Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

PSYCHOTERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ TECHNIK ROZŠIŘUJÍCÍCH VĚDOMÍ

TECHNIQUES OF ALTERATED STATES OF CONSCIOUSNESS AND ITS THERAPEUTIC USE

BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Linda Pospíšilová el Karibová

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Rumlerová

Olomouc

2021

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Psychoterapeutické využití technik rozšiřujících vědomí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne …….. Podpis ……

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce za preciznost a trpělivost, se kterou mě dovedla až do konce mé práce. Děkuji i všem respondentům, kteří se mnou sdíleli toto téma a ochotně, otevřeně a zcela nezištně mi poskytli veškeré cenné informace nezbytné pro tuto práci. Děkuji i své rodině za to, že se mnou zůstala při i po psaní této práce.

Obsah

Úvod 7

Teoretická část 9

1 Vymezení problému vědomí 10

1.1 Vývoj zkoumání vědomí v psychologii 10

1.2 Termíny spojené s vědomím 12

1.3 Poruchy vědomí 13

1.4 Definice rozšířených stavů vědomí 15

1.5 Mozkové koreláty změněných stavů vědomí 16

2 Práce s rozšířenými stavy vědomí 18

2.1 Transpersonální psychologie 19

2.2 Holotropní dýchání 21

2.3 Práce s psychedeliky 22

2.4 Využití v psychoterapii 24

2.4.1 Využití psychedelik v psychoterapii v České republice 27

2.5 Vliv psychedelik na osobnost 28

2.5.1 Vztah halucinogenů a ega 32

2.6 Využití psylocibinu, ketaminu a MDMA při léčbě psychických onemocnění 33

2.6.1 Psylocibin a deprese 34

2.6.2 MDMA a posttraumatická stresová porucha 35

2.6.3 Ketamin a resistentní deprese 35

2.6.4 Psylocibin: strach ze smrti, závislosti 36

2.7 Práce s rozšířenými stavy vědomí při náboženských rituálech 37

2.7.1 Letniční hnutí, Santo Daime 37

3 Úskalí práce s rozšířenými stavy vědomí v rámci psychoterapeutické praxe 39

3.1 Zneužití psychedelik 40

3.2 Rizikové skupiny 43

3.2.1 Vyloučená kategorie 45

3.2.2 Role terapeuta/provázejícího ... 46
Výzkumná část ... 48
4 Výzkumný problém ... 49
4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky ... 50
5 Popis metodologického rámce ... 51
5.1 Typ výzkumu ... 51
5.2 Design výzkumu a tvorba dat ... 51
5.3 Výzkumný soubor ... 53
5.4 Metody zpracování a analýzy dat ... 54
5.5 Etické problémy a způsob jejich řešení ... 55
6 Výsledky výzkumu ... 57
6.1 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 1 ... 57
6.1.1 Vzdělání ... 58
6.1.2 Osobnostní charakteristiky a dovednosti ... 59
6.1.3 Sebezkušenost ... 60
6.2 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 2 ... 61
6.2.1 Účinnost ... 62
6.2.2 Úzkosti, deprese ... 62
6.2.3 Sebepoznání, kvalita života ... 62
6.2.4 Terminální stavy ... 63
6.2.5 Traumata ... 63
6.2.6 Závislosti ... 64
6.2.7 Anorexie, autismus ... 64
6.2.8 Vztahy v kategoriích dle výzkumné otázky č. 1 a č. 2 ... 65
6.3 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 3 ... 65
6.3.1 Výběr ... 66
6.3.2 Přístup ... 67
6.4 Analýza výzkumného cíle dle výzkumné otázky č. 4 a č.5 ... 68
6.4.1 Rizika klient ... 68

6.4.2 Rizika terapeut/provázející 70
6.4.3 Vztahy v kategoriích dle výzkumné otázky č. 3, č. 4, č. 5 72
7 Diskuze 73
7.1 Limity výzkumu 78
7.2 Využitelnost výsledků 79
8 Závěry 80
9 Souhrn 81
Seznam použitých zdrojů a literatury 85
Přílohy 96

Úvod

Psychoterapeutické využití psychedelik a práci se změněnými stavy vědomí považuji za oblast, kde je stále co nacházet. V současné době zaznamenávám rostoucí počet výzkumů a považuji to za skvělou příležitost seznámit se s některými výzkumy a pokusit se uchopit možnosti jejich využití v psychoterapeutické praxi.

Fascinující jsou výzkumy zabývající se působením psychedelik na jednotlivé části mozku a zároveň propojení těchto informací se znalostmi o „sídlech“ duševních nemocí. Tímto směrem se vydávají výzkumy zaměřené na psychedelika, a to by nám mohlo přinést odpovědi o mechanismu jejich působení, či vhodné indikaci.

Cílem této práce je nejprve uchopit vybrané pojmy spojené s vědomím, rozšířenými stavy vědomí a mozkovými koreláty těchto rozšířených stavů. Následně se pak zaměřím na práce s rozšířenými stavy vědomí a vybrané techniky, kterými lze tyto stavy vyvolat. V práci s těmito stavy je spatřován terapeutický potenciál, a proto jim věnuji samostatnou kapitolu. V další části pak popisuji příklady terapeutického využití psychedelik a rozšířených stavů vědomí jako takových. Zaměřuji se na příklady vybraných studií jak v Čechách, tak v zahraničí s tím, že cílem není zobecnit jejich výstupy, ale spíše popsat některá zjištění, která považuji za přínosná z hlediska možnosti jejich využití v psychoterapeutické praxi. V další části se pak zaměřím na rizika, která se při využití psychedelik objevují, a na roli terapeuta[1].

Tématem výzkumné části je psychoterapeutické využití psychedelik a rozšířených stavů vědomí obecně. Tato část vychází z praxe psychoterapeutů, průvodců, kteří se zaměřují na práci s klienty v kontextu rozšířených stavů vědomí. Práce se ptá na to, zda existují kritéria výběru klienta. V souvislosti s prací s klientem pak otázkami zabývajícími se tím, jací jejich klienti jsou, s jakými tématy přicházejí a jaká jsou jejich očekávání. Závěrem pak bude i zhodnocení toho, jaká rizika

[1] V této práci volím terminologii terapeut, nicméně pro účely této práce termín v širším pojetí zahrnuje jak terapeuty s příslušným vzděláním, výcvikem, tak osoby provázející.

terapeuti/průvodci v práci s klienty spatřují, a zda existují nějaká kritéria jejich výběru.

Teoretická část

1 Vymezení problému vědomí

Cílem této kapitoly je ohlédnout se stručně za historií zájmu o vědomí v psychologii, vymezení základních pojmů, které jsou s vědomím spojeny. Cílem je uchopit vědomí jako jakýsi referenční rámec, pomocí něhož se lze zabývat i tím, co se skrývá za ním.

