setkání kde se bavíme třeba o problémech které vznikly nebo o pocitech které jsme měli v průběhu těžkých okamžiků některých dobrovolníků*“. Dále má zkušenosti s výběrem do farmaceutické studie s psilocybinem. Mezi další požadavky tam patří zkušenosti s klinickými škálami, účast na přednáškách a workshopech. Tam fungovaly nácviky intervence. Při pohovoru se ptali na tyto zkušenosti a důvody motivace pro tuto práci „*měli tam 4 členy jejich týmu mezi kterýma byl psychiatr, klinický psycholog a další dva lidi z týmu kteří se nás ptali na podobné otázky jako se teď ptáš ty mě, na motivaci naši a zkušenosti s pacienty a na umění řešit nějaké situace*“.

Setu, settingu připisuje minimálně 50% podíl na celé zkušenosti. Svůj vliv má samozřejmě i látka, ale „daleko větší roli hraje set to znamená to s čím člověk přichází počínaje jeho fyzickým stavem, psychickým stavem, jeho věkem“. Dále to s čím člověk zrovna do experimentální situace přichází „jak je informovaný, jak je nastavený ten konkrétní den, týden, měsíc. Jestli se děje něco hrozného v jeho životě, jestli se připravuje na zkoušky, jestli mu umřel mazlíček, jestli se rozchází s partnerem nebo chystá svatbu tohle jsou všechno prostě milníky které mohou razantně ovlivnit tu zkušenost“. Stejně tak očekávání vnímá jako součást setu. Samotný proces zážitku začíná již seznámením s dobrovolníkem. Experimentálnímu zkoumání je věnován celý den, respektive dva dny, protože se jedná o dvojité slepou studii a všichni dobrovolníci dostanou jednu aktivní látku a jednu placebo. V rámci experimentu mají dobrovolníci nasazenou EEG čepici, po odeznění nejsilnější části zkušenosti, tzv. „peaku“ dochází k řadě vyšetření. V přípravné fázi pracují s edukací a nastavení správného záměru a snížení očekávání. „Někdy lidi přichází chci vyřešit svého otce, chci být šťastný, chci se zbavit úzkosti a my vysvětlujeme že to není namístě ve výzkumném experimentu a snažíme se spíš jim ukázat je možné použít záměr jak je budu pozorovatelem, zvědavým, otevřeným té zkušenosti.“

V rámci příprav výzkumníci informují, jak pracovat s možnými náročnými situacemi, které se v průběhu zkušenosti mohou ukázat. „Taky jim říkáme že je dobré se nebránit těm procesům co se otvírají. Když je tam nějaká úzkost tak nejlepší cesta je skrz. Někde když se člověk trochu poddá úzkosti tak zjistí že úzkost odezněla, čím více se ukazuje z těch zkušeností se sitterováním u dobrovolníků že čím víc se snaží člověk bránit toho co ho děsí v rámci psychedelické zkušenosti tak tím víc ho to děsí a tím víc to akcentuje takže to je někdy dobrý se tomu poddat a let go, nechat to plynout.“ Také se baví o současné životní situaci. Samotná příprava dobrovolníka trvá dlouhou dobu, proto je třeba se zeptat „jestli nedošlo k nějakým aktuálním změnám životním, k změnám zdravotního vztahu nebo rodinné situace nebo stres v poslední době. Už se nám několikrát stalo že jsme dobrovolníka nabral ale z důvodu, že měl třeba obtížné zkoušky nebo partnerskou situaci tak jsme se domluvili že to nepodstoupí protože by tam bylo riziko že z důvodu změny jeho psychického stavu by ten prožitek mohl být příliš náročný v ten okamžik“. Integrace probíhá formou debriefingu. „Takže je tam zhruba hodina abychom probrali co bylo dobré, co nebylo, co bylo obtížné, co bylo úzkostňující a jak vnímal sittery. A to je zajímavé sledovat, protože někteří dobrovolníci říkají že mu přišlo že té péče bylo příliš. Někteří říkají naopak že měli na chvílku pocit že vás obtěžují, to jsou takové subjektivní

projekce těch dobrovolníků ale je zajímavé o tom hovořit, ale v tomto přichází okamžik, jak ses ptal na začátku, že většina právě ocení vždycky že jsme tam byli ve dvou a že jsme je nezesměšňovali, že jsme tu situaci nebagatelizovali nějak, že jsme tam byli jen tak a že jsme je jen pozorovali. My se snažíme je v průběhu té zkušenosti nevést, ale jen pozorovat a co přijde to přijde. Sitting not guiding, takový zlatý pravidlo.“Dále probíhá rozhovor 1 měsíc po zkušenosti, ten dělá další výzkumnice a zaměřuje se na afterglow efekt. U otázky, s kým by nepracovala odpovídá, že by nepracovala mimo kontext studie. Tam se pomocí všech vyšetření „se ukáže že tam není abúzus návykových látek, u kterých se prokáže že nejsou psychopati, u kterých se prokáže že nemají žádnou akutní aktuální symptomatologii psychiatrickou a ani neměli v minulosti žádné psychické onemocnění“. Na konci rozhovorů dodává, že jejich studie se zúčastnilo pouze 20 dobrovolníků, takže se jedná o nový druh výzkumů, který je pouze na začátku a je to třeba brát v potaz.

U Karolíny jsme identifikovali po analýze celkem 6 témat: akademický přístup, metoda experimentu, práce v experimentu, vlastnosti psychedelik, požadavky a rizika.

Karolína sdílela svou **zkušenost ze studie**, ve které podávají ketamin zdravým dobrovolníkům a zkoumají neurovědní koreláty serotonergního modelu psychózy. Tuto látku podávají v **bezpečném, klinickém settingu**. Ten je podle jejich zkušeností a další evidence z výzkumů bezpečný, mimo něj by nepracovala. Tuto záruku bezpečí přináší vhodná **selekce kandidátů**, kteří jsou zdraví a neužívají žádné návykové látky. Po kompletním **vyšetření** procházejí dobrovolníci **edukací a přípravou**. Dobrovolník je **seznámen** s možnými účinky látek a je instruován, **jak pracovat s náročnými částmizážitku**. Na samotný zážitek má pak terapeutický tým celý den. Členové týmu musí být opačného pohlaví a alespoň jeden z nich musí být lékař. Během zkušenosti je snímána dobrovolníková mozková aktivita pomocí EEG čepice a vykonává různá měření a testy. Dobrovolníci nejčastěji oceňovali **klid, nápomocnost personálu a informovanost**. Požadavků na výzkumníka je mnoho. Jedná se o zkušenost se škálami a metodami, zkušenosti z klinické praxe. Další vzdělávání a supervize. Jako největší **riziko** u užívání vnímá kombinaci látek, neinformovanost a špatný set a setting. Dále psychotické **predispozice**, nízký věk či nevyzrálost. Karolína vycházela z vlastních zkušeností ve výzkumu a také studií a doposud zjištěných poznatků v akademickém světě. Z rozhovoru šel cítit zájem o tuto problematiku a spojení s možnou terapeutickou prací.

Kristýna

Kristýna je vystudovaná psycholožka. V současné době pracuje jako psycholožka a výzkumnice v NÚDZ. Zúčastnila se výzkumu, kde podávali psilocybin zdravým dobrovolníkům. Prošla také vzdělávacím programem pro práci s MDMA při léčbě PTSD. K provázení se dostala skrze své povolání. Dodává, že postupem času ji osobní zkušenosti psychedeliky upevňují v přesvědčení, že ta práce má velký smysl a může „*vlastně zásadním způsobem facilitovat růst člověka případně jeho psychoterapii*“. Provázení vnímá jako setkání s klientem v psychoterapii, i když „*si myslím si že tohleco přeci jen je trochu jiný setkání*“. Člověk může být svědkem „*něčeho dost výjimečného*“. Tato práce přináší neuvěřitelně rychlé procesy, nebo stavy mysli. Tím vzrůstají nároky na pozornost terapeutů při sezení. Práci vnímá jako určitou výsadu či poctu „*protože často ti lidi tam jsou celkem obnaženi, sdílí s tebou různé intimnější věci, nebo vypráví ti zlomky svého života...jakože se to neděje každý den, že by se vlastně druhý člověk přizval být svědkem něčeho takového*“. Stejněho cíle se dá dopracovat i v terapii, jen při práci s psychedeliky je ten proces rychlejší, kondenzovanější. Úskalí této práce je vtom, že se klient stává bezbrannější a na rozdíl od terapie si nemůže korigovat průběh té cesty. Pracuje se tam s principem, že psychika ví, proč se ty obsahy v mysli manifestují. Pokud je toto zajištěno v dobrém settingu tak je to pro člověka zvládnutelné.

Její vlastní zkušenost ji vybavila zvědavostí, reflektuje, že v rámci toho zážitku zažívá člověk mnoho věcí, které jsou „*nesdělitelný, nesymbolizovatelný, často je na úrovni obrazů, emocí...mohou revidovat věci které jsou preverbální, raný, který jsou attachmenetnový, který by se v běžný terapii taky objevily ano, ale objeví se po několika letech, objeví se v přenosu a protipřenosu nepřímou a musí se tam citlivě, pečlivě chytat*“. Pokud je tato práce dělána s rozumem, člověk se dále vzdělává, podstupuje supervize, tak může být „*smysluplná a léčivá*“. Samotnou zkušenost a tím i její prožitek může ovlivňovat mnoho proměnných. Toto prostředí v rámci experimentálního settingu je velice konkrétní, dobrovolníci mají nasazené EEG čepice. Tito dobrovolníci nejčastěji považují za zásadní přítomnost sitter, to že je znali a měli s nimi kontakt. Že se na ně dalo spolehnout, a že se cítili v bezpečí. Tento pocit v nich vzbuzuje vědomá přítomnost sitterů. Někdy má dobrovolník potřebu o sobě něco sdělit „*že vlastně potřebuje aby ti sitteri byli svědkem něčeho, o něco se podělit*“. Látka takto poskytuje možnost náhledu, rozšiřuje emoční repertoár. Dobrovolníci mohou přehodnotit své vztahy v životě. Popisují, že jsou léčeni, že je to ta látka, která léčí a má léčivou energii. Někteří zažívají někdy pocity

posvátnosti. V této práci pak spolu s dobrovolníky vytváří setting i sitteri. Dále se bavíme o specificích práce s MDMA při léčbě PTSD. Zkušenost může pomoci dotknout se toho tématu bez zahlcení traumatem, strachem a úzkostí. MDMA tak vytváří prostor si to odžít, zpracovat a mluvit o té zkušenosti. Samotný proces pak může „dojet na úrovni těla konkrétně, kde si to člověk douzavře, dokončí, doprožije ji v průběhu toho sezení“. A integrovat odštěpené části psychiky, které trauma oddělilo. Tyto cíle lze dosáhnout i psychoterapií, ale tam je ten proces pomalejší, což může být u velké míry diskomfortní lidí s PTSD. Smysluplnou práci s psychedeliky vnímá v kontextu psychoterapie. V americkém modelu práce s PTSD se jedná o 14 sezení, z toho jsou 2 s látkou a 12 bez ní. Zmiňuje výzkumy, které uvádí, že mezní zážitky, tzv. „peak experience“ pak vedou k transformačnímu potenciálu. Ten se může projevovat rozpuštěním ega, desintegrací nebo ztráty kontroly nad sebou samým. Důležité je, co si člověk ze zkušenosti odnese potom, co trip skončí. Pokud není zkušenost dobře zpracována může dojít k tomu, že se zážitek může stát pouze „hezkou vzpomínkou bez nějakého transformačního potenciálu“. Protože tyto zážitky mají tendenci být vytěsňeny, protože se tyto rozšířené stavy špatně zpracovávají a uchovávají v mysli v bdělém stavu. Přínos té látky je v poskytnutí bazálního bezpečí, ve kterém lze trauma zpracovat. Klíčové pro toho člověka je to, že „může věřit tomu, ano je tam ta látka to jo, ale že vlastně se k němu přistupuje tak, že on pomocí té látky léčí sám sebe a že on má v sobě růstovej a hojivej potenciál“. Látky mají tedy svou vlastní inteligenci. Potenciál látek vidí i mimo léčebný kontext, „že ne všichni berou psychedelika proto aby se uzdravili z nějakých třeba duševních obtíží ale lidi se k nim uchylují i z důvodu touze po sebepřesahu“.

Když se bavíme o rizicích, zmiňuje, že jich existuje spousta. Zmiňuje nebezpečnost kombinace látek, nevhodné dávkování či špatné načasování užití vzhledem k aktuálnímu duševnímu stavu. Problémem je, že i lidé, kteří se dostanou do velkých duševních potíží a prožívají začátek psychotických epizod jedou do Jižní Ameriky toto léčit ayahuascou. Také přístup k psychedelikům jako ke všeléku vnímá jako velice nebezpečný. Stejně tak nadužívání psychedelik může být nebezpečné „když se stanou identitou a životním stylem, když člověk je začne nadužívat a začneš si skrz ně žít místo toho aby žil nezávisle na nich“. Toto nazývá spirituálním bypassem. Silná zkušenost psychedeliky může retraumatizovat, způsobit trauma či PTSD. Mohou se spustit paniky při špatném settingu. Nepracovala by s lidmi, kteří aktuálně prodělávají psychózu, či mají diagnostikovanou schizofrenii. U práce s pacienty s depresí se rámec studie vyhybá práci s lidmi, s poruchou osobnosti. Ta je

podle ní komplikovaná na léčbu a neočekává, že by jedna zkušenost mohla celou situaci vyřešit. Je podle ní vhodné někdy pracovat dříve s holotropním dýcháním spíše než s psychedeliky. Dalšími riziky či vylučovacími faktory je užívání medikace, která nejde dohromady se serotonergními halucinogeny.

Co se týče požadavků na člověka pracujícího s psychedeliky, zmiňuje Kristýna psychoterapeutický výcvik a terapeutickou praxi. Měl by vědět jak vypadá psychóza, dekompenzace či akutní stavy. Měl by mít základy krizové intervence a vlastní zkušenost s látkou. A dále lidské vlastnosti, které se dají naučit jen zprostředkovaně. *„Já si myslím že by to vlastně měl být dobrý člověk který je připraven pomoci druhému ale je si vědom svých vlastních hranic, možností a respektuje hranice toho druhého člověka, dobře se zná, je citlivější, empatickejší a ideálně k tomu má patřičné vzdělání v podobě předchozích sebezkušenostních výcviků a předchozí profesní zkušenosti z oblasti duševního zdraví.“* Vliv setu a settingu považuje za zásadní. Pokud jsou látky užívány v prostředí, které není pro člověka bezpečné, nemůže mít ta látka taková terapeutický potenciál. Zmiňuje i důležitost kontraktu, nakolik mohou sítěři například na člověka sahat a vykonávat práci s tělem, nebo ho jinak podporovat. Dodává, že v průběhu zážitku se symbolizuje to, co má člověk v mysli, *„ať chce, nebo nechce“*.

Pokud bychom se bavili o terapeutickém využití psychedelik a práci s nimi, vysvětluje mi svou představu, jak by to mělo vypadat. Nejdůležitější je kontakt se sítěři. Pak je třeba zjistit očekávání a motivaci člověka. Dále je třeba se seznámit s jeho životním příběhem, zjistit jeho vztahy s rodiči, což může být důležité pro práci s přenosy a protipřenosy. Bylo by dobré zjistit, jestli je člověk věřící. Dále se jedná o fázi edukace a přípravy člověka na zážitek. Pomocí mu připravit na stavy, kdy by se v průběhu ukázala panika či úzkost, zjistit co mu proti tomu funguje. Integrace pak vychází z potřeb člověka, jedná se spíše o „poskytování prostoru, aby měl možnost o tom zážitku přemýšlet....co si myslí, že pro něj bylo významné“. Terapeut by do toho měl co nejméně dosazovat. Je zastáncem nedirektivního přístupu. Dále pak terapeut vychází z technik svého terapeutického směru.

U Kristýny jsme identifikovali celkem pět hlavních témat: Práce s psychedeliky, Požadavky, Rizika, Názory na psychedelika a Potenciál psychedelik.

Kristýna vnímá práci s psychedeliky jako **povolání**, pracuje s nimi ve **výzkumném settingu**. Tam lze zajistit vysokou míru bezpečí, tohoto **pocitu bezpečí** si dobrovolníci v provedené studii velice vážili. Psychedelika mají podle ní schopnost **facilitovat růst**

člověka nebo jeho průběh psychoterapie. Práci v rámci provázení nazývá **výjimečným setkáním**. Dobrovolníci ve studii popisují **léčivý efekt psychedelik** a jejich vlastní inteligenci. Může dojít až k **transformačním zážitku**, který je spojen **srozuštěním ega** či **pocity posvátnosti**. Mnoho lidí dle ní vyhledává psychedelika i z touhy po **sebepřesahu**. Má vzdělání v **MDMA asistované terapii** při léčbě PTSD. Člověk pracující jako terapeut s psychedeliky by měl mít **odborné vzdělání** a **klinickou praxi**. Měl bych to být **vyrovnaný** člověk, který zná sebe, je **empatický** a umí pracovat se svou **pozorností**. Pokud je celý proces práce s psychedeliky dobře zvládnut, může se jednat o **růstový zážitek**. Pokud se nepracuje na **integraci**, může se stát, že ze zážitku zůstane jen pěkná vzpomínka. **Rizika** vidí v nedostatečné **přípravě** a nevhodných predispozicích člověka. Jako problémový vnímá i náhled na psychedelika jako **všelék**, nebo útek k těmto látkám ve formě **spirituálního bypassu**. Pokud není dobře zvládnutá příprava a nastavený set a setting, může dojít k **retraumatizaci** či vzniku **traumatu**.

9.2 Výsledky vzhledem k výzkumným otázkám

V předchozí podkapitole jsme formou případové studie představili jednotlivé participanty. Dále jsme shrnuli témata vzešlá z analýzy. Zde představíme témata, která se vztahují k našim výzkumným otázkám. Přibližují jednotlivé aspekty práce s psychedeliky a pohledy participantů na tyto fenomény. Každé téma se vyskytuje alespoň u tří ze šesti respondentů. Níže znovu uvádíme výzkumné otázky:

1. Jaká je zkušenost a motivace těchto lidí.
2. V čem vidí je terapeutický potenciál psychedelických látek.
3. Jaká jsou rizika spojená s psychedelickým zážitkem.
4. Jaké jsou dle nich požadavky na terapeuta/sittera.
5. Jaké další proměnné vnímají jako důležité.
6. Jak probíhá příprava / integrace psychedelické zkušenosti.
7. V jakém prizmatu nahlíží na psychedelické látky a práci s nimi.

Z těchto výzkumných otázek jsme vytvořili 7 základních témat: **zkušenost a motivace, terapeutický efekt, rizika, požadavky na terapeuta, proměnné ovlivňující psychedelickou zkušenost a názor na psychedelika**. V každém z tématu shrnujeme názory a zkušenosti jednotlivých participantů. V průběhu analýzy jsme objevili ještě další často se vynořující témata. Tyto témata jsme sepsali do Tabulky č.1. Výskyt tématu u participanta je v tabulce zaznamenán křížkem.

Téma	Jan	Kryštof	Lucie	Daniel	Karolína	Kristýna
Vlastní zkušenost	X	X	X	X		X
Kontrakt	X	X	X	X	X	X
Záměr a očekávání	X	X	X	X	X	X
Spiritualita, posvátnost	X	X	X			X
Spirituální bypass	X	X	X	X	X	X
Přenos a protipřenos		X			X	X

Tabulka 1 – Další vzešlá témata z analýzy

Zkušenost a motivace

Zjišťovali jsme zkušenosti a motivace našich participantů. Zkušenosti se dělí na vlastní s psychedeliky a další, které jsou získané studiem či v praxi. Zkušenosti se u všech participantů rozvíjeli postupně. U většinou skrze vlastní zkušenost, která se vyvíjela jako například u Jana, Kryštofa či Lucie. Jan ji popisuje jako transformační. U Karolíny se jedná o odborný zájem o tyto látky, stejně tak to vnímá i Kristýna. Hlavní motivací pro Kryštofa je práce s těmito látkami a možnosti ovlivnit set a setting. Pro Jana je to využití potenciálu těchto látek. Lucie, Daniel i Kryštof udávají jako důvod možnost zajištění bezpečného prostředí a tím pádem snižování rizik. Všichni participanté vnímají látky jako silné, mocné či s velkým potenciálem pro práci.

Terapeutický efekt

Další výzkumnou otázkou bylo zjištění, co vnímají participanté jako terapeutický efekt psychedelik. Co tyto látky mohou nabídnout a jakým způsobem mohou být přínosné. Všichni se shodují, že tento terapeutický efekt psychedelika mají. Většina participantů vnímá jejich potenciál urychlovat, amplifikovat či kondenzovat zážitky a celý terapeutický proces. Kryštof, Lucie a Kristýna je vnímají jako vhodné nástroje pro sebereflexi. Všichni se shodují, že pomáhají vynořovat nové obsahy, se kterými se dá pracovat. Daniel, Kryštof, Kristýna a Karolína vidí efekt v neurobiologickém efektu látek. Daniel jej vnímá v možnosti zkoumat fenomén myšlení. Kristýna a Jan vnímají, že tyto látky samy spouští léčivý efekt a mají svou vlastní inteligenci. Lucie i Kristýna popisují schopnost psychedelik proniknout k obsahům, které jsou jiným způsobem těžko dosažitelné. Aby bylo dosaženo terapeutického výsledku, je nutná práce v přípravné a integrační fázi. Většina uvažuje o užívání psychedelik v rámci psychoterapie či doprovodné přípravné a integrační fázi. Integrace zážitku je nezbytná pro naplnění terapeutického efektu.

Rizika

Ptali jsme se na rizika, která mohou nastat v situaci provázení. Všeobecný názor je takový, že užívání může přinášet značná rizika. Ty se ovšem dají eliminovat až na minimum, dobrou přípravou a výběrem vhodných kandidátů. Největším rizikem je psychiatrická diagnóza, nejčastěji schizofrenie, či psychotická epizoda nebo rodinná anamnéza tohoto typu. Nikdo z participantů by nepracoval s člověkem s diagnózou či psychotickou zkušeností. Dalším rizikem je zdravotní stav, hlavně činnost srdce a dalších orgánů. I v tomto případě by rizika spojená s užitím participanté nepodstoupili. Dalším možným prostorem pro rizika je osoba provázejícího. Ten může mít problém udržovat hranice a nezasahovat do interakce člověka se substancí. Dále to jsou vlastní limity sittersa, jeho nezvládnutá témata, nezkušenost nebo nedůvěra v sebe. Nedostatečná schopnost empatie, či udržet pasivitu a pocit klidu. Tyto odpovědi se vyskytovaly u všech participantů. Rizika může přinášet i špatné prostředí, nedostatečná příprava či nezralost provázeného. Rizikem je chybějící integrace, nereálná očekávání, náročná aktuální životní situace. Rizikový je takový člověk, který prahne jen po zážitku a utíká tímto od reality (spirituální bypass). Dva participanté vidí riziko i ve faktu, že látky jsou ilegální, což může narušovat set a setting. Krom posledního zmíněného důvodu se všechna témata rizik objevovala u všech participantů.

Požadavky na terapeuta

Požadavky na terapeuta se v základu shodují u všech participantů. Základními vlastnostmi je empatie, pocit důvěry a klidu. Schopnost navázat příjemný kontakt, umět držet hranice, upozadit se. Být vyrovnaný, umět pracovat s pozorností. U většiny participantů je požadavek i vlastní zkušenost s psychedeliky. Většina zmiňuje také další práci na sobě, sebereflexi a vzdělávání. Tři participanté zmiňují podmínky pro oficiální práci, které se jeví jako nevyhnutelné. Patří mezi ně vzdělání, terapeutický výcvik či krizová intervence. Dále praxe s klinickou populací, či práce s přenosy a protipřenosy, nebo znalost klinických škál.

Proměnné ovlivňující psychedelickou zkušenost

Myšlenkové nastavení (set) a prostředí (setting) považují všichni participanté za zásadní a silně ovlivňující psychedelickou zkušenost. Do setu pak patří i očekávání a záměr a práce s nimi. Záměr je vnímán jako pozitivní, Kryštof jej popisuje jako mindmapu která může pomoci překonat náročné části zkušenosti. Očekávání může být naopak omezující, pokud je moc přesné, může tak bránit v náhledu na situaci a pochopení širších souvislostí. Většina participantů pracuje s hudbou, nebo ji vnímá jako další proměnnou která může změněný stav ovlivnit. Látka samotná ovlivňuje délku a fenomenologii zážitku. Většina participantů také pracuje s hranicemi, které je nutné vymezit, nezasahovat do zkušenosti provázaného svými obsahy. Moc klienta nad možnou změnou v životě vnímají jako velice důležitou, je potřeba aby si ji provázený uvědomoval a mohl tak aktivně činit změny po samotném zážitku. Většina participantů také zmiňuje kontrakt. Jedná se o soubor domluvených pravidel a podmínek, jak bude samotná zkušenost probíhat.

Příprava a integrace

Příprava zahrnuje kroky, které vedou ke snižování rizik a dobrému zvládnutí psychedelického prožitku. Kryštof ji vnímá jako víceúrovňovou bio-psycho-spirituální. Spolu s Danielem vnímají nutnost předchozí práce s pozorností. Doporučují meditační činnost jako vhodnou přípravu. Martina, Karolína i Kristýna v rámci příprav pracují s klienty několik sezení, než dojde k samotné zkušenosti. V této fázi všichni participanté informují o možné zkušenosti, diskutují s člověkem o jeho motivaci a očekáváních. Pracují se záměrem a jeho nastavením. Lucie zahrnuje do příprav tvorbu soundtracku, seznamu hudby, který si pak člověk pustí. Integrace je všemi participanty vnímaná jako velice důležitá. Karolína, Daniel, Jan a Kristýna to vnímají jako prostor pro sdílení zážitků a popsání zkušenosti. Lucie také pracuje s klientem po zkušenosti a používá u toho výtvar,

který klient po zkušenosti vytvoří. Integrací se také označuje stav, kdy si člověk ze zkušenosti odnáší vhled a aplikuje změny do života. Většina vidí skutečný přínos psychedelické zkušenosti až po zvládnutí tohoto úkolu.

Pohled na psychedelika

Kontext, jakým jednotliví participanté nahlíží na psychedelika se liší. Kryštof jej vnímá jako nástroj pro práci v kontextu koučinku či mentoringu. Jan do svého pohledu vkládá posvátnost a spiritualitu. Lucie vnímá kontext terapeutický, léčivě, i když pracuje jen se zdravými lidmi. Daniel přistupuje k provázení v harm-reduction přístupu, či jako k možnosti někomu pomoci dosáhnout plného zážitku na psychedelících. Karolína a Kristýna pracují v rámci výzkumného a klinického modelu. I když se přístupy a pohledy jednotlivých účastníků liší, všichni zastávají podobné principy práce. Požadavky a nároky jsou obecně stejné, liší se například přítomností požadavků vzdělání v klinickém kontextu. Jan vidí klinický kontext jako konkrétně vymezený, který nepokrývá všechny možnosti práce s psychedeliky.

10 DISKUZE

Cílem této práce bylo prozkoumat nové výzkumné oblasti, které se vynořují při znovuzavedení práce s psychedeliky. Existuje mnoho možností, jak exploraci provést. Přímá práce s těmito látkami není z titulu autora ani povahy práce možná. Rozhodli jsme se proto pro rozhovory s lidmi, kteří s psychedeliky pracují. Jako výzkumný cíl jsme si vybrali zkušenost těchto lidí a mapovali jsme jejich pohled na tento fenomén. Jednou z podmínek bylo orientovat se v tématu. Zde se jednalo o triangulaci zkušeností a metodu IPA. Ta přesně odpovídá tomuto způsobu zkoumání. Kde výzkumník spoluvytváří výsledná data pomocí toho, jak na fenomén samotný nazírá. Zkušenosti autor nasbíral hlavně díky vlastní zkušenosti s touto komunitou a důkladným studiem problematiky. To spolu se studiem psychologie vedlo k dobrovolnické a nyní i sociální práci v tomto oboru. Odborné konference, rozhovory s výzkumníky a lidmi z praxe, práce s uživateli v terénu, vlastní zkušenost s touto komunitou. Toto jsou možnosti, jak získávat informace o účincích a rizicích a celé problematice bez přímé práce s látkami samotnými. Ve spojení s Harm-reduction přístupem a racionální drogovou politikou je to jediná cesta, jak reflektovat současnou problematiku v praxi z pozice člena akademické obce.

Diskuze k výsledkům

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že se všichni participanti o dané látky odborně zajímají. Uvědomují si komplexnost této práce a celého postupu, který je třeba dodržet. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni vnímají zkušenost jako průběh přípravné fáze, samotné zkušenosti a následné integrace. To odpovídá modelu, který představuje House (2007), ten popisuje pět fází. Přidává vhled a implementaci. Vhled participanti popisovali jako součást prožitku změněného stavu vědomí. V dobrém settingu k němu dojde téměř vždy. Riziko vzniká, pokud se zážitek nepodaří v následující fázi integrovat. I krok implementace změn či vhledu do života vyžaduje vynaložení úsilí. Nejedná se tedy o automaticky garantovaný efekt látek, ale o proces, ve kterém jde o spojení efektu látky a práce člověka procházející zkušeností.

Výše popsaná zkušenost je ideálním stavem, jak může tato práce vypadat. Před samotnou přípravnou fází ještě musí proběhnout selekce a výběr, aby se zabránilo rizikům. Všichni participanti se shodli na tom, že podmínkou pro bezproblémový zážitek je dobrý fyzický a

psychický stav. Nikdo by nepracoval s lidmi, kteří mají diagnostikovanou schizofrenii, či prožili psychotickou ataku. Efekt psychedelik v rétorice Entropické teorie (Carthart-Harris, 2014a) aktivuje primární vědomí a neuspořádanost mozku se zvyšuje. To je nevhodné pro lidi, kteří tuto psychiatrickou zkušenost mají. Jedinou výjimkou jsou členové výzkumných týmů, kteří by po řádné přípravě pracovali s nemocnými v klinickém prostředí. V současné době se již s látkami a nemocnými v klinickém prostředí pracuje. Hlavně v USA a Anglii (Doblin, 2014; Lyons, 2018).