V návaznosti na to bych se chtěla zaměřit na definici změněných či rozšířených stavů vědomí a to, jakým způsobem je s uvedeným termínem zacházeno. Co se považuje za rozšířené stavy vědomí a jaké jsou pohledy na tuto problematiku. Poté se budu věnovat mozkovým korelátům, které by mohly s rozšířeným vědomím souviset.

1.1 Vývoj zkoumání vědomí v psychologii

V 19. století byly vědomé zážitky předmětem zájmu psychologie. Hledání elementů vědomí pomocí metody introspekce bylo využíváno u Wundta (Plháková, 2017). Wundt (1969) zdůrazňuje, že experimentální metoda pouhým objektivním sledováním ztrácí svoji cennou složku, a to nástroj introspekce. Introspekce je dle Wundta jediným nástrojem, jakým lze sledovat vnitřní prožitky a zkoumat tak vědomí. Nicméně pod tíhou behaviorismu došlo následně k odklonu od využití metody introspekce, která byla považována za subjektivní, nevědeckou, jež nelze nijak ověřovat, a na základě toho došlo i k ústupu od zkoumání tohoto fenoménu (Plháková, 2017).

Téma vědomí, přetrvávalo například u psychoanalytické psychologie, kde bylo vědomí zkoumáno ve vztahu k nevědomým procesům, které do značně míry vědomí determinují (Plháková, 2017). S příchodem humanistické a kognitivní psychologie se vědomí stává centrem lidské zkušenosti. Humanisté kladou důraz na to, že člověk má možnost svobodné volby a cíleného jednání. Deklarují, že

vědomí sebe sama, uvědomování si sebe sama je základní složkou lidské zkušenosti (Hoskovec, Nakonečný, & Sedláková, 2002). Bugental, dříve než hnutí mindfulness zdůrazňoval léčivý účinek uvědomění si sebe sama tady a teď (Bugental 1965, in Bradford 2011).

Walsh (1976) u uvědomování si sebe sama v kontextu psychoterapie přichází s následujícím zjištěním. Tvrdí, že obranné mechanismy fungují tak, že oslabují vědomí tady a teď. Cílem těchto obran je udržet nás spát. Udržuje nás tak v odstupu od situace/stavu, jíž se obáváme. Plně si tak neuvědomujeme situaci/stav/pocit, v němž se nacházíme. Nicméně k tomu, aby u jedince došlo ke změně v přístupu k situaci/stavu/pocitu, jehož se obává, je potřeba uvědomit si naplno tuto situaci/stav/pocit. To, co, prožíváme, tady a teď, to, co se dostane k nám, k našemu vědomí, je tím, co lze změnit (Walsh, 1976). Humanistická psychologie v 60. letech sice přivedla zájem zpět k introspekci a vědomí, nicméně závěry nebyly doloženy žádnými systematickými výzkumy (Plháková, 2017).

S příchodem kognitivní psychologie se vědomí a s ním spojené procesy dostaly na výsluní vědy. Kognitivní psychologie se zaměřila na zpracování informací a s tím související vědomí. Od 70. let jsou publikovány o vědomí řady studií. Zájem o vědomí se probouzí i v neurovědách, matematice, fyzice apod. Interdisciplinárním propojením se stává neurověda. Zaměřuje se na propojení mentálních reprezentací a mozku. Pomocí moderních zobrazovacích metod se studuje to, jakým způsobem mozek pracuje (Held, Gottfried, Knauff, & Vosgerau, 2006). Pomocí fMRE například zkoumá, ve kterých oblastech mozku dochází k aktivaci oproti předchozímu stavu během řešení kognitivních úkolů. Teorie mentálních modelů předpokládá, že mentální modely jsou zpracovávány v oblastech, kde dochází ke zpracování vizuálně prostorových informací. Někdy dochází ještě k zapojení oblastí v mozku souvisejících s jazykem (Held et al., 2006).

1.2 Termíny spojené s vědomím

W.James definoval vědomí jako spojitý proud psychických zážitků Pokud je přerušen například spánkem, je umožněno se na tento proud opět napojit (James, 1950), protože je vlastní subjektu, který ho prožívá. Mandler (2002) definuje vědomí jako kontinuum zahrnující jak jednoduché smyslové prožitky, tak složité kognitivní konstrukty, schémata, která se dostanou do vědomí. Toto kontinuum, tvrdí Mandler (tamtéž), zahrnuje spontánně se objevující mentální prožitky, vyhledávání v paměti, řešení problémů. Vědomí je v jeho pojetí nezávislou modalitou, která závisí na tom, jakým úkolům jedinec čelí, čemu věnuje hlavní pozornost. Rozlišuje vědomí, pozornost jako takovou a krátkodobou paměť, která informace pouze uskladňuje a vyvolává. Vědomí je stavem, strukturou. A vybrané procesy a operace působí na tyto struktury, které vytváří obsahy vědomí. Jeho kapacita je stejně jako kapacita krátkodobé paměti v čase omezená, tvrdí, nicméně způsobem fungování se oba procesy liší.

Vědomí zahrnuje schopnost uvědomovat si sebe sama, svoji jedinečnost ohraničenou od vnějšího světa. Schopnost adekvátně interpretovat vjemy, své prožitky, vzpomínky, myšlenky atd. (Merkunová & Orel, 2008).

V psychiatrii, je pojmu vědomí užíváno ve dvou pojetích, a to jako stav bdělosti, *vigility*, pozornosti, nabuzení (*arousal*) a jako vědomí sebe sama a okolí, uvádí Raboch, Pavlovský (2012). V souvislosti s vědomím jsou uváděny tyto základní pojmy:

Bdělost, *vigilance, alertness* je předpokladem vědomí. Jedná se o stav centrální nervové soustavy, kdy jedinec optimálně reaguje na podněty/změny vnějšího prostředí (Merkunová & Orel, 2008). Dominantní roli zde hraje ascendentní aktivační systém retikulární formace se vzestupnými nervovými vlákny směřující do mozkové kůry z mozkového kmene. Do retikulární formace ústí senzitivní i senzorické informace a aktivují tento systém (Merkunová & Orel, 2008). Důležitou roli hraje i talamus a jeho projekční dráhy (Raboch & Pavlovský, 2012).

Míra bdělosti je označována jako jasnost neboli *lucidita vědomí*. *Vigilita* podmiňuje *luciditu*, jedná se o jednosměrný vztah (Bartoš, Bakalář, Čech, Švanda, & Praško, 2004).

1.3 Poruchy vědomí

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020) člení poruchy vědomí takto:

R 00_R99 Příznaky týkající se vědomí, vnímání, emočního stavu a chování
R40 **Spavost (somnolence), ztrnulost (stupor) a bezvědomí (kóma)**
R40.0 Spavost (somnolence)
R40.1 Ztrnulost (stupor)
R40.2 Bezvědomí (kóma) NS
R41 **Jiné příznaky a znaky týkající se funkcí vnímání a vědomí**
R41.0 Dezorientace NS
R41.1 Anterográdní amnézie
R41.2 Retrográdní amnézie
R41.3 Jiná amnézie
R41.8 Jiné a neurčené příznaky a znaky týkající se funkcí vnímání a vědomí

Tabulka č.1: Poruchy vědomí (MKN, 2020).

Poruchy vědomí se člení na kvantitativní a kvalitativní. Orel a Merkunová (2008) sem řadí i změněné stavy vědomí vyvolané meditací, hypnózou či psychoaktivními látkami. Raboch, Pavlovský (2012) tyto stavy označují jako změněné stavy vědomí.

U kvantitativních poruch dochází ke změnám bdělosti/vigility, motoriky případně jejich kombinace. Mezi krátkodobé poruchy bdělosti lze zařadit krátkodobou komoci, stav krátkodobého bezvědomí v důsledku úrazu hlavy, embolickou poruchu vědomí, subarachnoidální krvácení, bazilární migrénu (Bartoš et al., 2004).

Synkopa, krátkodobá porucha vědomí vzniká v důsledku přechodné hypoxie mozku vyvolané reflexně, například v důsledku náhlé emoce, poklesem tlaku (Raboch, Pavlovský, 2012).

Dále se rozlišují stavy, které svým průběhem mohou napodobovat ztrátu vědomí, ale ke ztrátě vědomí při nich nedochází. Jsou to například prosté pády u starších osob, panické záchvaty, kdy je pacient při vědomí, na vrcholu panického záchvatu dochází pouze k jeho zúžení. Presynkopy, kdy pacient má závratě, pocity na omdlení, ale ke ztrátě vědomí ve skutečnosti nedochází. Hyperventilační záchvat tetanie doprovázený tetanickými křečemi, kdy však též pacient zůstává při vědomí. *Flashbacky* u posttraumatické události, kdy jedinec stále znovu prožívá traumatickou událost, návraty k traumatizující události, ovšem bez poruch vědomí. Narkolepsie epizody denního spánku (Bartoš et al., 2004). Do dlouhodobých kvantitativních poruch lze řadit stav *somnolence, sopor, kóma*.

Kvalitativní poruchy jsou poruchami vědomí, kdy *lucidita* zůstává zachována, ale dochází k poruchám lokalizace ve vnějším světě, kdy některé psychické funkce jako je například vnímání, myšlení, pamětí, identifikace vnějšího světa jsou porušeny. Výsledkem je pak stav dezorientace, zkresleného vnímání okolí, porucha chování a paměti (Raboch, Pavlovský, 2012).

1.4 Definice rozšířených stavů vědomí

Někteří autoři hovoří o změněných stavech vědomí v souvislosti s poruchami vědomí. Například Merkunová, Orel (2008) rozlišují mimo jiné následující změněné stavy vědomí.

Meditaci - ta je dosažením změněného stavu vědomí pomocí ritualizovaných činností či cvičením jako například prací s dechem, koncentrací, prací s tělem.

Hypnózu - navozující změněný stav vědomí u hypnabilních jedinců, u nichž dochází ke zvýšené sugestibilitě.

Psychoaktivní látky - navozující změněný stav vědomí ovlivňováním různých psychických funkcí. Ovlivňují tak náladu, vědomí, chování, vnímání, percepci. Podrobným popisem látek a jejich účinností na psychické funkce se budu zabývat dále.

Ludwig (1969) označuje za změněné stavy vědomí jakékoli mentální stavy pozorované jedincem či objektivním pozorovatelem vyvolané psychologickými, fyziologicky či jinými agensy, které vybočují z běžného prožívání jedince nebo jeho psychologického fungování. Tart (1969) například považuje za změněné stavy vědomí takové stavy, kdy dochází nejen ke kvantitativním změnám v prožívání jedince, tj. nikoli pouze k zesílení vnímání barev, zostření smyslů, ale i ke změně kvality mentálních procesů, k jakémusi kvalitativnímu posunu těchto procesů.

Autoři Rock a Krippner (2007) například používání definice změněných stavů vědomí kritizují a v souvislosti s průzkumem definic vědomí v různých souvislostech dochází k názoru, že lze v zásadě rozlišit vědomí jako takové a obsahy tohoto vědomí. Pokud je k definici připojen „kvalifikátor“ změněné stavy, vrhá to dle těchto autorů koncepční zmatek mezi obsah vědomí a vědomí jako takové, vědomí je pak, tvrdí, zaměňováno s obsahem vědomí. Vědomí v tomto konceptu užívají jako to, co monitoruje „objekty“ z vnitřního či vnějšího světa. V rámci „změněných stavů“ vědomí jedinec monitoruje například změny ve vnímání času, těla, barev, ale nikoli změnu stavu vědomí, argumentují autoři.

Navrhují proto spíše než o změněných stavech vědomí uvádět změněné stavy vlastního prožívání (*phenomenal propreties*).

1.5 Mozkové koreláty změněných stavů vědomí

Autoři Lutz a Davidson (2008) na základě výzkumu mozku a meditace u buddhistických mnichů ve Waismanově laboratoři zobrazovacích metod a výzkumu chování na universitě ve Wisconsinu došli k závěru, že u dlouhodobě praktikujících byly prokázány strukturální i funkční změny v mozku. Kortikální změny měřené fMRI na základě průtoku krve jednotlivými oblastmi evokovaly změny v responsivitě na zrakové vjemy, což, tvrdí autoři souvisí s vlivem meditace na pozornost. Dále titéž autoři pomocí měření elektrické aktivity (EEG) mozku prokazovali vliv meditace na změny amplitudy a synchronicitu vysokofrekvenčních oscilací v mozku, které pravděpodobně hraje důležitou roli při konektivitě rozsáhlých mozkových sítí. Zároveň v porovnání s nováčky, u dlouhodobě praktikujících pozorovali sníženou aktivitu amygdaly[2]. Tato zjištění, domnívají se Lutz a Davidson (2008), mohou souviset s tím, že zvýšení pozornosti je nekompatibilní s emotivním chováním, tedy čím více dochází ke zlepšování koncentrace, tím méně je tato oblast aktivní.

Carhart-Harris se svým týmem (2016) pomocí moderních zobrazovacích metod zkoumali vliv LSD na různé oblasti v mozku. Na základě této studie prokazují, že oblasti, které jsou v mozku po požití aktivovány, souvisí přesně s psychologickými účinky této látky. Po požití dochází ke zvýšení průtoku krve v oblasti zrakového kortexu, snížení Alfa aktivity v oblasti zrakového kortexu[3], zvýšení aktivity a konektivity primární zrakové kůry, což koreluje se zrakovými halucinacemi. Obdobné výsledky prokázaly i výzkumy prováděné s psylocibinem, kde byla rovněž pozorována silná korelace mezi sníženou Alfa aktivitou a zvýšenou V1 RSFC (Resting State Functional Connectivity" (RSFC) v primární zrakové kůře (V1) (Carhart-Harris et al., 2016).