Z rešerše dat a rozhovorů vyplynulo, že psychedelické látky nejsou návykové a že existují lidé, kteří vyhledávají psychedelickou zkušenost z důvodu osobnostního růstu. Tento nenávykový a nerizikový přístup k psychedelickým látkám se stal definicí pojmu psychonaut. Stejně je popisuje i Moró (2011). Müller a Schumann (2011), tento zájem o růst nazývají ve své teorii instrumentem. Uživatelé se tak k látkám uchylují ne z důvodu závislosti, ale pro dosažení osobních cílů. Jedná se o adaptační funkci, kdy se o patologickém zneužívání látek bavíme jen jako o vedlejším fenoménu. Druhou skupinou uživatelů tvoří lidé, kteří ke zkušenosti přistupují s menší zodpovědností. Místo komplexní práce se zaměřují více na prožitek samotný, ale s jeho terapeutickým potenciálem již dále nepracují. Tito uživatelé se budou vyskytovat méně často v interakci s psychedelickými sittersy. Ale i při práci se sitterem je tato situace možná. Tento přístup je spíše spojen s užíváním mimo sitterský kontext, nejčastěji v prostředí hudebních akcí a festivalů. Proto se nejvyšší výskyt nepříjemných stavů spojuje s prostředím festivalů a existují manuály harm-reduction přístupu a práce s náročnou psychedelickou zkušeností (Bardynová, 2018; Moró, 2013; Oak, 2017). Posledním pomyslným stádiem je stav, který je svým přístupem rizikový. Jedná se o spirituální bypass, který představil Welwood (2001). Ve vztahu s užíváním psychedelik se jedná o útěk od životních problémů a výzev, nacházení východisek v psychedelických látkách a očekávání, že budou samospásné a vyřeší všechny problémy. O tomto fenoménu respondenti ve svých výpovědích také mluvili a považovali jej za jedno z rizik.

Požadavky v přípravné fázi můžeme rozdělit na dvě skupiny. Požadavky na sittera, který musí připravit celou situaci a prostředí. Provést rozhovor s provázeným, zjistit jeho motivaci a informovat ho o průběhu. Připravit jej na to, co může přijít v průběhu zkušenosti. Vysvětlit mu základní principy práce, podvolení se procesu a seznámit je se strategiemi zvládnání náročných situací. Tyto požadavky zmiňuje například Fadiman (2011) a Grindspoon a Bakalar (1997). Požadavky na straně provázeného se soustředí spíše na

jeho vnitřní svět. Podle našich participantů je vhodné, když má zkušenost s meditací nebo prací s pozorností. Neměl by mít v poslední době za sebou žádnou náročnou životní situaci, nebo by neměl řešit žádné velké téma. Na zkušenost by měl mít dostatek času a neměl by ji uspěchat a vytvářet si velká očekávání. Jakou součástí setu vnímá Grof (1980) i prostředí, ve kterém zkušenost probíhá. Dále tam také patří, jak sám terapeut vnímá povahu zkušenosti a jak na ni nahlíží. Nejnovější výzkumy dokazují, že ve fázi intoxikace dochází k zvýšené míře sugestibility (Carthart-Harris et al., 2014b). Proto je důležité, aby byl vztah dobře nastavený, což je taky požadavek na straně provázejícího v přípravné fázi.

Dostáváme se k tématu požadavků na sittera samotného. Již jsme zmínili, že by měl být schopen navázat vztah s provázeným. Podmínkou je dodržování hranic, schopnost vytvořit kontrakt a nevstupovat do zkušenosti provázenému. Sitter by měl být vyrovnaný člověk, který dokáže být empatický, vyzařuje z něj klid a je si znám svých hranic. Pracuje na sobě, ať už formou sebereflexe, supervize či dalšího vzdělávání. Sitter musí umět být přítomný, trpělivý a pasivní. Člověka procházejícího zkušeností nesmí hodnotit a musí mu být podporou. Tyto požadavky se shodují s tím, co uvádí odborná literatura (Griffiths, 2008; Mithoefer, 2016; Richards, 2015). Další dimenze požadavků spadá do klinického a výzkumného kontextu. Požadavky, které vycházejí z výpovědí participantů i výzkumů se zaměřují na vzdělání a zkušenosti. Vzděláním je myšleno studium psychologie či medicíny, psychoterapeutický výcvik, krizová intervence či vzdělávací akce zaměřené na práci s psychedeliky. Mezi zkušenosti pak patří práce s klinickou populací. Hlavně s pacienty s psychotickou či afektivní poruchou. Znalost některých klinických škál. U psychologů je to terapeutická praxe i mimo kontext psychedelik. Znalost přenosů a protipřenosů, vývojové psychologie a dalších oborů. Tyto akademické požadavky shrnuje Phelps (2017) a Gasser (2014) a jsou i součástí manuálu California Institute of Integral Studies (CIIS, 2014) a MAPS (2018).

Čtyři participanté mluvili o využití hudby v době psychedelické zkušenosti. V jednom případě je součástí příprav i selekce hudby, kdy si člověk sám vybírá, co bude chtít během zkušenosti chtít slyšet. Kaelen (2018) se výzkumně věnoval zkoumání účinku hudby a zjistil, že otevření se prožitku hudby vedlo k zvýšení terapeutického efektu. Podvolení se procesu prožitku psychedelik je jedním z principů práce, kteří participanté také v rozhovorech uváděli.

Mezi rizika, která z rozhovorů vyplývají, ale nebyla zde ještě zmíněna patří nebezpečnost látek. To se týká hlavně triptaminů s rychlým nástupem. Dále kombinace psychedelik

s dalšími látkami, což je další riziko vyskytující se hlavně v rámci festivalového settingu. Třetím rizikem je nezkušenost sittera, který může svým konáním samotný průběh zkušenosti zkomplikovat.

Posledním samostatným tématem je zpracování a integrace zkušenosti. Přípravná fáze má za úkol připravit na psychedelickou zkušenost, která pomůže vytvořit náhled na člověka samotného. Pochopit nové souvislosti, povolit obrany ega a prožít tento zážitek. Takové zážitky změněného vědomí se jen těžko přenáší zpátky reality. Proto je třeba s tímto vhladem pracovat a integrovat jej do života. K lepšímu pochopení prožitku je dobré nechat člověka svou zkušenost sdílet. Toto se děje jak ve výzkumném, psychonautském i harm-reduction settingu. Další možnost je vést si deník, pracovat s výtvary vzniklými ke konci psychedelické zkušenosti. Náročnější prožitky, či zkušenosti, které si vyžádaly medicínskou intervenci lze sdílet s psychoterapeuty zabývající se touto problematikou. Tuto část procesu vnímají všichni účastníci jako velice důležitou. Dva vnímají absenci integrace dokonce jako riziko. Fadiman (2011) se obsáhle věnuje fázi po samotném psychedelickém zážitku. Doporučuje celý den na přípravu před zážitkem a den po zážitku samotném. Rumlerová (2018) popisuje proces který pokračuje po užití ayahuascy. V centru Takiwasi s ním celý týden pracují pomocí diet s tradičními bylinami. Afterglow efekt či integrační fáze může trvat různou délkou vzhledem k intenzitě zážitku. Integrační fáze po zkušenosti s Ibogainem může trvat až měsíc (Brown et al., 2017; Noller et al., 2017). Ve světle těchto informací je třeba nahlížet na celou práci s psychedeliky v širším měřítku a nezaměřovat se pouze na zkušenost s látkou samotnou.

Limity a rizika

Co se týká limitů práce, jedním z prvních faktorů je nezkušenost výzkumníka a jeho vlastní zainteresovanost do tohoto tématu. Znalosti tohoto tématu byly na jednu stranu nezbytné, aby mohl tento druh výzkumu vzniknout. Přesto mohlo docházet k nevědomému zkreslení v průběhu práce a při tvorbě dat. Před samotným výzkumem provedl reflexi a v průběhu se snažil o co největší výzkumnickou nezaujatost. Jednalo se také o první kontakt výzkumníka s touto metodou. Od začátku výzkumu jsme se věnovali řádnému studiu metody IPA. Vycházeli a vraceli jsme se k manuálu metodiky. Vnímáme, že potenciál této výzkumné metody je opravdu silný a že zkušenosti pro jeho dokonalé zpracování nelze získat jedním výzkumným šetřením.

Metoda IPA je zaměřena na prožitek a zkušenost respondentů. Téma, které jsme si vybrali ke zkoumání je stále docela nové a velice citlivé. Výpovědi mohou být z těchto důvodů méně osobní. Autor se snažil o co nejautentičtější navázání vztahů a motivoval respondenty k upřímným odpovědím. Přesto si byl v určitých chvílích vědom, že se zabýváme metodou práce s psychedeliky více, než samotným prožíváním respondentů. To bylo sice v souladu s našimi výzkumnými cíli, ale pro důkladnější zaměření se na prožitky by bylo lepší se výzkumnému problému věnovat dlouhodobě a získat si postupně důvěru jako výzkumník.

S ohledem na výzkumný vzorek jsme se snažili o co největší homogenitu. Ta byla zajištěna podobným věkem, vzděláním a zaměřením respondentů. Přesto se každý z participantů věnoval jinému druhu práce. To vnímáme u tohoto druhu výzkumu za žádoucí. Poskytuje to možnost nahlédnout na jeden fenomén z různých úhlů pohledu. Pro konkrétnější výzkum či zkoumání jen metodiky by bylo namíste usilovat o ještě větší homogenitu. Například práce v rámci jedné metodologie, či práce pouze s jednou látkou.

Celé téma práce s psychedeliky je velice komplexní. Bylo nesnadným úkolem vybrat informace, které pomůžou přiblížit celou problematiku psychedelik. Snažili jsme se o multidisciplinární přístup, skloubili jsme historický přístup s moderními poznatky. Věnovali jsme se výzkumnému přístupu i reálné práci s náročnou psychedelickou zkušeností. Zaměřili jsme se na požadavky na terapeuta i rizika, která při této práci mohou vznikát. Přesto není možné pokrýt všechny aspekty, které se toto téma dotýká. Autor si uvědomuje, že téma práce s klienty a objevování principu fungování těchto látek může být záležitost celoživotního zkoumání.

Výsledky kvalitativního zkoumání jsou jen těžko zobecnitelné. Proto věnujeme naši pozornost při prezentování výsledků jednotlivým výpovědím. Máme za to, že se vzájemně výpovědi participantů doplňují a dochází tak k saturaci výzkumných témat. Využití poznatků spatřujeme v aplikaci těchto výsledků formou edukace a dalšího informování o tomto fenoménu.

Povaha výzkumu byla explorační, měla pomoci nahlédnout komplexně na problematiku provázení. Pro budoucí výzkum bychom navrhovali se zaměřit jen na jeden aspekt práce. Například pouze na fázi přípravy a integrace, či na práci s rizikovým procesem zkušenosti. V rámci výzkumného settingu by se dalo zaměřit na zkoumání metody práce s jednou látkou, zkoumat efekt konkrétních proměnných, nebo se zaměřit na efektivitu této léčby.

To by mohlo vést ke sběru bohatších dat s vyšší možností tyto poznatky využít dále v odborné praxi.

Celkově byla tato realizace výzkumu pro autora velice podnětnou a cennou zkušeností. Setkání s respondenty a možnost s nimi sdílet jejich zkušenosti a názory vnímá autor jako velice přínosnou.

Využití práce a další možnosti výzkumu

Jedná se o vcelku nové téma zkoumání. Domníváme se, že získané informace lze využít pro zvýšení povědomí o této problematice. Přečtení práce by mělo čtenáři přinést náhled do komplexnosti problematiky a podnítit jej v dalším studiu. Výsledky výzkumné části lze využít pro lepší seznámení s celým procesem provázení a prožitku psychedelické zkušenosti. Získané informace by mohly čtenáři pomoci snižovat rizika, která jsou s užíváním spojená. Tyto informace považujeme za velice důležité v době, kdy je trend objevování účinků psychedelik vysoký. Některé zdroje o psychedeliciích hovoří zaujatě až nekriticky. Tento nebezpečný trend by autoři raději nahradili racionální a reálnou diskuzí nad všemi aspekty práce s těmito látkami.

S ohledem na výsledky našeho zkoumání se vynořuje mnoho dalších témat, na které by se dalo zaměřit další zkoumání. První dimenzí je výzkumný sektor a práce s látkami v klinickém prostředí. Zde je prostor pro zkoumání metodologie a způsobu práce s látkami. Dále zkoumání účinnosti této práce, dlouhodobé sledování výsledků nebo zkoumání vlivu dalších proměnných či příprava a edukace výzkumníků či výzkumného personálu. Výzkum mimo klinický kontext může naopak přinést mnoho reálných zkušeností, které lze využít dále v praxi. Jedná se hlavně o zkušenosti se zvládnutím náročných stavů, bližší zkoumání fáze přípravy a integrace nebo zkoumání efektu různého prostředí (settingu) na psychedelický zážitek.

ZÁVĚRY

Výsledky výzkumu nám umožnily lépe poznat zkušenost šesti respondentů, kteří pracují s psychedeliky a zprostředkovávají tuto zkušenost ostatním. Zjistili jsme, jaký je celý proces od výběru, přípravy, vlastního zážitku až po integraci. Bavili jsme se množných rizicích, která v průběhu této práce mohou vzniknout a také o způsobech, jak tyto rizika minimalizovat. Dalším tématem zkoumání byly požadavky na člověka, který touto zkušeností provází.

U všech respondentů jsme našli stejnou strukturu či proces, kterým na zprostředkování psychedelické zkušenosti nahlíží. Jedná se o přípravnou fázi, samotnou zkušenost a integraci této zkušenosti. Všichni respondenti také vnímají terapeutický efekt samotné látky. Ten nejčastěji popisují jako vhled, „aha efekt“, náhled na vztahy či přístup k obsahům, které pro ně byly do té doby skryty. S tímto je třeba dále pracovat po skončení zkušenosti, aby došlo k implementaci změn, které člověk pomocí vhledu získal.

Nikdo z respondentů by nepracoval s nemocnými lidmi, či s lidmi s diagnózou mimo medicínský kontext. Dalšími riziky je špatná motivace provázených a jejich přehnaná očekávání od zážitků. Rizika lze snižovat pomocí dalších proměnných, například správným nastavením setu a settingu. Dále prací se záměrem a očekáváním a vhodnou přípravou před zkušeností samotnou.

Motivací respondentů pro práci s těmito látkami vycházejí z odborného zájmu. Pohled na práci jednotlivých participantů liší. Jedná se o kontext výzkumný, medicínský, přístup snižování rizik či práce s osobním potenciálem a jeho rozvojem. I přes tuto rozdílnost v přístupu je princip práce u všech respondentů podobný.

Výzkum považujeme za zajímavou, autentickou a aktuální výpověď lidí, kteří mají s tímto tématem bohaté zkušenosti. Vnímáme, že tyto informace mohou pomoci v dalším výzkumném směřování stejně jako v edukaci a snižování rizik široké veřejnosti.

SOUHRN

Diplomová práce se zaměřuje na zkušenost s provázením v rámci psychedelické zkušenosti. Vznik této práce byl podnícen vzrůstajícím zájmem o tyto látky ve společnosti i v prostředí odborného výzkumu. Cílem bylo přiblížit širokou problematiku tohoto tématu a popsat zkušenosti provázejících. Jaké aspekty práce považují za důležité, jak nahlíží na efekt psychedelik. Jaká jsou rizika spojená s užíváním a jaké požadavky by měl splňovat člověk, který s těmito látkami pracuje.

V teoretické části práce se zaměřujeme na teoretické ukotvení tématu. Definujeme pojem psychedelika. Přibližujeme historii experimentování s látkami měnícími vědomí (Müller et al., 2006; Schmied et al., 2006). Za milník moderního zájmu o psychedelika považujeme objevení LSD chemikem Albertem Hoffmanem (Hoffman, 1983). V době od 50. do poloviny 60. let bylo publikováno přes 1000 studií s více než 40 000 účastníky (Grindspoon a Bakalar, 1979). Zkoumání psychedelik odstartovalo neurovědní zájem o serotonin. Účinky psychedelických látek se projevují ve změně percepce, emocí, kognice a vnímání ega. Tyto účinky jsou v současné době poměrně dobře popsány (Carthart-Harris et al., 2016a; Griffiths et al., 2008; Lebedev et al., 2016; Preller et al., 2016). Efekt těchto látek je spojený s riziky, na rozdíl od většiny ostatních látek měnících vědomí nemají psychedelika návykový potenciál. Zmínujeme fyzická a psychická rizika spojená s užíváním. (Kalina, 2003). Představujeme historii zkoumání psychedelik. V porovnání s dneškem nacházíme v historických výzkumech etické a metodologické nejednotnosti a nedostatky. V polovině šedesátých let byl výzkum zastaven až do počátku 90. let, kdy začaly nové výzkumy zaměřující se hlavně na změny vnímání či simulaci psychózy (Griffiths, 2006; Hermle, 1992; Vollenweider, 1997). V současné době se výzkumy zaměřují na terapeutický efekt psychedelik, léčbu závislostí, post-traumatické stresové poruchy, léčbu farmakoresistentní deprese, úzkosti či obsedantně kompulzivní poruchy (Bogenschutz, 2015; Carthart-Harris et al., 2016a; Grob, 2011; Kometer, 2012; Mithoefer et al., 2018; Moreno, 2006).

Představili jsme tři historické přístupy práce s psychedeliky. Filtrační teorii, psychoanalytický přístup a psychedelickou a psycholytickou terapii. Filtrační teorie vnímá funkci mozku jako filtru, který ventiluje množství informací, které vstupují do našeho

vědomí (Huxley, 1999). Psychoanalytický přístup přinesl do tohoto tématu pojmy, které pomohly porozumění účinků psychedelik. Jedná se o primární a sekundární proces, přenos a protipřenos, princip reality (Grof, 2006). Psychedelická a psycholytická terapie jsou dva přístupy, jak pracovat s psychedeliky. Psycholytická terapie pracuje s menšími dávkami a dlouhodobě, tento přístup se praktikoval i v Pražské klinice na Sadecké (Hausner, 2016). Psychedelická terapie pracuje s velkými dávkami a nízkým počtem zkušeností, tento koncept byl vytvořen v USA z legislativních důvodů, více zkušeností nebylo možné zajistit.

Ve třetí kapitole jsme představili moderní teorie, které se věnují psychedelikům. Podnět pro vznik těchto nových teorií bylo podníceno novými technologiemi (PET, fMRI) a spojením s neurologickým výzkumem. Ten vychází z objevu neurálních sítí. Entropická teorie mozku, kterou představil Carhart-Harris et al. (2014a), vychází z teoretického podkladu psychoanalýzy. Postuluje fungování mozku na principu entropie. Princip psychedelik pak funguje tak, že zvyšují entropii apodněcují primární proces a primární vědomí. Integrated information theory navazuje na entropickou teorii. Vychází primárně ze subjektivní zkušenosti a hledá fyzické koreláty těchto zkušeností v mozku. (Friston, 2010; Gallimore, 2015). Predictive brain theory je teorie, která vychází z předpokladu, že mozek funguje jako systém, který predikuje, co se bude v realitě dít. Primární funkce mozku je minimalizace predikčního omylu. Užití psychedelik pak znamená, že se tato vnitřní halucinace stane méně kontrolovanou našim mozkiem.

V další kapitole jsme se zaměřili na další proměnné ovlivňující psychedelický zážitek. První proměnnou je set a setting. Toto téma představil Leary (1964). Velice bohatě se těmto přípravám věnuje i Fadiman (2011). Za základní podmínky se považuje klid, práce s pozorností, dostatečnou přípravu a časový prostor pro fázi před i po zkušenosti. Danforth (2009) pracuje s metodou focusingu, která má pomoci člověku v uvědomění si svého těla a práce s emocemi. Klinický kontext snižuje rizika nepříjemných stavů (Bogenschutz, 2016). Představili jsme i placebo efekt, který může mít vliv na psychedelický prožitek (Ševčík, 2017). Poslední skupinou je práce mimo klinický kontext. Zde informujeme o psychonautech, zkušených pravidelných uživatelů psychedelik bez tendence k zneužívání (Ruane, 2018). A představujeme teorii instrumentalizace Müllera a Schumanna (2011) která taky informuje, že užívání psychoaktivních látek nemusí být nutně patologické a závislostní chování.

Další kapitola se věnuje požadavkům na člověka pracujícím s psychedeliky. Mezi obecné požadavky patří empatie, důvěra, zajištění bezpečí, být aktivně přítomen, být trpělivý a důvěřovat v proces (Mithoefer, 2016; Phelps, 2017; Richards, 2015). Ve výzkumném kontextu je třeba základní požadavky rozšířit na znalosti vývojové psychologie, neurologii, antropologii. Být schopen navázat dobrý vztah s klientem, umět informovat a edukovat a účincích a celém procesu výzkumu. Představili jsme i vzdělávací programy od California Institute of Integral Studies (psilocybin) a MAPS (MDMA). Ve výzkumném kontextu se jedná o dobrou selekci respondentů a definování kritérií přijetí a nepřijetí (Frecska, 2007). V poslední části kapitoly pak přibližujeme informace z manuálů, které slouží pro práci s lidmi, kteří již akutně náročnou psychedelickou zkušeností prochází.

V poslední kapitole teoretické části přibližujeme současný výzkum. Informujeme o výzkumu Horáka (2017), který se zaměřil na zkoumání fenoménu užívání ayahuascy v České Republice. Dále přibližujeme výzkumy, jež pracují s metodou IPA u uživatelů psychedelických látek. Představujeme i další možné přínosy spojené s užíváním psychedelik, které mohou z části vysvětlovat zvýšený zájem o tyto látky. V poslední části této kapitoly otevíráme polemiku o rozvoji a rozšiřování dosahu psychedelik ve společnosti, zavádění těchto látek do lékopisů, možnosti a rizika komercializace a plošného využívání psychedelik v medicíně.

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem nahlíží na problematiku provázení lidé, kteří tuto zkušenost zprostředkovávají. Celkově jsme si stanovili sedm výzkumných otázek. Shrnutím těchto otázek je: Co považují za důležité, jaká je jejich motivace a zkušenosti, jaká jsou podle nich rizika této práce a jaké jsou požadavky na člověka, který tuto práci zastává. Výzkum jsme provedli pomocí kvalitativní metody IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Data jsme sbírali pomocí polostrukturovaných rozhovorů, ty se uskutečnily v zimě 2018/2019. Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku je zkušenost s provázením v rámci psychedelického zážitku. Potenciální zájemce jsme oslovovali v průběhu roku 2018. Výzkumný soubor byl tvořen 6 respondenty. Jednalo se o 3 ženy a 3 muže. Všichni pochází z ČR a mají vystudovanou VŠ. Dva z nich se věnují práci s psychedeliky v rámci výzkumného prostředí, čtyři mimo něj. Průměrný věk byl 32,4 let. Rozhovory trvaly 46-62 minut. Přepis rozhovorů měl více než 76 normostran. Všechny rozhovory jsme přepsali a analyzovali metodou IPA. Provedli jsme analýzu každého z participantů, vytvořili kazuistiku každého případu a shrnuli výsledky z každé

případové studie. Poté jsme vyhodnocovali data na základě výzkumných otázek, ty jsme shrnuli v části témata vzešlá z výzkumných otázek.

Výsledky rozhovorů ukazují zájem všech participantů o psychedelické látky. Většina participantů má zkušenost s těmito látkami. Jejich motivace je bezpečné zprostředkování zážitku, možnost ovlivnit set a setting či možnost využití potenciálu těchto látek. Většinu participantů taky sytí odborný zájem o tyto látky, či přímo profesní práce s nimi. Všichni vnímají potenciální terapeutický efekt těchto látek. Ten funguje na úrovni neurobiologické, pomáhá vynořovat nové obsahy, které může člověk reflektovat a pracovat s nimi. Látky přinášejí také náhled na vztahy a proniknout k jinak nepřístupným obsahům. Rizika jsou velká, ale přípravou a selekcí se dají minimalizovat. Požadavky na terapeuta se shodují mezi participanty i ve srovnání s odbornou literaturou. Jedná se o základní lidské vlastnosti jako je důvěra, empatie, pozornost či morální integrita. V kontextu výzkumném či medicínském se dále bavíme o podmínkách vzdělání, terapeutického výcviku či klinické praxe. Ve vztahu k dalším proměnným považují všichni participanté myšlenkové nastavení (set) a prostředí (setting) za zásadní a silně ovlivňující psychedelickou zkušenost. Dále se vyjadřují k záměru a očekávání, záměr může pomoci s průběhem zkušenosti a je součástí setu. Očekávání může být naopak omezující a způsobovat rizika. Většina participantů také pracuje s hranicemi, které je nutné vymezit, nezasahovat do zkušenosti provázaného svými obsahy. Moc klienta nad možnou změnou v životě vnímají jako velice důležitou, je potřeba aby si ji provázený uvědomoval a mohl tak aktivně činit změny po samotném zážitku. Přípravnou a integrační fázi vnímají minimálně stejně důležitou, jako zkušenost samotnou. Pokud není zkušenost zpracována, její potenciál není naplno využitý a může docházet k bažení po tomto zážitku a útěku k těmto látkám, což vnímáme jako projev spirituálního bypassu. Pohled na psychedlika se lišil, někteří jej vnímali jako čistě výzkumný či medicínský, jiní jako druh mentoringu a koučinku. I přes rozdílnost v náhledu na aktivitu samotnou se většina aspektů práce jednotlivých participantů nelišila.

V diskuzi se věnujeme srovnání našich výsledků se současným poznáním a výsledky jednotlivých výzkumů a studií. Dále se zaměřujeme na limity a rizika výzkumu. Na konci diskuze navrhuje další možné využití a směřování výzkumů v tomto oboru. Výzkum považujeme za zajímavou, autentickou a aktuální výpověď lidí, kteří mají s tímto tématem bohaté zkušenosti. Vnímáme, že tyto informace mohou pomoci v dalším výzkumném směřování stejně jako v edukaci a snižování rizik široké veřejnosti

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Bardynová, S. (2018). *Manuál Psychedelic Harm Reduction*. Brno: Česká psychedelická společnost.
3. Barnett, B. (1971) Diazepam treatment for L.S.D. intoxication. *Lancet*. 1971, 270. Basic Books.
4. Bender L. (1970). Children's reactions to psychotomimetic drugs. *Psychotomimetic Drugs*, 265-273.
5. Bercel N., & Travis L. (1957). A theory on the mechanism of paranoid reaction in experimental psychosis". *IInd International Congress for Psychiatry, Congress Report*, 306.
6. Blewett, D., & Chwelos, N. (1959). *Handbook for the therapeutic use of lysergic acid diethylamide-25 individual and group procedures*. Získáno 28.10.2018 z https://www.erowid.org/psychoactives/guides/handbook_lsd25.pdf.
7. Bogenschutz M., Forcehimes A., Pommy J., Wilcox C., Barbosa P., Strassman R. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. *J Psychopharmacol* 29, 289–299.

8. Bogenschutz, M. P., & Ross, S. (2016). *Therapeutic Applications of Classic Hallucinogens*, 361-391. doi.org/10.1007/7854_2016_464.
9. Bottrill J., (1969). Personality change in LSD users. *J. Gen. Pcyhol.*, 80, 157-161.
10. Buckman, J. (1967). Theoretical aspects of LSD therapy. In H. Abramson (Ed.), *The use of LSD in psychotherapy and alcoholism*, 83-100 Indianapolis: Bobbs-Merrill.
11. California Institute of Integral Studies. (2014). *Certificate in psychedelic-assisted therapies and research*. Získáno 17. ledna 2019 z <http://www.ciis.edu/public-programsand-performances/certificate-programs/certificate-in-psychedelic-assisted-therapies-and-research>.
12. Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barrett, F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *J Psychopharmacol*, 30(12), 1268-1278. doi.org/10.1177/0269881116662634.
13. Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: A neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133(4), 1265-1283. doi:10.1093/brain/awq010.
14. Carhart-Harris, R., Leech, R., Hellyer, P., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., Chialvo, D., & Nutt, D. (2014a). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Front. Hum. Neurosci.* ,8. doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020.

15. Carhart-Harris, R. L., Kaelen, M., Whalley, M. G., Bolstridge, M., Feilding, A., & Nutt, D. J. (2014b). LSD enhances suggestibility in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 232(4), 785-794. doi.org/10.1007/s00213-014-3714-z.
16. Carhart-Harris, R. L., Kaelen, M., Bolstridge, M., Williams, T. M., Williams, L. T., Underwood, R., et al. (2016a). The paradoxical psychological effects of lysergic acid diethylamide (LSD). *Psychol. Med.* 46, 1379–1390. doi: 10.1017/S00332917150029.
17. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Day CMJ, Rucker J, Watts R, Erritzoe DE et al. (2016b). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *The British Association for Psychopharmacology Summer Meeting*, Brighton, UK; Abstract.
18. Carhart-Harris, R., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J., Reed, L., Colasanti, A., Nutt, D. (2017). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 2138-2143. doi:10.1073/pnas.1119598109.
19. Cattell JP. (1957). "Use of drugs in psychodynamic investigations.". *Experimental psychopathology*. 218.
20. Čermák, I., Kostínková, J. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: MUNI Press.
21. Danfoth, A. (2009). Focusing-oriented psychotherapy as a supplemento to preparation for psychedelic therapy. *The Journal of Transpersonal Psychology* Vol. 41, No. 2.

22. Delay J, Pichot P, Laine B, Perse J. (1954) Les modifications de la personnalité produites par la diéthylamide de l'acide lysergique (LSD 25). Etude par le test de Rorschach.”. *Ann. med. psychol.*. 1954;112(II):1.
23. Dittrich A (1994) Psychological aspects of altered states of consciousness of the LSD type: Measurements of their basic dimensions and prediction of individual differences. In: Pletscher A, Ladewig D (eds) 50 years of LSD. Current status and perspective of hallucinogens. Parthenon, New York.
24. Doblin, R. (2014). *Manifesting Minds*. North Atlantic Books.
25. Doblin, R. (2015). *From the desk of Rick Doblin: Winter 2015*. Získáno 18 ledna 2019 z <http://www.maps.org/news/bulletin/articles/392-bulletin-winter-2015/5917-from-thedesk-of-rick-doblin,-ph-d-winter-2015>.
26. Fadiman, J. (2011). *The psychedelic explorer's guide: Safe, therapeutic and sacred journeys*. Rochester, VT: Park Street Press.
27. Fallon, F. (2018). *Integrated Information Theory Of Consciousness* | Internet Encyclopedia Of Philosophy. Retrieved Leden 27, 2019 z <https://www.iep.utm.edu/int-info/>.
28. Fontana AE., Reynoso R. “Individual psychotherapy with hallucinogens”. *Psychotherapy with Hallucinogens*. 1965; p87-136.
29. Frecska, E. (2007). *Therapeutic guidelines: dangers and contra-indications in therapeutic applications of hallucinogens*. 10.13140/RG.2.1.2364.8888.