[2] Amygdala zpracovává informace z vnějšího i vnitřního prostředí a na základě srovnání s prožitky z minulosti, pamětí a vrozenými mechanismi přiřazuje události emoční náboj (Orel, 2015).
[3] Výkyvy síly alfa souvisí zřejmě s konektivitou mezi zrakovou sítí a ostatními částmi mozku. Pokud se síla zvyšuje, konektivita se snižuje a vice versa (Barrett, Krimmel, Griffiths, Seminowicz, & Mathur, 2020).

Působením psylocibinu dochází k narušení filtrační schopnosti thalamu a zvýšení excitability kortexu. Dochází k narušení běžné konektivity a systém se stává více chaotickým/entropickým (Tylš, Korčák, & Horáček, 2019), indukuje širokospektrální narušení kortikální aktivity (Barrett, Krimmel, Griffiths, Seminowicz, & Mathur, 2020). PET prokazuje, že působením psylocibinu dochází k výraznému zvýšení metabolismu glukózy v mozku zejména pak v oblastech frontolaterálního kortexu, temporomediálního kortexu a anterior cingulum (Grob et al., 2011). Psylocibin ovlivňuje aktivitu neuronálních sítí obdobně jako antidepresiva SSRI (Tylš, 2015). Antidepresivní účinek je zprostředkován působením na receptory 5HT 1a, 2A, 2C, následně dochází ke zvýšení entropie, snížení aktivit v některých oblastech jako je posteriorní cingula, pokles prokrvení temporálního laloku včetně amygdaly a snížení aktivity určitých neuronání sítí (Tylš et al., 2019). Obdobně jako například meditace snižuje aktivaci *Default mode network*[4] a jako *mindfulness* či KBT terapie aktivitu mediální prefrontální kůry (Baumeister et al.; Tylš, 2015).

Dochází ke snížení konektivity mezi retrospleniálním kortexem[5] a parahipokampem. Tento okruh, uvádí autoři (Carhart-Harris et al., 2016), zřejmě souvisí s udržováním self/ega a snížení konektivity tak zřejmě souvisí s potlačením, s „rozpouštěním“ ega a s pozměněným vnímáním. Právě zde lze možná spatřovat jádro terapeutického potenciálu změněných stavů, kdy dochází k rozpouštění ega a změnám vnímání a možná i příležitostem k narušení automatismů.

Na druhé straně ovšem nelze nahlížet na koreláty jako na kauzální vztah mezi mozkovými koreláty a mentálními stavy. Například Tart (2015) na to upozorňuje, když uvádí následující. Studie budhistických meditací R. Davidsona sice prokázaly, že určitá část mozku, související se soucítěním a štěstím byla aktivnější, nicméně, podotýká (2015) člověk nepotřebuje externí důkaz, aby věděl, že prožívá štěstí. Stejný autor (tamtéž) na otázku, zda existuje v mozku oblast zodpovědná za určité změněné stavy (*enlightement/transcendce*) odpovídá, že je

[4] DMN struktura, je rozsáhlou sítí složenou z medial prefrontal cortex (MPFC), posterior cingulate cortex/precuneus, angular gyrus, mediálního spánkového laloku (MTL) včetně hipokampmu a sousedící kůry, mediální, laterální a zadní temenní kůry (Li et al., 2017).

[5] Předpokládá se, že tato kůra zodpovídá za přenos pozornosti z egocentrického na alocentrický rámec, orientovaný k externím předmětům (Fajnerová et al.,2011).

potřeba rozlišit mezi neurofyziologickým základem a neurofyziologickými koreláty. Stimulace určitých částí mozku sice může vést ke zkušenostem vnímání mimo tělo, ale nejsou to skutečné prožitky. Nelze na základě stimulace proklamovat, že mezi nimi existuje kauzální vztah a že existuje neurofyziologický základ těchto prožitků.

2 Práce s rozšířenými stavy vědomí

V této části bych chtěla stručně nastínit příklady práce s rozšířenými stavy vědomí. Začnu zde krátkým obratem k hlavním oblastem zájmu transpersonální psychologie. V předchozí kapitole zmiňuji, že s příchodem humanistické a kognitivní psychologie dochází k obratu v přístupu k vědomí, vědomí se stává centrem lidské zkušenosti. Transpersonální psychologie, pak volně navazuje na humanistickou psychologii a ve své oblasti zájmu směřuje až za hranice vědomí. Tento směr se zrodil z diskusí humanisticky orientovaných psychologů jako byli například A. H. Maslow, A. J. Sutich, psychiatrů S. Grof, V. E. Frankl, fyziků F. Capra, D. Bohm. Vydáním časopisu Journal of Transpersonal Psychology v roce 1968 lze považovat za jeho vznik (Hoskovec et al., 2002)

V dalších částech se pak zaměřím na vybrané techniky, jak rozšířené stavy navodit, na to, kde je lze pomocí moderním zobrazovacích technik lokalizovat a jaké možnosti navození těchto stavů skýtají. Grof (2020), Erowid (nedat.) v této souvislosti uvádí, že mimořádné stavy vědomí lze vyvolat jak pomocí posvátných bylin, tak za pomoci dechových cvičení, monotónního zpěvu, bubnování, monotónních tanečních pohybů, sociální izolace, smyslové deprivace, nedostatku spánku či hladovění. Mimo tyto látky manželé Erowid uvádí ještě moderní technologie (neuromodulátory, neurostimulátory), snění, bojová umění, meditace,

modlitbu, saunování, jogu. V této práci se zaměřím na dýchání, psychoaktivní látky a krátce se zmíním o pentekostalismu a Santo Daime jako ukázkách možností práce s rozšířenými stavy vědomí v kontextu náboženství.

2.1 Transpersonální psychologie

Východiskem transpersonální psychoterapie je psychoterapie humanistická (Kratochvíl, 1997). Humanistická psychologie znamenala odklon od vnějších okolností a zaměření se na vnitřní stavy člověka. Transpersonální psychologie se zaměřila k vnitřnímu světu člověka, a to i za hranice definované časem, prostorem i racionalitou. Transpersonální psychologie se tak zaměřuje na neobvyklé stavy vědomí, zážitky blízké smrti, náboženské praktiky starověkých i současných kultur, studiem mnohočetných osobností.

S. Grof v pražském Výzkumném ústavu psychiatrickém a pak ve výzkumném středisku v Baltimoru zkoumal změněné stavy vědomí navozené pomocí psychedelik. V Marylandu se pak mimo jiné zabýval možnostmi využití psychedelik pro pacienty s infaustní diagnozou (Kratochvíl, 1997).