30. Fujakova, M., Páleníček, T., Brunovský, M., Gorman, I., Tylš, F., Kubešová, A., Řípková, D., Krajča, V., Horáček, J. The effect of ((-)-2-oxa-4-aminobicyclo[3.1.0]hexane-2,6-dicarboxylic acid (LY379268), an mGlu2/3 receptor agonist, on EEG power spectra and coherence in ketamine model of psychosis. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. (2014). 122(July), doi:10.1016/j.pbb.2014.03.001.
31. Gallimore, A. (2015). 'Restructuring consciousness – the psychedelic state in light of integrated information theory', *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 9.
32. Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for Anxiety Associated With Life-threatening Diseases. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513-520. doi:10.1097/nmd.000000000000113
33. Gendlin, E. T. (2003). *Focusing*. Praha: Portál.
34. Geoffrey E. Noller, G., Frampton, Ch. & Yazar-Klosinski B. (2017). Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, doi:10.1080/00952990.2017.1310218.
35. Geyer, M., & Vollenweider, F. (2008). Serotonin research: contributions to understanding psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences*, 29(9), 445-453. doi.org/10.1016/j.tips.2008.06.006.
36. Griffiths, R., Richards, W., McCann, U. & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal

- meaning and spiritual significance. *Journal of Psychopharmacology*. 187, 2006, stránky 268-283.
37. Griffiths, R., Richards, W., Johnson, M. W., McCann, U. D., & Jesse, R. (2008). Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 621-632. doi:10.1177/0269881108094300
38. Griffiths R., Johnson M., Carducci M., Umbricht A., Richards W., Richards B. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized doubleblind trial. *J Psychopharmacol* 30: 1181–1197.
39. Grinspoon, L., Bakalar J. (1997). *Psychedelic drugs reconsidered*. New York: The Lindesmith Center.
40. Grob, CS,. (2011). Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer. *Archives of General Psychiatry*. 68, 2011, Sv. 1, 71-78.
41. Grof S, Vojtechovsky M, Votava Z. “Dietylamid kyseliny d-lysergové (LSD). 2. Klinická část. ”. *Casop. lek. cesk.*. 1960;99:245-251.
42. Grof, S. (1980). *LSD Psychotherapy*. Pomona, CA: Hunter House.
43. Grof S (2001). *LSD Psychotherapy* (3rd ed.). CA: MAPS.
44. Grof, S. (2006). *When the Impossible Happens*. Louisville: Sounds True.

45. Grofová Ch. (1998). *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojkovo nakladatelství.
46. Harman W., McKim R., Mogar R., Fadiman J., Stolaroff M. (1966). Psychedelic agents in creative problem-solving: a pilot study. *Psychol Rep* 19:211–227.
47. Hausner M, Doležal V, Saposniková O. “Některé psychodiagnostické vysetrovací metody při psychoterapii za pomoci LSD”. *Activ. nerv. sup.*. 1963;5:218-219.
48. Hausner, M. (2016). *LSD Výzkum a klinická praxe za železnou oponou*. Praha: Triton.
49. Hermle, L. (1992). Mescaline-Induced Psychopathological, Neuropsychological, and Neurometabolic Effects in Normal Subjects: Experimental Psychosis as a Tool for Psychiatric Research. *Biological Psychiatry*. 32.
50. Hoffer, A., & Osmond, H. (1967). *The hallucinogens*. New York, NY: Academic Press.
51. Hofmann, A. (1983). *LSD, my problem child: Reflections on sacred drugs, mysticism, and science*. Los Angeles: J.P. Tarcher.
52. Horák, M. (2017). *Ayahuasca v České republice*. Brno: Mendel University.
53. Horáček, J., Brunovský, M., Novák, T., Kohútová, B., Páleníček, T., Bubeníková, Valešová, V., Španiel, F., Kopřivová, J., Mohr, P., Balíková, M., Höschl, C. (2010). Subanesthetic dose of ketamine decreases prefrontal theta cordance in healthy volunteers: implications for antidepressant effect. *Psychological Medicine*. 40(9), 1443-1451. doi:10.1017/S0033291709991619.

54. Horáčková E, Vojtěchovský M. (1960). Odhad casu v experimentální psychóze po LSD-25. *Csl. Psychiat.* 1960;56:303-309.
55. House, S. (2007). Common processes in psychedelic-induced psychospiritual change. In: M.J. Winkelman, & T.B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatment, Vol. 2* (pp.169-194). Westport, CT: Praeger Publishers.
56. Huxley, A. (1999). *Moksha: Aldous Huxley's Classic Writings on Psychedelics and the Visionary Experience*, Rochester: Park Street Press.
57. Hyde, R. (1960). Psychological and social determinants of drug action. In: Sarwer-Foner GJ (ed.). *Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*. Springfield: Oxford Blackwell Scientific Publications.
58. Chialvo, D. R., Balenzuela, P., and Fraiman, D. (2007). "The brain: what is critical about it?" in *Collective Dynamics: Topics on Competition and Cooperation in the Biosciences*, NY: Vietri sul Mare).
59. Jacobs, B. (1984). (Ed.). *Hallucinogens: Neurochemical, behavioral, and clinical perspectives*. New York: Raven Press.
60. Johnson M., Garcia-Romeu A., Cosimano M., (2014). Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *J Psychopharmacol*.
61. Johnson, M., Richards, W., & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603–620. doi.org/10.1177/0269881108093587.

62. Kaelen, M., Giribaldi, B., Raine, J., Evans, L., Timmerman, C., Rodriguez, N., Roseman, L., Feilding, A., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2018). The hidden therapist: evidence for a central role of music in psychedelic therapy. *Psychopharmacology*, 235(2), 505-519. doi.org/10.1007/s00213-017-4820-5.
63. Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky.
64. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
65. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
66. Kometer, M. (2012). Psilocybin Biases Facial Recognition, Goal-Directed Behavior, and Mood State Toward Positive Relative to Negative Emotions Through Different Serotonergic Subreceptors. *Biological psychiatry*.
67. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I., mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky.
68. Leary, T., Metzner, R., Alpert, R. (1964). *The Psychedelic Experience: A Manual Based on the Tibetan Book of the Dead*. New York: University Books.
69. Lebedev, A. V., Kaelen, M., Lövdén, M., Nilsson, J., Feilding, A., Nutt, D. J. (2016). LSD-Induced Entropic Brain Activity Predicts Subsequent Personality Change. *Hum Brain Mapp.* Sep;37(9):3203-13. doi: 10.1002/hbm.23234.

70. Lebovits B., Visotsky M., Ostfeld A. (1960). "Lysergic acid diethylamide (LSD) and JB-318: A comparison of two hallucinogens. II. An exploratory study.". *A.M.A.Arch.Gen.Psychiat...*
71. Lennard, H., & Hewitt, M. (1960). The study of communication processes under LSD. In H. Abramson (Ed.), *The use of LSD in psychotherapy* (pp. 199-240). Princeton, NJ: Josiah Macy Jr. Foundation.
72. Leuner, H. (1962). *Die experimentelle psychose*. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer,
73. Lewin, L. (1998). *Phantastica* (P. H. A. Wirth, Trans.). Rochester, VT: Park Street
74. Majić, T., Schmidt, T., & Gallinat, J. (2015). Peak experiences and the afterglow phenomenon: When and how do therapeutic effects of hallucinogens depend on psychedelic experiences?. *J Psychopharmacol*, 29(3), 241-253. doi.org/10.1177/0269881114568040.
75. Metzner R, Litwin G., Weil G. (1965). The relation of expectation and mood to psilocybin reactions: a questionnaire study. *Psychedelic Rev* 5:3-39.
76. Metzner, R. (2015). *Allies for awakening: Guidelines for productive and safe experiences with entheogens*. Berkeley, CA: Regent Press.
77. Miovský, M. (1996). *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert.
78. Miovský, M. (2003). Halucinogenní drogy. [autor knihy] Kamil Kalina. Drogy a drogové závislosti I. - mezioborový přístup. místo neznámé : Úřad vlády České republiky, 2003, stránky 169 - 173.
79. Mitsunaga-Whitten, M. (2017) *A correlative analysis of mystical experiences and lasting symptom improvement from MDMA-assisted psychotherapy for treatment-*

resistant PTSD : a project based upon an investigation sponsored by Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)" Masters Thesis, Smith College, Northampton

80. Orel, M. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada
81. Mithoefer, M. (2016). *A manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder*. Získáno 18. listopadu 2018 z https://s3-us-west-1.amazonaws.com/mapscontent/research-archive/mdma/MDMAAssistedPsychotherapyTreatmentManualVersion+8_25May16_Formatted.pdf.
82. Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., Feduccia, A. A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., Holland, J., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-Assisted Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans, Firefighters, and Police Officers: A Randomised, Double-Blind, Dose-Response, Phase 2 Clinical Trial. *The Lancet Psychiatry*.
83. Moreno, FA, (2006). Safety, Tolerability, and Efficacy of Psilocybin in 9 Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.
84. Móró, L. (2013). *Psy Help Manual A Practical Guide to Harm Reduction at Parties and Festivals*. Budapest: Daath.hu
85. Müller, U., Fletcher, P. C., and Steinberg, H. (2006). The origin of pharmacopsychology: Emil Kraepelin's experiments in Leipzig, Dorpat and Heidelberg (1882-1892). *Psychopharmacology* 184, 131–138. doi: 10.1007/s00213-005-0239-5

86. Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 68(2), 264-355. doi:10.1124/pr.115.011478
87. Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationship that works*, Oxford: Oxford Press.
88. Nutt, D. J., King, L. A., & Nichols, D. E. (2013). Effects of schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation. *Nature Reviews: Neuroscience*, 14, 577-585. doi:10.1038/nrn3530.
89. Oak, A. (2017). *The Manual of Psychedelic Support*. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
90. Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 40–52. doi.org/10.1177/0269881112464827.
91. Osorio L., Sanches R., Macedo L., Santos R., Maia-de-Oliveira J., Wichert-Ana L. (2015). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Rev Bras Psiquiatr* 37: 13–20.
92. Ot'alora G, M., Grigsby, J., Poulter, B., Van Derveer, J. W., Giron, S. G., Jerome, L., ... Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 32(12), 1295–1307. doi.org/10.1177/0269881118806297
93. Ott, J. (1995). *The Age of Entheogens & The Angel's Dictionary*. Washington: Natural Products Company, 1995, pp. 88-89. ISBN: 0-9614234-7-1.

94. Páleníček, T., Hlíňák, Z., Bubeníková-Valešová, V., Horáček, J. (2007). An analysis of spontaneous behavior following acute MDMA treatment in male and female rats. *Neuroendocrinology Letters*. 28(6), 781-788.
95. Páleníček, T., Hlíňák, Z., Bubeníková-Valešová, V., Novák, T., Horáček, J., (2010). Sex differences in the effects of N,N-diethyllysergamide (LSD) on behavioural activity and prepulse inhibition. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 34(4), 588-596. ISSN 0278-5846. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.02.008.
96. Páleníček, T., Fujáková, M., Brunovský, M., Balíková, M., Horáček, J., Gorman, I., Tylš, F., Tišlerová, B., Šóš, P., Bubeníková-Valešová, V., Höschl, C., Krajča, V. (2011). Electroencephalographic spectral and coherence analysis of ketamine in rats: correlation with behavioral effects and pharmacokinetics. *Neuropsychobiology*. 63(4), 202-218. doi:10.1159/000321803.
97. Páleníček, T., Fujáková, M., Brunovský, M., Balíková, M., Horáček, J., Gorman, I., Tylš, F., Tišlerová, B., Šóš, P., Bubeníková-Valešová, V., Höschl, C., Krajča, V. (2013). Behavioral, neurochemical and pharmaco-EEG profiles of the psychedelic drug 4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B) in rats. *Psychopharmacology*. 2013, 225(1), 75-93. ISSN 0033-3158. DOI: 10.1007/s00213-012-2797-7. IF 3.988.
98. Passie, T. (2012). *Healing with entactogens*. Santa Cruz, CA: MAPS.
99. Phelps, J. (2017). Developing Guidelines and Competencies for the Training of Psychedelic Therapists. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 450-487. doi:10.1177/0022167817711304.
100. Pierce J. (1961). "Zur Wirkung von Atarax auf die LSD-Modellpsychose". *Praxis*.;50:486-491. Belleville MMPI score changes induced by LSD J. *Clin. Psychol.* 12, 278.

101. Preller, K. H., and Vollenweider, F. X. (2016). Phenomenology, structure, and dynamic of psychedelic states. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* doi: 10.1007/7854_2016_459.
102. Richards, W. A. (2015). *Sacred knowledge: Psychedelics and religious experience*. New York, NY: Columbia University Press.
103. Rinkel M., DeShon HJ., Hyde R., Solomon H. (1952). "Experimental schizophrenia-like symptoms.". *Amer. J. Psychiatry.* 1952;108:572.
104. Ross S, Bossis A, Guss J, Agin-Liebes G, Malone T, Cohen B. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *J Psychopharmacol* 30: 1165–1180.
105. Roubíček, J., Srnec, J. (1955). Experimentální psychosa vyvolaná LSD , *Čas. Lék. Česk.* 44, 189.
106. Ruane D., (2018). Field experiments: psychonauts' efforts to reduce the harm of old and new drugs at music festivals, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, doi:10.1080/09687637.2017.1418836.
107. Rumlerová, T. (2018) *Osobní zkušenost účastníků diety - léčebné metody tradiční amazonské medicíny v centru Takiwasi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
108. Ryan, J., Smith, A. (2015). It's like shrooms times a million, plus aliens": an interpretative phenomenological analysis of experiential accounts from recreational Ayahuasca users. Invited Presentation presented to: *19th Annual Transpersonal Psychology Section Conference, Cober Hill, Scarborough, 18-20 September 2015*.
109. Sandison, R. (1959). The role of psychotropic drugs in group therapy. *Bull World Health Organ.* 21(4-5): 495–503.

110. Sanches, R., Osório F., Dos Santos R., Macedo L., Maia-de-Oliveira J., Wichert-Ana L. (2016). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a SPECT study. *J Clin Psychopharmacol* 36:77–81.
111. Savage C, Fadiman J, Mogar R, Hughes AM. (1966). The effect of psychedelic (LSD) therapy on values, personality, and behavior”. *Int. J. Neuropsychiat.* 1966;2:241-254.
112. Sewell, A. (2006). So You Want to be a Psychedelic Researcher? Získáno 10.1.2019 z https://maps.org/news-letters/v16n2-html/so_you_want_to_be_a Psychedelic_researcher.html.
113. Shulgin, A. (2001). The new psychotherapy: MDMA and the shadow. In T. Roberts (Ed.), *Psychoactive sacramentals: Essays on entheogens and religion* (pp. 196-204). San Francisco, CA: Council on Spiritual Practices.
114. Schmied, L. A., Steinberg, H., and Sykes, E. A. B. (2006). Psychopharmacology’s debt to experimental psychology. *Hist. Psychol.* 9, 144–157. doi: 10.1037/1093-4510.9.2.144.
115. Soussan, C., & Kjellgren, A. (2014). Harm reduction and knowledge exchange—A qualitative analysis of drug-related Internet discussion forums. *Harm Reduction Journal*, 11, 25. doi: 10.1186/1477-7517-11-25.
116. Stevens, J. (1987). *Storming heaven*. New York: Grove Press.
117. Stoll, W.A. (1947). LSD, ein Phantastikum aus der Mutter-konrgruppe. Schweiz. *Arch. Neurol. Psychiat.* 60:279.
118. Stoll WA. (1952). Rorschach-Versuche unter Lysergsäure-Diäthylamid-Wirkung”. *Rorschachiana*. 1952;1:249.
119. Strassman, R. (1995). Hallucinogenic Drugs in Psychiatric Research and Treatment Perspectives and Prospects. In: Brody, E.B. (Ed.). *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 183(3), 127-138. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

120. Strassman, R. J. (1984). Adverse reactions to psychedelic drugs. A review of the literature. *J. Nerv. Ment. Dis.* 172, 577–595. doi: 10.1097/00005053-198410000-00001.
121. Strassman, R. J., Qualls, C. R., Uhlenhuth, E. H., and Kellner, R. (1994). Doseresponse study of N,N-dimethyltryptamine in humans. II. Subjective effects and preliminary results of a new rating scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 98–108. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950020022002.
122. Strassman, R. (2010). Hallucinogenic drugs in psychiatric research and treatment: Perspectives and prospects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 127-138. doi:10.1097/00005053-199503000-00002.
123. Studerus E, Gamma A, Kometer M, Vollenweider FX. (2012). Prediction of Psilocybin Response in Healthy Volunteers. *PLOS ONE* 7(2).
124. Swanson, L. (2018). Unifying Theories of Psychedelic Drug Effects. *Frontiers Pharmacology*, 9. doi.org/10.3389/fphar.2018.00172.
125. Sweat, N. W., Bates, L. W., and Hendricks, P. S. (2016). The associations of naturalistic classic psychedelic use, mystical experience, and creative problem solving. *J. Psychoactive Drugs* 48, 344–350. doi:10.1080/02791072.2016.1234090.
126. Šoš, P., Klírová, M., Novák, T., Kohútová, B., Horáček, J., Páleníček, T. (2013). Relationship of ketamine's antidepressant and psychotomimetic effects in unipolar depression. *Neuroendocrinology Letters.*, 34(4), 287-293.
127. Taus L. (1967). “Psychoterapie exhibicionistu pomoci lysergamidu spofa”. *Activ.nerv.sup* (Prague).
128. Brown T., Alper, K. (2017): Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, doi:10.1080/00952990.2017.1320802.