V roce 1967 americký kongres zavedl zákon označující LSD za tvrdou drogu a zařadil ji mezi zakázané látky (Třešňák & Kovalík, 2006). Po všeobecném zákazu práce s psychedeliky pak Grof se svojí ženou Christínou začali pracovat s dechem, hudbou a prací s tělem a vyvinuli techniku holotropního dýchání. Následně organizují výcvikové programy k výuce technik holotropního dýchání. Vychází z předpokladu, že pomocí sezení s halucinogeny či pomocí holotropního dýchání si lze vybavit zážitky z období předporodního, porodního a vzpomínky z raného dětství. Posouvá se tak ještě dále a terapii reminiscencí vzpomínek z raného dětství posunuje k období předporodnímu, příp. transpersonálnímu.

Symptomy traumatu z porodu se mohou promítat do každodenního života, tvrdí Grof (2016). Tyto zážitky mohu být interpretovány jako patologie, tvrdí (tamtéž). Nicméně, může se jednat o prožitky, které souvisí s tím, že se lidé snaží zbavit stresu, který u nich zůstal během porodu. Tento proces je tedy sebeléčivým.

Rank (1999) tvrdí, že fyzické trauma z porodu má dlouhodobé psychické důsledky. Trauma z porodu je biologickým základem psychického, biologickým základem nevědomí Během analýzy zaznamenal, že na konci léčby se léčivý proces u pacientů manifestoval skrze nevědomí v symbolech typických pro narození. Objevovaly se fantazie spojené se znovuzrozením, identifikace s analyzantem atd. Pacienti se cítí jak znovunarození, fixace na matku, analytická fixace (přenos) zahrnuje fyzickou fixaci k matčinu lůnu. Během analýzy se pacient vrací do dřívějších stádií až do pozice nenarozeného (Rank, 1999).

Grof na základě zážitků subjektů vypracoval koncepci bazálních perinatálních matric. První bazální perinatální matrice (BPM I) symbolizuje jednotu matky a plodu, druhá bazální perinatální matrice BPM II) je spojena s počínajícím porodem a koncem harmonie mezi matkou a plodem, třetí bazální perinatální matrice (BPM III) se pojí s prostupem porodními cestami, čtvrtá (BPM IV) je fází narození (Grof, 2000).

Z perinatálních zážitků se lze dle Grofovy koncepce přesunout k zážitkům transpersonálním, které přesahují běžné ego a rozšiřují se mimo čas a prostor. Grof (2000) se domnívá, že tyto zážitky mohou zpřístupnit celou realitu bez limitů daných smyslovými orgány a čerpat tak ze zkušeností mimo hranice jedince. Zážitky přesahující bytí jedince, které budou zpřítomněny a odžity, stejně jako zážitky perinatální mohou mít na jedince významný terapeutický zážitek (Kratochvíl, 1997). Zkušenosti mimo limity dané tělem, egem, časem a prostorem, nazývá Grof (1988) transpersonálními zkušenostmi. Tyto zážitky se objevují pomocí psychedelik nebo jiných technik bez pomoci drog a někdy i spontánně, okrývají široké spektrum reality. Na každé úrovni reality se pravidla řídí jinými zákony a principy (Grof, 1988). Problém je i v tom, že je často nelze verbalizovat.

Ve svém díle „The Adventure of Self Discovery“ se Grof (1988) tyto zážitky pokouší klasifikovat. V návaznosti na obsah transpersonálních zážitků je dělí do třech hlavních kategorií. První kategorii časoprostorovou dále dělí na dvě subkategorie. První je spojena s překonáním časové linearity. Druhá s překonáním prostoru. K těmto lze přidat ještě třetí. Která je hybridem nacházejícím se mezi externí a vnitřní realitou. K názvu této kategorie si propůjčuje termín Hanse Driesche a označuje ji jako *psychoidní fenomén.*

Mezi prožitky spojené s překonáním prostoru řadí tyto události: prožitky propojení se druhým, identifikace s druhou osobou, identifikace se skupinou a skupinové vědomí, identifikace se zvířaty, s rostlinami i rostlinnými procesy jako takovými, jedinečnost života a jeho stvoření, prožitky spojené s anorganickými procesy neživé přírody, planetární vědomí, mimozemské prožitky, identifikace s celým vesmírem, psychický jev související s překonáním prostoru.

Mezi prožitky mimo časovou linearitu jmenuje následující: zážitky z embryonálního a fetálního života, zážitky předků, zážitky rodu a kolektivní zážitky, prožitky z minulých životu/ůací, fylogenetické zážitky, zážitky spojené s vývojem planety, prožitky kosmu, psychické jevy související s překonáním času. Mezi prožitky nacházející se mezi konsensuální realitou a časoprostorem řadí následující: spirituální prožitky, médium, pocity lehkosti těla, ztotožnění se s duší zvířat, setkávání se s duchovními průvodci a bytostmi, setkání s jinými vesmíry a jejich obyvateli, setkání s mytologickými postavami a postavami s pohádek, setkání se specifickými božstvy (dobrými i rozhněvanými), zkušenosti s univerzálními archetypy, intuitivní chápání universálních symbolů, kreativní inspirace a prométheovské impulsy[6], zážitky spojené se zrozením kosmu, zážitky kosmického, nadkosmického a suprakosmického vědomí (Grof, 2000).

2.2 Holotropní dýchání

Technika holotropního dýchání

Na základě práce s dechem, hudbou a tělem Grof se svou ženou zjistili, že tato technika dokáže vyvolat hluboké stavy vědomí (Grof, 2017). Rozlišuje *hylotropický stav*, věcně orientovaný stav běžné každodenní zkušenosti a *holotropní stav.* Holotropní stav je rozšířeným stavem vědomí, který pokrývá realitu celou a je vstupem ke všem aspektů existence (Grof, 1988).

Technika holotropního dýchání využívá práci s dechem, hudbou a práci s tělem, na základě nichž lze vyvolat stavy hlubokého vědomí (Grof, 2017). Při skupinovém dýchání se účastníci na sezeních střídají v roli sittera (pomocníka) a těch, co

[6] Tak je charakterizován ten, který je vzdorovitý ale zároveň kreativní a inovativní

dýchají. Vleže se účastníci soustředí na tělesné pocity a emoce, hyperventilují. Zážitky jsou umocněny díky hudbě spojené se sezením. Hovor sittera s účastníkem během sezení se nedoporučuje, v případě potřeby lze pronést krátké slovo nebo větu. Důraz je kladen na emoční a psychosomatický prožitek (Grof, 2000). V souladu s tímto doporučuje tak i uzpůsobit práci sittera, tedy poskytnout prožívajícímu jak tělesnou, tak i duševní podporu a možnost sdílení zážitku. Terapeut by měl zajistit, aby byly zážitky plně prožity a dokončeny/zpracovány (Kratochvíl, 1997).