129. Tylš F., Jajcay, N. Psychedelický mozek a vědomí očima neurovědce [online prezentace]. (2018). [8.12.2018] Získáno 16.12.2018 z: <https://www.youtube.com/watch?v=x2chY8beAxI>.
130. Tylš, F. (2017). *Fenomén psychedelie*. Praha: Dybbuk.
131. Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42, 16-33. doi:10.1177/0022167802422003.
132. Vojtechovsky M, Grof S, Vítek V, Rysánek K, Bultasová H. (1960). "Experimentalpsychose als Folge der Verabreichung von 200 mg. Benactylin. ". *weir. Ztschr. Nervenheilk.*;17:279-308.
133. Vojtechovsky M, Grof S. "Podobnosti a rozdíly mezi experimentální psychózou po LSD-25 a po mezkalinu ". *Csl. Psychiat.* (1960a);56:221-233.
134. Vollenweider, F. (1997). Positron Emission Tomography and Fluorodeoxyglucose Studies of Hyperfrontality and Psychopathology in the Psilocybin Model of Psychosis. *Neuropsychopharmacology*. 16, 1997, Sv. 5, stránky 357-372.
135. Welwood, J. (2011). Human nature, Buddha nature: On spiritual bypassing, relationship, and the Dharma — an interview with John Welwood by Tina Fossella . Získáno 2.2.2019 z http://www.johnwelwood.com/articles/TRIC_interview_uncut.pdf.
136. Whitelaw. A.(1959). A case of fetishism treated with lysergic acid diethylamide.". *J.Nerv. & Ment.Dis.*;129:573.
137. Wong, S. (2017). Leading the high life. *New Sci.* 234, 22–23. doi:10.1016/S0262-4079(17)31161-2.
138. Ziolkó H. (1959) "Psychotrope Drogenwirkung und psychische Ausgangslage (Neurose)". *Neuro-Psychopharmacology*. p711.

139. Zupko, M. (2016). Vybrané osobnostní rysy dlouhodobých uživatelů konopí [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2019-03-18]. Získáno 18.2.2019 z <https://theses.cz/id/seplys/BP_Zupko.pdf>.

PŘÍLOHY

- Příloha 1 Abstrakt v českém jazyce
- Příloha 2 Abstract of Thesis
- Příloha 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru
- Příloha 4 Přepis rozhovoru – Jan
- Příloha 5 Ukázka analýzy – vynořující se témata s tématy nadřazenými – Kryštof
- Příloha 6 Ukázka analýzy – vynořující se témata s tématy nadřazenými – Kristýna

Příloha 1 Abstrakt diplomové práce

Název práce: Terapeutická práce s psychedeliky

Autor práce: Bc. Martin Zupko

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet stran a znaků:224 884 znaků

Počet příloh:6

Počet titulů použité literatury: 139

Abstrakt (800-1200 zn.):V této práci se zaměřujeme na zkušenost lidí provázejících psychedelickou zážitkem. Zjišťujeme jejich motivaci, způsob práce, rizika spojená s užíváním, v čem vidí terapeutický potenciál, jaké jsou požadavky na terapeuta a další proměnné ovlivňující psychedelickou zkušenost. V teoretické části popisujeme moderní historii zkoumání psychedelik, historické a moderní přístupy k psychedelickým látkám a terapii a další proměnné a požadavky na terapeuta. V praktické části zkoumáme vlastní zkušenost provázejících. Výzkumný soubor se skládal z 6 respondentů, 3 žen a 3 mužů. Data jsme získali prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které jsme analyzovali kvalitativní metodou IPA. Zjistili jsme, že motivace provázejících je spojena se snižováním rizik, možností zprostředkování této zkušenosti a odborným zájmem o tyto látky. Terapeutický efekt vidí v látkách samotných, v možnosti zpřístupnit jinak nedosažitelné obsahy vědomí a nahlédnout na svůj život, proces myšlení a vztahy z nové perspektivy. Rizik existuje mnoho, ale dají se dobrou přípravou a selekcí minimalizovat. Požadavky na provázejícího se dělí na odborné znalosti a přirozené lidské vlastnosti. I když se pohledy jednotlivých průvodců na práci liší, jejich přístup je podobný.

Klíčová slova: Psychedelika, psychedelické látky, terapie, psychologie, sitteri, průvodci, IPA

Příloha 2 Abstract of thesis

Title: Therapeutic work with psychedelics

Author: Bc. Martin Zupko

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters:224 884 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 139

Abstract (800-1200 characters):In the thesis we focus on experience of people who guide through an altered state of mind caused by psychedelics. We discover their motivations, way of work, risks related with usage, what they perceive as a therapeutic potential, requirements for a therapist and other variables affecting the psychedelic experience. In the theoretical part we give an account of modern history of psychedelics research, historical and modern approaches to psychedelic substances and therapy and other variables and requirements for a therapist. In the practical part we examine personal experience of the sitters. The research group consisted of 6 respondents, 3 women and 3 men. We obtained the data through semi-structured interviews analysed using IPA qualitative method. We discovered that the motivation of the sitters is related with harm reduction, opportunity to mediate this experience and professional interest in these substances. They see the therapeutic effect in the substances themselves, in the opportunity to access otherwise unreachable contents of consciousness and to perceive ones life, thinking process and relationships from a new perspective. The risks are many but can be minimised by a comprehensive preparation and a good selection. The requirements for a sitter consist of expertise and natural human qualities. Although the views of individual sitters on the job differ, their approach is the similar.

Keywords: psychedelics, psychedelic substances, therapy, psychology, sitter, guide, IPA

Příloha 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

SCHÉMA ROZHOVORU

1. Jaká je tvá zkušenost s psychedeliky. Co tě vede k provázení v rámci psychedelické zkušenosti?
2. Co považují lidé, které provázíš za zásadní při psychedelické zkušenosti?
3. Jak může zkušenost terapeuticky pomoci?
4. V čem vnímáš hlavní terapeutické přínosy psychedelické zkušenosti?
5. Co vnímáš jako největší riziko u samotné zkušenosti?
6. Jaké jsou požadavky na terapeuta samotného?
7. Jaký je vliv záměru, očekávání, setu a settingu na změněný stav?
8. Jaký je proces psychedelického zážitku?
9. Jak probíhá příprava / integrace zkušenosti?
10. Jaká jsou rizika, s kým bys nepracoval?

Příloha 4: Přepis rozhovoru – Jan

M: První otázka je jaká je tvá zkušenost s psychedeliky a co tě vede k provázení v rámci psychedelické zkušenosti

J: Tak s psychedeliky už mám zkušenost asi více jak 10 let a defakto ty zkušenosti které jsem skrze ně nabyl tak byly první které mě začaly otevírat směrem k tomu, co jsem dříve nepoznal. Což vlastně byla nějaká zkušenost duchovní sféry tady toho světa. Protože předtím jsem byl docela tvrdý materialista a nevěřil jsem v nic nadpřirozeného, i když mě to fascinovalo a zajímal jsem se o to, ale vlastně vnitřně jsem v to, v to nevěřil prostě, ani ani ani v Boha, všechno jsem se snažil racionálně vysvětlit všechno jsem se snažil tak nějak pochopit prostě skrz to racio, skrz tu techniku, skrz přemýšlení. A i když jsem přemýšlel o vesmíru tak to bylo takový jakože vlastně ...vlastně ani nevím jak bych to popsal. Každopádně ta první zkušenost psychedelická, konkrétně to bylo s houbama tak mi začla tak mě dala uvědomění toho, že je tady vlastně něco víc, co co jsem ještě nepoznal v tomhle životě a navíc tam byla i tendence hned při té první zkušenosti tam byla tendence toho jak bych to mohl předat ostatním jak bych mohl skrz to předat to ostatním to poznání. To co vlastně teďkom cítím i když to nedokážu popsat tak bych rád aby to cítili všichni, aby si to uvědomovali všichni, aby vlastně všichni poznali to nepoznané. Potom při další a další zkušenosti to bylo řekněme víc hlubší i když to bylo takový docela povrchní protože jsme to brali veskrze pro zábavu. To jsme vlastně vůbec nevěděli jaký to má potenciál, jaký to má zkušenosti a nebo možnosti. A vlastně ono to funguje tak, že to co od toho očekáváš tak to ti to taky dá, takže vlastně tím že jsme od toho očekávali jenom nějaký odpoutaní nebo změněný stav vědomí, se kterým jsme se jakoby bavili i když jsme vlastně poznávali něco nového tak nám to taky vlastně dávalo tady ten aspekt. No a potom jsme vlastně začali zkoumat LSD a další látky psychedelický který vlastně byly nějak ruku v ruce tady s tím tady s tou zkušeností ale pořád to bylo tak nějak pro zábavu nebo ve společnosti a řekněme že až o pět let později jsem začal i s tím, s těma zkušenostma co jsem začal číst a zažívat kam mě to až může dostat a všechno se mi to sjednocovalo v hlavě, že ta zkušenost je stejná ať už se jedná o psychedelické látky nebo ať už se jedná jenom o duchovní zkušenosti a zároveň jsem si více a více uvědomoval ten potenciál který to může mít ty psychedelika. tak jsem začal zažívat jakoby zkušenosti které vlastně bych nazval jako mystické stavy, mystické poznání, poznání jednoty a vesmíru a Boha. A

vlastně i sám sebe. A to všechno se prohlubovalo ale řekl bych že zásadní byla zkušenost s ajahuascou kterou jsem měl teprve před třemi čtyřmi lety, tam proběhlo něco co bych nazval jako první opravdového poznání sama sebe a očištění nějakého bloku který mě vlastně blokoval nebo brzdil v tom abych byl sám sebou, nějakýho limitu a jakmile se tady toto prolomilo tak se otevřelo spoustu dalších věcí, který mě už jakoby vedly dál a dál a od té doby vlastně všechny ty zkušenosti byly mnohem hlubší ať už jsem pracoval s jakýmikoliv psychedelikama zároveň jsem se začal zajímat v víc osobním životě o tyhle věci a dával jsem tomu větší význam, protože dříve to bylo jakože povrchní, jakože dělám nějakou profesní kariéru rekněme které se budu věnovat a tady to je jen takovej, taková boční cesta to duchovno. Ale tam po tomhle zážitku jsem si uvědomil že to je to hlavní čemu se chci věnovat a je to hlavní vlastně proto co mi to může dát do života a s tím začalo být spojený to že jsem se začal zajímat o jógu, tantru, o léčení energetické, terapie a ruku v ruce jsem to začal nějak praktikovat, dělata nakonec dělat pro ostatní lidi, takže jsem to začal spojovat a začal jsem pracovat jako terapeut defakto i když to bylo pro mne takový rekněme zkoušení toho kam až lze zajít ale když jsem viděl potom že to těm lidem pomáhá a že to někam vede je i mě a že mi to ukazuje ty věci tak jsem, tak mě to motivovalo ještě víc potom do toho jít. A potom se začaly ty psychedelické zkušenosti dost spojovat i s tím co jsem prožíval jako normálně a začalo mi to dávat ty zkušenosti co jsem potřeboval k tomu abych nějak spojoval tu terapeutickou práci kterou jsem dělal vlastně i bez těch psychedelik že, takže nakonec se to nějak začlo spojovat a vyústilo to v to že teďkom vlastně kombinuji všechny ty metody dohromady a snažím se najít tu ten průnik, a tu jednotu a tu pravdu a pracovat tak, abych vždycky použil tu správnou metodu pro toho člověka tak jak on to potřebuje a jo.

M: a říká jsi že tě k tomu vedl ten první zážitek? Ještě něco jiného co tě k tomu vedlo ?

J: Defacto jo no protože já jsem předtím nepoznal nic co by co by mě tady tomu naklonilo, vždycky mě přitahovaly ty mystické věci, když jsem byl třeba malej tak mě hodně přitahovalo nebo fascinovalo nebo vlastně i nahánělo strach taková magie i ufo a podobnývěci a fascinovalo mě to takže jsem to chtěl zkoumat ale jakoby z toho vědeckýho hlediska to mě samozřejmě nepouštělo moc dál ale potom když jsem poznal tady tuto zkušenost tak mě to teprve nakoplo k tomu abych to mohl poznat více dohloubky protože mi to otevřelo úplně jinou sféru toho poznání, ve který to tady všechno je ale tak že k tomu můžu přistoupit jako přímo že to můžu přímo zažít a samozřejmě to je to nejdůležitější, ta vlastní zkušenost, ať jsem kdy načetl cokoliv nebo se dozvěděl cokoliv tak dokad' jsem to

neprožil na vlastní kůži tak jakoby to vlastně úplně nebylo, až pak s tím prožitkem přicházelo to že to že se to někam pohlo, že mě to někam dostalo. A to se vlastně snažím předávat těm lidem, že to celou dobu tak nějak nastavuju tak, aby ty lidi to nacházeli v sobě všechno tu pravdu, aby se i když pracuji jako nějaký třeba terapeut nebo jak bych to nazval tak to těm lidem předávám tak aby mohli pracovat sami v sobě, sami se sebou a aby se už nemuseli vracet, aby nebyli závislí na nikom dalším, aby vše to co potřebují zrovna aby to přicházelo no. Protože tak to ve výsledku stejně musí dojít.

M: Dobře, děkuji. Další otázka je, co považují lidé co je provázíš za zásadní při té zkušenosti?