2.3 Práce s psychedeliky

„Práce s psychedeliky je to nejlepší, co se kdy v psychiatrii stalo“ (Grof, 2017, 8´36).

Psychedelické látky lze členit do dvou hlavních kategorií, na **klasická psychedelika** a **entaktogeny** (Chi & Gold, 2020). Mezi klasická psychedelika autoři řadí:

LSD: *Dyethylamid kyseliny lysergové (LSD)*: derivát z ergotaminu, alkaloid z houby námel.

Psylocibin: *(O-fosforyl-4-hydroxy-N,N-dimethyltryptamin)*: obsažený v houbách lysohlávkách.

Dymethyltriptamine (DMT): *(N,N-dimethyltryptamin):* halucinogenní látky obsažené v Ayahuasca[7]. Mezkalin b-(3,4,5-trimethoxyfenyl): ethylamin obsažený v kaktusech.

Tyto látky jsou agonisty 5-HT_{2a} receptoru. Někdy jsou sem řazeny i ketamin, skopolamine a ibogain (Chi & Gold, 2020). Dále sem lze zahrnout například *Tryptamine 5MeO-DMT*: látku získávanou z *bufo alvarius.* Do entaktogenů patří methylenedioxymethamphetamine (MDMA), který působí jako agonista serotoninu, dopaminu a noradrenalinu.

[7] Ayahuasca se připravuje ze dvou rostlin Psychotria viridis, která obsahuje psychedelickou látku N,N-dimethyltryptamine (N,N-DMT), a Banisteriopsis caapi, obsahující inhibitory monoaminooxidázy (MAOi) (Palhano-Fontes et al., 2019).

Všechny halucinogeny, uvádí autoři (Carhart-Harris, Kaelen, & Nutt, 2014), působí na serotonin 2A receptory, které produkují neurony v mozku. Neurony v mozku jsou uspořádány do šesti vrstev a ve třetí a páté vrstvě se nachází tzv. pyramidové neurony (Wikiskripta, nedat.) V pyramidových neuronech v páté vrstvě se nachází hojně serotonin 2A receptory. Tyto se následně promítají do nižších kortikálních i subkortikálních oblastí.

Dle dřívějších teorií se mělo za to, že halucinogeny mají na mozek převážně excitační vliv. Carhart-Harris et al. (2014) na základě studií mozku zvířat i lidských bytostí ovšem tento mýtus navrhují přezkoumat a podkládají to relevantními nálezy z fungování mozku po požití halucinogenu. Uvádí (tamtéž), že aktivita mozku je rytmická či oscilující a tuto aktivitu lze měřit elektroencefalografií (EEG), magnetoencefaografií (MEG) či pomocí LFP (*local field potencial*).

Studie prokazují, že po požití halucinogenu naopak oscilace klesá a současné studie užití psylocibinu, LSD či Ayahuasca dokonce prokazují, že halucinogen ovlivňuje synchronicitu této mozkové aktivity a vyvolává asynchronicitu (Carhart-Harris et al., 2014). Na otázku, proč dochází k asynchronicitě, když je aktivita pyramidových neuronů v páté vrstvě vyšší odpovídají takto. Dochází sice ke zvýšené aktivitě této části, která však působí dezorganizačně proti nastavené synchronicitě a dochází k asynchronní aktivitě mozku. Tento stav, kde mozek vykazuje asynchronní aktivitu, která se přenáší i do dalších oblastí, kdy dochází k poklesu organizace systému, nazývá *entropií.*

FMRE pak ukazuje, že změněné stavy vědomí jsou po požití halucinogenů spojeny s poklesem aktivity v určitých částech mozku, konkrétně thalamem (řídící a přepojovací centrum (Orel, 2015), zadní cingulární kůrou (*posterior cingulate cortex)* a mediální prefrontální kůrou (*medial prefrontal cortex),* které jsou zodpovědné za integraci informací či propojení částí mozku. Snížením jejich aktivity je tak oslabena jakási řídící funkce a mozek pracuje méně svázaně. Zároveň se prokazuje, že je flexibilnější, méně rigidní (Carhart-Harris et al., 2014). Naopak aktivita některých částí mozku byla po požití halucinogenních látek vyšší. Například aktivita spánkového laloku, jehož aktivita se zvyšuje i v REM fázi.

2.4 Využití v psychoterapii

Časné výzkumy v psychoterapii využívali dvě cesty, psycholytickou a psychedelickou. **Psycholytická léčba** zahrnovala několik sezení, během nichž byla látka podávána. Cílem bylo zvýšit účinnost psychoanalytické léčby, pomoci při léčbě poruch osobnosti, úzkostí apod. **Psychedelická** používala vyšší dávky jednorázově nebo jen v několika málo sezeních s cílem navodit mystické zážitky/"*peak experience"*, které způsobí déletrvající změny v chování a naučených vzorcích (Chi & Gold, 2020). Hoffer a Osmond (1967) v 60. letech uvádí, že LSD může být možností, jak proniknout do nitra, a zároveň možností, jak terapii urychlit.

V současné době výzkumů účinnosti těchto látek na lidech přibývá. Práce autorů Aday, Mitzkovitz, Bloesch, Davoli, Davis (2020) shrnuje výsledky studií psychedelik za posledních pět let. Autoři uvádí souhrn toho, jaké účinky tyto studie uvádí, a shrnují zaznamenané dlouhodobé účinky. Analyzují tak výsledky 34 studií psychedelik (nejčastěji psylocibinu) u lidských jedinců, které přetrvaly minimálně 2 týdny po podání. Autoři zdokumentovali následující účinky: *setrvalé změny osobnosti/postojů, deprese, spiritualita, úzkost, „wellbeing", mindfulness (*uvědomění si sebe sama*)*. Tyto dlouhodobé změny, tvrdí autoři (tamtéž), byly spojeny s vědomím propojenosti, emoční citlivostí a zvyšující se entropií v určitých částech mozku.

Slibné výsledky prokazují u některých duševních poruch jako je například úzkost spojená se smrtí, resistentní deprese, posttraumatická stresová porucha, závislosti či obsedantně kompulzivní poruchy (Chi & Gold, 2020).

Pro terapeutické účely se pracuje zejména s těmito látkami: ketaminem, LSD, psylocibinem, Ayahuasca, MDMA. Pro léčbu traumat se například využívá MDMA, kdy terapeut s intoxikovaným pacientem mluví a MDMA tak umožňuje náhled na traumatizující vzpomínky bez hrůzy (Třešňák, 2015). U osob trpících posttraumatickým syndromem se tato látka ukázala jako vysoce účinná (Grof, 2017). Grof (tamtéž) dokonce tvrdí, „*že více vojáků spáchá vraždu či sebevraždu než je zabito skutečným nepřítelem v Iráku či Afgánistánu*" (2017, 15´29).

Psylocibin se ukázal jako účinná látka například u pacientů s infaustní diagnózou (Třešňák, 2015). V roce 2010 Harbor-UCLA Medical Center provedlo první dvojitě zaslepený placebo kontrolovaný pilotní výzkum účinnosti a bezpečnosti látky u pacientů v pokročilém stádiu rakoviny, kteří trpěli depresí a úzkostmi. Tento výzkum sice neprokázal statisticky významné změny nálady u těchto pacientů, ale prokázal, že lze i u této skupiny psylocibin bezpečně využít (Chi & Gold, 2020). V dalších výzkumech se prokázalo, že lidé po psychedelické zkušenosti pociťovali snížení strachu ze smrti.

Tým Johna Hopkinse v dvojitě zaslepené studii zkoumal účinky psylocibinu na 51 pacientech v pokročilém stádiu rakoviny. Výzkum porovnával dvě skupiny, u jedné byla dávka nižší, u druhé vyšší. Účastníci sami, personál a vnější pozorovatelé hodnotili náladu, postoje a chování pacientů. Výsledky ukázaly, že u těchto pacientů došlo skutečně ke snižování míry depresivity i úzkosti (sebehodnocené i klinické) a zvyšování kvality života (hodnoceno i vnějšími pozorovateli) setrvávající i pět týdnů po sezeních. Efekt byl výraznější u skupiny, které byly podávány vyšší dávky (Griffiths et al., 2016).

Studie vedená Charlesem Grobem zkoumala, zda u pacientů v pokročilém stádiu rakoviny užití psylocibinu sníží strach ze smrti a úzkosti. Autoři uvádí, že dávkování psylocibinu nemělo negativní fyziologické ani psychologické dopady (Grob et al., 2011). Studie prokázala signifikantní snížení úzkosti 1-3 měsíce po užití a na Beckově škále depresivity došlo k významnému zlepšení setrvávajícím 6 měsíců. Londýnská studie v roce 2016 zkoumala účinky psylocibinu u pacientů s resistentní depresí nereagujících na běžný způsob léčby. Na 12 osobách hodnotila výsledky po sezení a následně po 3 měsících. Zároveň byly u těchto pacientů sledovány nežádoucí účinky. Po dvou sezeních, které proběhly v odstupu sedmi dnů, se 67% dostalo do klinické remise a 57% v ní setrvalo následující tři měsíce. Došlo i ke snížení skóre úzkostnosti a *anhedonie*. Žádný z těchto účastníků nepotřeboval během sezení nasadit uklidňující léky (Carhart-Harris et al., 2016).

Tým Univerzity v Arizoně se aktuálně zabývá účinky psylocibinu u (*obsedantně kompulsivní poruchy* (dále jen OCD) pacientů, u nichž nejsou účinné léky první volby. Tým vychází z následujícího předpokladu. U pacientů s OCD je aktivita

DMN (*default mode network*) podobně jako u pacientů s depresí vysoká. Psylocibin naopak tuto aktivitu snižuje a mohl by proto mít pozitivní vliv na pacienty s OCD a zvyšovat kvalitu jejich životů (Moreno & Bayze, 2020).

Studie zabývající se účinky LSD v posledních letech prováděly výzkum převážně se zdravými dobrovolníky (Chi & Gold, 2020). I u těch, kteří pociťovali negativní účinky, vesměs uvedli celkově po užití pozitivní naladění, nárůst optimismu a otevřenosti. Fakt, že LSD může způsobovat stav blaženosti, zřejmě byl i důvodem k tomu, proč bylo v 60. a 70. letech využíváno u pacientů trpících úzkostí a poruchami nálad, domnívají se autoři (Chi & Gold, 2020). To v souladu s tímto obdobím například dokladuje Hoffer, Osmond (1967) kteří uvádí, že to, co pacienti pociťovali po vysokých dávkách LSD, byla ztráta tenze. Vysoké dávky vyvolaly stav uvolnění, který setrval až 6 měsíců od dávky. Gasser, Kirchner a Passie (2014) provedli výzkum účinnosti LSD u pacientů trpících úzkosti v důsledku život ohrožující nemoci. Tito pacienti prošli dvěma sezeními s LSD doprovázenými psychoterapií. Nikdo z těchto účastníků během studie netrpěl závažnými vedlejšími účinky. Výstupem bylo to, že LSD umožnilo zpřístupnění některých skrytých emocí, změnilo náhled na stávající situaci, jejich hodnotový žebříček, emoční rozpoložení. Došlo u nich k signifikantnímu snížení skóre úzkosti (STAI) a zvýšení kvality života. Tím, že LSD zintenzivňuje emoce, tyto emoce zpřístupnilo vědomí a jejich vyjádření způsobilo katarzi (Gasser et al., 2014). V 60.- 70. letech, uvádí Chi a Gold (2020), proběhly i slibné studie vlivu LSD na pacienty trpící závislostí na alkoholu. Výsledky ukázaly, že LSD působí pozitivně na léčbu závislosti a redukuje alkoholické návyky, které setrvaly i v následujících minimálně třech měsících.

Ayahuasca, odvar z bylin užívaný amazonskými indiány k léčení a při ceremoniích byl například zkoumán v souvislosti s osobami trpící resistentní depresí. V roce 2016 uskutečnila skupina brazilských výzkumníků studii s 29 brazilskými pacienty, a to převážně ženami trpícími resistentní depresí. V dvojitě zaslepené studii (placebo/Ayahuasca) byla pacientům v jedné skupině podána jednorázově Ayahuasca, druhé placebo. Ve skupině, které byl podán odvar, skutečně došlo v porovnání s kontrolní skupinou po sedmi dnech ke statisticky signifikantnímu

rozdílu, snížení vážnosti příznaků, měřeno na škále *Hamilton Depression Rating scale* (HAM-D) (Palhano-Fontes et al., 2019).

2.4.1 Využití psychedelik v psychoterapii v České republice

Firma Sandoz, zaměstnávající objevitele 25. derivátu kyselinu lysergové Hofmana byla jedinou firmou, která látku v 50. letech za železnou oponu mohla dovážet (Třešňák & Kovalík, 2006). Několik institucí v České republice tak mohlo v této době látku testovat. Psychiatři v tomto období testují LSD na sobě a následně se pokouší tímto způsobem léčit své pacienty. V 60. letech například provedl MUDr. Hausner více než 3000 sezení. Během své 20ti leté praxe prožitky pacientů zaznamenal. V době svého působení primářem na psychiatrické klinice v Sadské se pomocí **psycholytické terapie** založené na podávání nízkých dávek LSD pokoušel léčit duševně nemocné pacienty trpícími neurózami, fobiemi a některými psychózami. Například na případu Hany K., psychotické pacientky ukazuje, že léčba pomocí psycholytické terapie možná je. „*Po řadě psycholytických sezení, se z psychotické pacientky stává kreativní a svobodná lidská bytost“* (Hausner & Segalová, 2016, 31). Po uzavření kliniky došlo k útlumu legálního výzkumu těchto látek. V roce 1974 došlo k zákazu užití této látky.