J: Právě asi ten vlastní prožitek, protože já jim třeba řeknu tu formu jakou to probíhá, což je může zajímat, může je to třeba fascinovat nebo prostě z toho být nadšený a samozřejmě to vždycky říkám do té míry podle toho jaký mají záměr, co od toho očekávají s čím do toho chtějí jít. Ale zase stejně jako jsem řekl předtím tak si více zakládám na tom aby si to ten člověk sám zažil a pro mě to je stežejnější aby to ten člověk sám viděl, sám si to ohmatal, a díky tomu tu zkušenost poznal nebo se sám očistil, nebo sám na sobě začal pracovat. Protože já mu můžu říct tady tisíc pravd a pro něj to může být úplně prázdný dokud to sám neověří vlastně, a takže všechno to se snažím podkládat tím že ten člověk něco zažije že si něco ověří, že mu něco že se mu něco stane, v tom smyslu ve kterém on to vlastně hledá. A je to i tak, že samozřejmě tu zkušenost tady zažije během té terapie a že to ucítí na vlastní kůži a že to uvidí v sobě a další fáze je to, že on to začne zažívat během svého života, potom jak ta terapie skončí tak si začne uvědomovat ty věci a spouta věci se začne teprve dít a děje se to třeba následující dny nebo týdny nebo následující období že začne zažívat něco nového, že si začne uvědomovat něco nového že si začne uvědomovat něco nového a to je pro mě taky dobrá zpětná vazba když potom slyším že ho to nějak posunulo, nebo že už to jede samo, že už ten člověk je sám schopný se postavit na vlastní nohy a jednat s tím sám. A vlastně, když to tak shrnu tak, nevím kolik jsem přesně měl lidí, řekl bych tak 150 – 200 terapií jsem provedl a vyloženě se mi nevrátil ještě nikdo s tím že by potřeboval ještě řešit ještě něco navíc. Samozřejmě že dělal jsem pro spoustu lidí těch terapií víc lidí třeba, řekněme třeba řádově pro 10 ale to nebylo to že by potřebovali pomoci ještě s tím starým tématem ale že by prostě zajímalo chtěli jít hloubš nebo dál ale ještě se to nestalo tak že by ten člověk přišel s tím, že by to téma potřeboval řešit dál.

M: Ty jsi říkal ještě že se tam těm lidem potom něco děje dál ještě v tom životě, jak si to představit?

J: No, je to o tom že vlastně jak se člověk otevírá tadytém novým svérám a sám sobě tak vlastně si vytváří i ten život trošku jinak nebo respektive ten život si vytváříme neustále sami ale tím že si tady to zvědomí tady to poznání tak vlastně ten život ho provází takže ho to provází tím procesem a on to sám vidí, sám naslouchá a stačí ho takhle jakoby trošku nakopnout nebo poposunout a ono se to už zažehne prostě ten plamen a prostě děje se to potom samo takže tímto způsobem

M: Jak může zkušenost terapeuticky pomoci?

J: Terapeuticky...

M: Možná i bez toho terapeuticky jak může pomoci

J: Zkušenost a teď komu myslíš jako zkušenost?

M: Pořád se bavíme o psychedelické zkušenosti

J: Psychedelická jojo, no, já myslím, že ta, ty možnosti jsou neomezené. A já když teď komu třeba upozoruju to co se děje v psychedelickém výzkumu tak samozřejmě chápu že to je, že ta doba si to teďka žádá, že ten výzkum si to teď žádá, že to je první krok. Ale oni tam hlavně mluví o nějakém léčení fyzického těla, nebo nějakých duchovních nemocí to je vlastně i takové hlavní téma vlastně takový oficiální úroveň proč se to vlastně dělá ale já v tom vidím ještě mnohem víc důležitějšího a souvisí to i s tou první zkušeností kterou jsem měl na psychedelikách a i s řadou dalšíma že prostě jsem zažíval stavy, kdy to vědomí bylo úplně jinde, kde jsem byl zároveň sám sebou a zároveň jako bych to důvěrně znal a zároveň to jsem nevěděl o co jde ale bylo to něco jakoby, jak to nazvat, zpočátku to bylo jakoby získal nějaké nadpřirozené schopnosti a je to vlastně posunutí do těch možností do těch schopností který přirozeně máme ale už jsme je vlastně ztratili nebo zapoměli a tady to mě právě vždy nejvíce fascinovalo a ono je to vlastně všechno se to dá shrnout do jednoho rámce ale podle mě když se člověk dostane do toho stavu vědomí do toho rozšířeného stavu vědomí, kde si tady ty věci uvědomuje tak už to samo o sobě je léčivý a vlastně je jedno co tím ten člověk potom už léčí protože už tam je tak obrovská inteligence která, která je samozřejmě v nás ale která i samozřejmě přichází jakoby v uvozovkách zvenčí nebo zevnitř nebo skrz ty rostlinné průvodce skrz ty psychedelika například, která řídí ten proces samoléčení a jsme schopni si na tom vyléčit nebo vyřešit úplně cokoliv. A teď nevím jestli, těžko říct co je primární a co je sekundární ale já jsem vždycky v tom viděl to, že ty psychedelika jsou tady částečně proto aby nás mohly povznést, cítil jsem že je to součást evoluce, že je to součást člověka, že je to součást rozvoje lidství. Že to není jen taková, že to není jakoby jenom prášek který si vezmeme a

něco nám vyléčí, ale že to je obrovská věc která nám tady pomáhá a posouvá nás do nějakého úplně jiného bytí, do jiné formy života nebo vědomí, takže v tohle věřím, nebo ani nevěřím protože vím že se to tak děje. A samozřejmě že tady to nejde do jisté míry popsat nějakou takovou tradiční formou takže chápu že ty výzkumy se zaměřují na tyhle věci který jsou jakoby popsateľný ale pořád je to samozřejmě je tam ještě prostor protože jakmile se tím začne více zabývata jakmile se na to poukáže víc a bude to oficiálně poznané či používané tak potom nastoupí další fáze toho že vlastně si lidi uvědomí že tam je ještě mnohem víc v tom, pokud si to teda ještě neuvědomili. Protože si myslím že ať už má kdokoliv jakoukoliv zkušenost s tím psychedelikem tak vždycky tam cítí něco, něco v tomhleto smyslu, něco víc. Něco co třeba nedokážu ještě popsat ale postupně se to otvírá. Takže věřím že to pomáhá na vzestupu lidstva i celý planety.

M: V čem vnímáš hlavní terapeutické přínosy té psychedelické zkušenosti
J: No jednak je to řekl bych je to otevření se vůči té léčbě, vůči sám sobě, což je důležité protože to se většinou v tradiční léčbě či medicíně neděje. V tradiční medicíně prostě dostaneme prášek a nikdo se nezajímá o to jestli nás nic netrápí nebo co v jakém stavu jsme nebo jak žijeme. Máme nějaký problém a na to je prostě podle nějaký tabulky předepsaná medicína. A tady v tom případě to takhle nemůže fungovat, protože jednak je ta medicína univerzální co se týče těch psychedelik ale jednak ať chceme nebo nechceme tak to toho člověka otvírá a ten člověk jak se otevře tak si začne sám uvědomovat co dělá, jak žije, kde ten problém může být, který má. A zároveň i my jako terapeuti můžeme jasně vidět vidět o co jde protože se to tam víc vyjevuje na světlo, ten člověk, ta terapie během toho co probíhá tak nám vlastně ukazuje ty věci, nás směřuje tam kam je potřeba a to nám vlastně usnadňuje tu léčbu. Takže vlastně to částečně pracuje za nás ta inteligence, což je taky další věc že, neříkám že nemusíme nic umět, že se nemusíme nic učit, to samozřejmě určitě určitým způsobem potřeba je ale do jisté míry je ten terapeut čistý, žije v srdci a ví co dělá tak i kdyby vlastně neměl žádný znalosti z tý medicíny nebo z toho problému co ten pacient řeší tak ta inteligence tý medicíny a toho procesu nás navede sama. A teď to říkám jen nějaký jako teoretický příklad samozřejmě ale je to vlastně takový pomocník to psychedelikum samo o sobě je vlastně nějaký lékař kterež vlastně převyšuje vlastně mysl která tady na světě je, takže z toho hlediska je to taky přínos bych řekl. Protože vlastně jsme schopný řešit problémy které jsme nikdy předtím nevyřešili, nebo neřešili a nebo o kterých vlastně ani nic nevíme protože to nám to pomůže odhalit ty věci takový jaký jsou.

M: Co teďka myslíš konkrétně?

J: Když dám třeba úplně jednodušeji příklad, tak třeba když přijde na terapii někdo a řekne mi nějaký problém který jsem nikdy předtím neřešil ani s nikým ani sám v sobě a vlastně nevím jak pomoci teoreticky, v té myšlenkový formě, ale jakmile se začne něco dít, jakmile se spustí nějaký proces tak najednou mě i jemu se začnou dostávat odpovědi na to, vlastně o co jde a jak to je to možný řešit a je to takovej automatickej proces který vede k tomu aby se to vyléčilo pokud je to potřeba nebo aby se k tomu alespoň přiblížilo.

M: Další otázka je, jaké vnímáš riziko u samotné psychedelické zkušenosti.

J: To samozřejmě záleží i na tom jaká látka se použije, protože je jasné že nějaké látky jsou v uvozovkách rizikovější a nějaké jsou méně rizikové a záleží také na situaci. Rozhodně hlavní věc v té zkušenosti nebo terapii je set a setting. To je úplně jasný, a je to nastavení toho prostoru a nastavení toho pacienta, to jsou dvě věci ale řekněme že na straně toho pacienta. Ale samozřejmě velký nebezpečí může být v tom terapeutovi který tu ceremonii vede nebo tu psychedelickou zkušenost. A ten sám v sobě musí vědět co dělá, musí být vyrovnaný a pokud možno asi je důležitá ta vyrovnanost hlavně, protože jde o to aby nepřenašel na toho pacienta nic z něj aby ho to ještě neovlivnilo negativně nebo aby ho nevedl špatnou cestou aby mu nenadělal více problémů než ten pacient má. Ze strany toho pacienta je to set a setting a ze strany terapeuta je to ten setting to jaký on je aby tu terapii nenarušil či neohrozil, to jsou asi největší rizika bych řekl. Potom další věc je pak dávkování nebo užití vhodné látky což také záleží a je to individuální ale je to taky na tom terapeutovi a podle toho jaký má zkušenosti a jak umí s medicínou pracovat. Další věc je taky ta určitě aby ten terapeut měl s tou danou medicínou dostatek zkušeností na to aby věděl že je schopnej tomu pacientu poskytnout všechno co bude potřebovat a že do toho nevstoupí nějakým svým, nějakou svou nezkušeností či nedbalostí.

M: Jaké jsou požadavky na toho terapeuta samotného podle tebe?

J: Pokud pracuje s nějakou psychedelickou látkou tak to, aby s ní měl sám zkušenosti, dostatek zkušeností aby věděl co jaký ten potenciál ta látka má, jaký jsou rizika, jak fyzický tak psychický. Dál je to řekněme psychická forma toho terapeuta, a jak už jsem řekl aby byl hlavně vyrovnaný, aby měl ty věci měl všechny ty věci srovnány. Aby byl aby neřešil během té sese prostě nějaký vlastní problémy sám se sebou nebo aby si nevnašedl do toho něco ze sebe, aby to bylo v čistotě, aby se mohl plně odevzdat tomu

pacientovi který tam řeší tu věc. --. A Určitě nějaký dostatek osobních zkušeností, i když je to docela tady to těžko formálně uchopitelné.

M: Myslíš teďka psychedelických nebo osobních zkušeností.

J: Myslím tím psychedelických, ale tak psychedelický jsou taky osobní.

M: Já jen jestli jsi myslel že třeba musí mít něco vystudováno, něco zažito. Nebo jestli se bavíme o psychedelických.

J: Asi ne no, tady to právě je docela takový těžko uchopitelný z hlediska toho vzdělání protože to není o rozumu ale tady je to o srdci a i to by mělo vést ty pacienty k tomu kým oni se nechají léčit oni sami by měli cítit jestli chtěou od toho člověka pomoci, jestli jim přijde příjemný, jestli je pro ně vhodný, jestli to tak cítí že prostě by s ním rádi měli tady tuto zkušenost rádi by se mu vlastně určitým způsobem odevzdali a to je podle mě stežejní a potom nezáleží na tom jestli kolik má ten člověk nebo ten terapeut diplomů a kolik má zkušeností, ale, samozřejmě že je to odvislé od té zkušenosti ale někdo může mít zkušenosti s tím 20 let a motat se kolem toho stejného, protože prostě se neposune z nějakého důvodu svého osobního nebo se nějak blokuje a někdo s tím může pracovat pár let a může to být mnohem příjemnější práce.

M: Další otázka je jaký je vliv záměru, očekávání, setu a settingu na změněný stav.

J: No určitě je to zásadní. Ten záměr vlastně formuje to, kam se budeme pohybovat v té sesi, během té terapie. To pomáhá navádět jak toho pacienta tak toho terapeuta tím směrem, kam chtěou jít. Na druhou stranu je potřeba s tím být trochu opatrný, protože to může celý ten záměr, který si představujeme v tom racionálu tak může být dost omezený a jakmile se začne ta terapie, tak se z toho záměru s tím hlubším vhladem, nebo objektivnějším vhladem – nadhledem se může stát úplně jiná věc, která s tím více méně souvisí, ale tím jak se objeví ta věc, která je nad tím vším, tak už se potom neřeší. Je to jen záměr, ale je potřeba vyřešit tu věc, která je nám ukázána. A to souvisí s tím co jsem taky podotkl, že ta psychedelická terapie funguje trochu jako autopilot který nás řídí a ukazuje nám co je třeba vyřešit. A taky je někdy možné, že se stane to, že i když tam ten záměr máme tak na tu konkrétní věc není čas a je potřeba vyřešit prvně něco jiného. Takže se ten záměr automaticky odkloní na řešení jiné věci, která je potřeba vyřešit předtím, abysme jsme se dostali potom k tomu záměru, který chce řešit ten pacient.

M: Takže jestli si to správně představuji, tak vy pracujete s nějakým záměrem ale vynoří se ještě něco jiného.

J: Může se vynořit.

M: A tak si i vlastně popisoval tu předchozí, že se občas se tam vytvoří nějaké nové věci. Napadá tě něco konkrétního, abych si to představil?

J: Nenapadá, ale mohl bych to nějak upřesnit, nebo blíže specifikovat. Já si to představuji tak, že když ten pacient řeší nějakou nemoc, kterou má a je zaměřený jenom na to řešení té nemoci ale už si vůbec neuvědomuje, že dělá něco psychicky, že má nějaký vzorec, nebo se chová, žije podle nějakého vzorce, který si neuvědomuje a který tu nemoc způsobuje, takže vlastně na první pohled by se mohlo zdát, že když se ten terapeut odkloní k tomu co on dělá v běžném životě, k tomu nějakému vzorci nebo omezení které se dává takže to je úplně mimo tu nemoc, takže neřešíme nemoc ale úplně jinou věc v té psychice. Ale potom se nakonec objeví to, že tady je to celý základ pro to, že to způsobuje to nemoc. Takže je v pořádku, že se vyřeší ten základ, podloží a jakmile se vyřeší to podloží/podhoubí tak se potom automaticky spraví ty další problémy, nejen ta nemoc ale i ten život se změní. Takže to se dostáváme k tomu očekávání, řekl bych že je možná dobré mít očekávání, ale nelpět na něm. Mít otevřenou mysl a nechat se vést. A to očekávání si myslím, že pokud není kladený velký důraz tak může tu sesi trochu zdeformovat, pokazit, když se ten člověk chce věnovat urputně nějaké věci tak pak přehlídí třeba další věci, které se ukazují. Takže je třeba tomu být otevřený.

M: Takže ty osobně vnímáš rozdíl mezi záměrem a očekávání z toho co teď říkáš.

J: Ano, určitě.

M: Jaký je proces psychedelického zážitku?

J: Řeknu to tak jak to cítím, že by to mělo být a tak jak to dělám. V první řadě je tam určitě příprava a to příprava nejen těsně před tím zážitkem, před tou terapií, ale řekněme i dny, týdny předtím, kdy si terapeut a pacient upřesní s čím budou pracovat, jak to bude probíhat, jaké jsou řekněme rizika a kontraindikace, jak se na to připravit a co od toho očekávat. Řekl bych, že ta příprava může být esenciální, samozřejmě záleží na tom s čím pracujeme. Čím více se na to ten pacient připraví, tak tím hlouběji, nebo neomezeněji je možné do toho jít. A může to předejít zbytečným problémům. Potom další krok je pak v den a před tím terapeutickým sezením tak tam je nějaké upřesnění, domluva, co se bude dít, jak se bude dít, přibližné načasování jak to bude probíhat. Domluvení si pravidel, pro to aby se zajistilo bezpečí, nastavení si toho settingu, to znamená příjemné prostředí, které nerušení, žádné okolní vlivy. S tím setem je třeba taky pracovat, ale těžko se z nějakého vystresovaného člověka stane člověk který je v pohodě, takže to souvisí s tou dlouhodobou přípravou takže bych řekl že set je záležitostí toho prvního bodu. Těsně předtím než to

začně tak bych tam viděl, nebo mi přijde úctyhodné provést nějakou motlitbu, zaměřit se přímo na to do sebe, uklidnit se. Možná nějakou meditaci, připravit si proctor tak, aby to probíhalo v řeknětě posvátném duchu. Nerad bych odděloval tuto posvátnost, která nad tím je od té formy, která se děje, takže jakoby přijde mi to vhodné takhle to udělat a samozřejmě v rámci možností a v rámci toho, jak to ten pacient vidí nebo čemu věří. Zkrátka tak nějak poprosit a poděkovat za to, že se to děje. Další faze je to požití a zase. Během to požití I po řeknětě ta doba, kterou vezmeme než ta látka začne účinkovat a která se liší podle látky, tak buďto vest to vkladu, možná meditací, nebo muzikoterapií, pustit hudbu nebo používat hudbu, aby se ten pacient naladil na to co přichází I s tím terapeutem. Potom je to individuální, takže bych to nechal I na pacientovi jestli chce klid, nebo jestli si chce povídat, nebo bude chtít hudbu. No a další faze je to, že ta látka začne fungovat a účinkovat. Takže to záleží od toho co chce řešit, ale ono to začne automaticky vyplouvat napovrch. Co se děje, co se bude dít a jakým způsobem se to bude směřovat, ale určitě je pak namístě hodně pokládat otázky a nechat se vest vlastně tím procesem tak, aby se vyjevilo a očistilo všechno co je potřeba, zvědomit co je potřeba si tam vyčistit nebo na co přijít během toho procesu. V té práci kterou dělám já je zvykem energetická práce, která souvisí s tou muzikoterapií ale souvisí taky s energetickým léčením, takže během té terapie, když je to potřeba tak toho pacienta podpořím I nějakým léčením, které se do určité míry spouští samo a pokud je třeba ještě během toho procesu jít hloubš nebo řešit něco, řeknětě energeticky. Takže je to takhle propleteno tady tím vším. Jakmile se to všechno nějak vyřeší tak potom následuje nějaké ukončení, integrace. Je potřeba si to zrekapitulovat a integrovat všechno co se prožilo, aby všechno vyšlo na pravou míru, aby pokud možno nic nebo minimum zůstalo nepochopeno aby si z toho ten pacient odnesl nejvíce co může. Další věc je zabezpečit to, aby se ten pacient vrátil do toho původního stavu vědomí, nebo minimálně do stavu vědomí, kde bude plně vědom sám sebe a bude schopen sám fungovat, bez další pomoci. Což je ruku v ruce s tou integrací, protože ten zážitek může být tak silný že to může vzít nějakou dobu než se ten pacient vrátí zpátky do této reality a je schopen začít fungovat. A to je dost různé, co se týče času to záleží dost na té zkušenosti, co se děje. A samozřejmě na možnostech toho prostoru, jaké jsou. Ale je to samozřejmě jedna z nejdůležitějších částí, to ukončení, ta integrace. A s tím ukončením souvisí to vrátit do sebe, poděkovat za to, ukončit vlastně tu sesi oficiálně nějakým způsobem. A to je asi tak všechno. Potom samozřejmě z dalšího časového horizontu je dobré udělat nějaké zpětné vazby, třeba v nějakém vhodném časovém období se zase spojit a získat nějakou zpětnou vazbu, jak se ten pacient cítí, jestli to splňuje jeho očekávání

(hh,očekávání) jestli se cítí dobře, jestli nemá žádné další problémy které je třeba řešit. A vlastně vzít si z toho I ponaučení, díky tomu. To je asi tak zhruba všechno

M: Jak probíhá příprava a integrace zkušenosti? Jen pokud tě napadá ještě něco co nebylo řečeno

J: No určitě se to skládá z nějakého sdílení toho, co ten člověk prožil a co cítí, že by rád nějakým způsobem ještě prodiskutoval, co cítí že potřebuje dostat ještě ven, což může souviset I s tím, že se během toho doplní nějaká další léčba, to znamená že se mu předají nějaké další vědomosti, upřesní se nějaké věci, případně tam může proběhnout případně další nějaká terapie v podobě energetické práce. Další věc je ještě integrovat ten zážitek do běžného života. Hlavně pokud ten člověk má ten zážitek poprvé v životě, tak může být zmatený protože zažije něco, co nikdy předtím nezažil. Zažije úplně novou sféru nebo strukturu reality, případně může zažít. A to ho může hodně zmást, takže je dobré uvést na pravou míru o co se jednalo, kde se pohyboval, pokud je to vůbec možné a uklidnit ho případně, pokud je potřeba.

M: Co myslíš teď ten popis toho v čem byl?

J: Samozřejmě jsme schopni do určité míry dohlédnout co zažívá, ale je to jenom male procento z toho protože vlastně nikdy nevíme co se uvnitř toho člověka děje. I když můžeme být do jisté míry jasnovidný nebo mít tyhle schopnosti takže je stejně důležitá ta zpětná vazba, ta osobní zkušenost takhle vyřčená, protože ta upřesní ještě více ty věci do detail a pak s tím třeba dale pracovat do té míry do které je potřeba. A je důležité to ujištění, že ten člověk je schopný se plnohodnotně vrátit zpátky na zem do normálního života. A žádným způsobem si neublížit nebo neublížit někomu jinému třeba, což samozřejmě si myslím, že nejsme schopni 100% dohlédnout aby to tak bylo. To je jeho zodpovědnost, samozřejmě je to zodpovědnost obou ale nevím jestli vůbec existuje nějaký způsob jak toto celé podchytit. Protože přece jen je to individuální zážitek a ten nikdy nejsme schopni vidět tak, jak se to stalo v tom člověku. Ale je potřeba udělat všechno proto, aby to proběhlo v souladu a v harmonii.

M: Jaká jsou rizika či kontraindikace a je někdo s kým by nepracoval z tohoto důvodu?

J: Tady v tom případě záleží dost na tom jakou látku s tím člověkem užiju a ty kontraindikace jsou samozřejmě zdravotní problémy, hlavně asi bych nejvíce vypíchl nemoci srdce a potom psychické problémy, nějaké psychózy od schizofreni, což jsou nejtěžnější věci a v tomhle případě bych asi odmítl s nimi pracovat, pokud by mi řekli tuto diagnostiku. Ale na druhou stranu existují I psychedelické látky, které by šly I v tomto

případě použít, ale nevidím důvod proč bych používal psychedelika když bych mohl použít klasickou terapii která nijak výrazně nemění stavy vědomí a je schopná pokrýt dost věcí, takže bych o těch fyzických či psychických problémech které jsou závažnější využil tu klasickou formu.

M: A to je vlastně odpověď na to s kým by jsi nepracoval v rámci té psychedelické zkušenosti, protože jsi řekl že bys navrhl tu klasickou terapii. Napadá tě ještě něco co by jsi chtěl říct?

J: Řečeno už bylo tak nějak všechno ale jak už jsem na to trošku narážel, tak mi přijde že vidím pořád ještě takový trošku ne úplný rozpor, ale takovou neusazenost v tom, že vlastně je to úplně jiná forma práce a léčby. Je to forma která nejde rozumem úplně pojmout. V dnešní úrovni vědomí, v dnešní úrovni světátam může být I to riziko, tam to riziko I pořád je a kolem toho se ten výzkum motá a ty problémy s těma zákazama a podobně, protože ta oficiální věda nebo medicína to není schopná tímto způsobem pokrýt, to jsou věci, které se týkají prostě duchovních sfér, řekněme že se týkají I srdce z toho psychického pohledu. A dokad' se tady to celé neintegruje v tom světovém paradigmatu tak si myslím, že tam mohou pořád nastávat problémy, ale jakmile se to nějakým způsobem podaří, což si nejsem jistý jestli půjde to současné paradigma nějakým způsobem ohnout, protože prostě je jinak nastavené, myslím si spíše že se bude muset spíše podvolit nebo úplně změnit a jakmile se to stane tak to možné bude. Ale v tom vidím takový rozdíl a souvisí to taky s tou formou té psychedelické terapie a s tou uchopitelností toho všeho, protože je to úplně jiný druh práce než standartní medicína. Spoustu věcí nejsme schopni z normální úrovni vědomí dohlédnout. A vlastně nemůžeme vůbec v tomto případě nějakým způsobem toto soudit rozumově. Je to všechno hodně subjektivní. Ale jsem přesvědčený o tom, že je to vlastně forma na jakoukoliv nemoc, forma..je to lék na jakoukoliv nemoc, medicína která je univerzální a můžeme jí použít úplně všude, pokud je podávána ve správném přístupu s respektem a může toho změnit hodně, protože je to vlastně práce ne s tou látkou ale s námi samými, s našim podvědomím, s našim pravým já a objevujeme tím vlastně sami sebe a skrz to se můžeme vyléčit. Nebo né vyléčit, ale uzdravit.

Příloha 5 Ukázka analýzy – vynořující se témata s tématy nadřazenými – Kryštof

1	Rizika	Aspekty procesu práce	Hodnoty terapeuta
2	Riziko - Ego-trip (6.24)	Fáze utrpení (3.18)	Terapeutický potenciál (2.5)
3	Rizika - zdraví, doržení příprav (7.12)	Set a setting (4.39)	Cíl - integrovaná osobost (2.28)
4	Rizika - disbalanc (7.19)	Integrace (7.4)	Zážitek - terapeutický potenciál (2.32)
5	Riziko - nedostatečná příprava (3.2)	Přenos (1.24)	Grof - katalyzátor (2.21)
6	Riziko - nepřítomnost terapeuta (3.8)	Práce s pozorostí (4.10)	Nástroj sebereflexe (1.24)
7	Riziko - spiritální bypass (3.13)	Očekávání a záměr (4.17)	Bio-psycho-spirituální model (2.7)
8	Rizika - práce snemocnými (7.23)	Vynořující se obsahy (4.23)	Samostatnost a nezávislost klienta (6.18)
9		Rizika očekávání (4.27)	Poskytnutí materiálu pro další práci (2.23)
10		Další práce po zážitku (4.34)	Přínos - poznání, rozuzlení (1.40)
11			
12			
13	Požadavky na klienta	Požadavky na terapeuta	Zkušenosti a motivace
14	Nutnost reflexe života (3.23)	Příprava celého procesu (3.38)	Metafora - bio-psycho-spirit (2.10)
15	Příprava - fyzická-mentální-emocionální-spirit	Moc terapeuta (3.41)	Motivace - potenciál látek (1.19)
16	Fyzická příprava (5.32)	Zneužití látek (6.41)	Motivace - ovlivnění setu a settingu (1.22)
17	Příprava - pozornost, meditace, deník (5.42)	Zkušenost pro terapeuta (2.37)	Motivace - služba ostatním (1.26)
18	Příprava - aktuální problémy (6.1)	Etika terapeuta vs tradice (6.10)	Zkušenost z vlastní rodiny (1.28)
19	Důležitost důvěry a bezpečí (1.34)	Nutnost další práce na sobě (4.1)	Vlastní zkušenost - různý S&S (4.42)
20		Spolupráce s dalšími terapeuty (4.3)	Vlastní zkušenost - vývoj a oscilace (1.6)
21		Další metody práce (4.5)	Práce jako mentoring, koučink (7.26)
22		Hranice při práci (3.35)	
23		Podmínky - práce s radostí (3.34)	
24		Role terapeuta - integrace (6.27)	
25		Požadavky - empatie, intuice (6.34)	
26		Proměnné určující průběh procesu (5.9)	
27		Projevy před a po procesu (5.14)	
28		Vážnost a úcta k procesu (6.7)	
29			

Příloha 6 Ukázka analýzy – vynořující se témata s tématy nadřazenými – Kristýna

1	Práce s psychedeliky	Požadavky	
2	Povolání (1.4)	Náročnost na pozornost sittera (1.20)	
3	Proměnné (2.2)	Nároky na terapeuta (4.34)	
4	Výzkumný setting (2.5)	Požadavek na výcvik a praxi (5.38)	
5	Přítomnost sitterů (2.8)	Požadavek - krizová intervence (5.43)	
6	Pocit bezpečí (2.9)	Definice sittera (6.4)	
7	Integrace (3.46)	Vědomá přítomnost (2.11)	
8	Poskytnutí bezpečí (4.11)	Možnost sdílení (2.16)	
9	Vliv setu a settingu (6.10)	Vztah terapeuta a klienta (8.15)	
10	Kontrakt (6.19)	Výcvik v MDMA terapii (2.43)	
11	Ztráta kontroly (6.35)		
12	Integrace (7.3)	Potenciál psychedelik	
13	Spoluvytváření settingu (2.35)	Facilitace růstu člověka a psychoterapie (1.10)	
14	Hudba (7.19)	Zrychlený průběh (1.28)	
15	Edukace (7.22)	Rychlé procesy (1.18)	
16	Prostor pro integraci (7.31)	Inteligence psychedelik (1.35)	
17	Využití technik terapie (7.36)	Dobře zvládnutá práce - smyslplná (1.45)	
18	Práce s očekáváním a záměrem (7.7)	Odžití traumatu (3.6)	
19	Seznámením s příběhem klienta (7.13)	Transformační zážitek (3.40)	
20		Rozpuštění ega (3.42)	
21	Názory na psychedelika	Bez integrace jen hezká vzpomínka (4.5)	
22	Osobní zkušenost upevňuje přesvědčení	Přístup k nepřístupným obsahům (4.27)	
23	Vyjímečné setkání (1.15)	Přenos, protipřenos (4.29)	
24	Intimita práce (1.23)	Touha po sebepřesahu (4.42)	
25	Bezbrannost klienta (1.32)	Pocity posvátnosti (2.30)	
26	Vlastní zkušenost - zvědavost (1.38)		
27	Vlastní zkušenost - nesdělitelost (1.40)	Rizika	
28	Psychedelika a psychoterapie (3.31)	Odpojenost od pocitů (3.18)	
29	Léčí látka, ne terapeut (4.14)	Riziko - kombinace (5.6)	
30	Člověk se léčí sám (4.20)	Riziko - "léčba" psychózy (5.9)	
31	Látka pomáhá vytvářet náhled (2.19)	Riziko - všelék (5.18)	
32	Přehodnocení vztahů (2.22)	Riziko - spirituální bypass (5.20)	
33	Látka - terapeutka, "autopilot" (2.27)	Riziko - PTSD, trauma (5.26)	
34	Práce s traumatem (3.1)	Dlouhodobá práce (8.11)	
35		Medikace (8.13)	
36		Riziko - psychóza, schizofrenie (7.41)	
37		Riziko - porucha osobnosti (8.4)	
38		Trauma (8.7)	
39			