V současné době je psychoterapie pomocí psychedelik nelegální, nicméně pro vědecké účely lze látky po získání potřebných povolení využít. Po 40ti letech v roce 2015 v České republice proběhl první český výzkum účinku psychedelických drog na lidi pod vedením týmu MUDr. Páleníčka pod hlavičkou NÚDZ. Předcházely tomu výzkumy na potkanech, u nichž se pomocí psychedelik navozovaly stavy podobné psychóze (Tylš, 2017). Uvedený průlomový výzkum zkoumal na skupině dobrovolníků účinky psylocibinu na funkční konektivitu mozku pomocí EEG a fMRE. Vznikají například i výzkumy zaměřené na studium ketaminu v léčbě depresí. V současné době se spouští výzkum NÚDZ zaměřený na vliv psychedelik u pacientů trpících depresí. Do výzkumu jsou zapojeni dobrovolníci trpící středně těžkou až těžkou depresí, kteří nereagují na běžnou medikamentózní léčbu. V první fázi studie zkoumala vliv psylocibinu na pacienty

trpící depresí. Ve druhé vlně pak studie porovnává účinek antidepresiva ketaminu s účinky psylocibinu u pacientů trpících depresí. Obě látky, předpokládají autoři studie, mají oproti běžným antidepresivům rychlý nástup do 24 hodin. Předpokládají, že oproti ketaminu bude účinek psylocibinu trvalejší (NÚDZ, 2020). Ve třetí[8] fázi výzkumu je například i celoevropská studie zastřešená MAPS, která zkoumá vliv účinnosti MDMA na posttraumatickou stresovou poruchu.

2.5 Vliv psychedelik na osobnost

Studie prokazují, že i jedno krátké sezení může mít trvalejší vliv na osobnost a zejména pak na osobnostní rys otevřenost (McLean, Johnson, & Griffiths, 2011). Tento rys dle *NEO Personality Inventory–Revised (NEO-PI-R)* souvisí s imaginací, estetickým cítěním, hledáním nových zážitků, kreativitou a nekonforním chováním (Costa & McCrae, 1992).

Studie publikovaná dr. Lebedevem a jeho týmem (2016) zkoumala na skupině zdravých dobrovolníků s negativní psychiatrickou historií, zda účinek LSD může mít trvalejší vliv na osobnost. Specificky pak rozvíjeli hypotézu, zda rostoucí entropie ve vyšších mozkových oblastech může mít následně vliv na trvalejší rozvoj osobnostní charakteristiky otevřenost. Na základě fMRE zjistili, že LSD skutečně souvisí s rostoucí entropií mozku, a to jak v senzorických, tak i vyšších mozkových oblastech (frontoparietálních) (Lebedev et al. 2016). Tyto změny souvisely s následnou větší otevřeností osobnosti, signifikatnějšími byly tam, kde byla současně při intoxikaci poslouchána hudba a tam, kde účastníci ve fázi intoxikace hovořili o zkušenosti spojené se „ztrátou ega“, „*ego dissolution“.* Podle Lebedeva et al. (2016) byl tento efekt rovnoměrně rozložen jak v senzorických, asociativních, tak hierarchicky vyšších oblastech. Podrobné schéma těchto oblastí ilustruje níže uvedený obrázek z výzkumu.

[8] V první fázi se testuje bezpečnost dané látky, ve druhé účinnost a ve třetí bezpečnost i účinnost na větším množství respondentů.

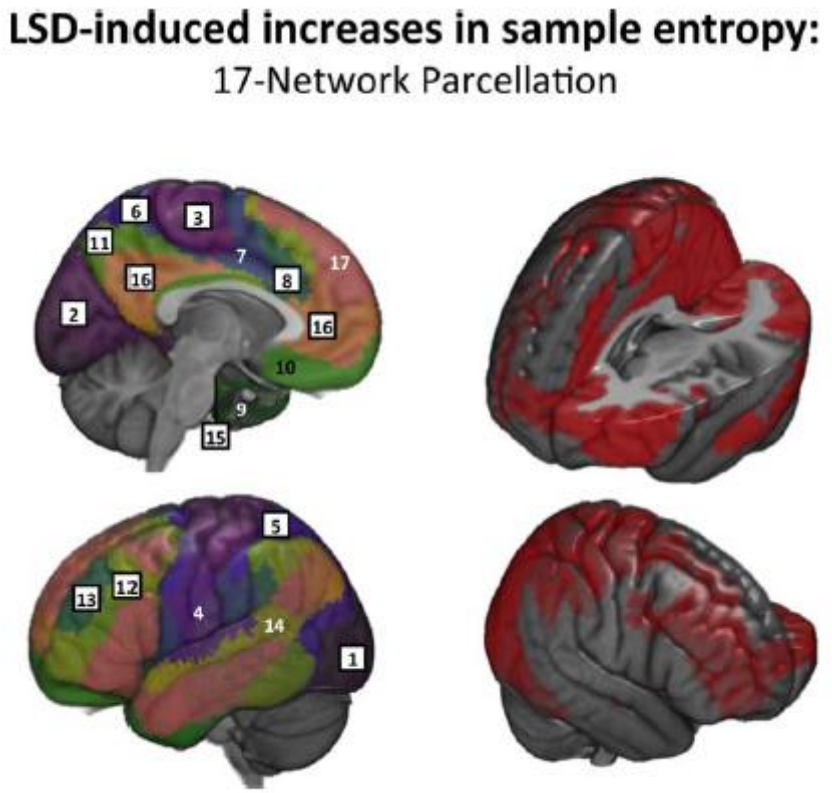


Figure 1.
LSD-induced entropy increases (17-Network parcellation: LSD vs. Placebo). **LEFT**: Black frames with numbers represent networks with significant sample entropy increases seen under LSD. **RIGHT**: Networks with significant entropy increases are colored in red. Networks: 1 - Secondary Visual; 2 - Primary Visual; 3 - Superior Sensorimotor; 4 - Inferior Sensorimotor; 5 - Superior Parietal; 6 - Posterior Sensorimotor; 7 - Posterior Salience; 8 - Anterior Salience; 9 - Anterior MTL; 10 - Orbitofrontal; 11 - Precuneus; 12 - Inferior Frontoparietal; 13 - Superior Frontoparietal; 14 - Auditory; 15 - Hippocampal; 16 - Default Mode; 17 - Frontotemporal. [Color figure can be viewed in the online issue, which is available at wileyonlinelibrary.com.]

Obrázek č.3 – LSD- induce increases in sample entropy (Lebedev et al., 2016).

V návaznosti na tato zjištění, konstatují autoři (Lebedev et al., 2016), zřejmě psychedelika ovlivňují dynamiku mozku a tím i dlouhodobější změny osobnosti.

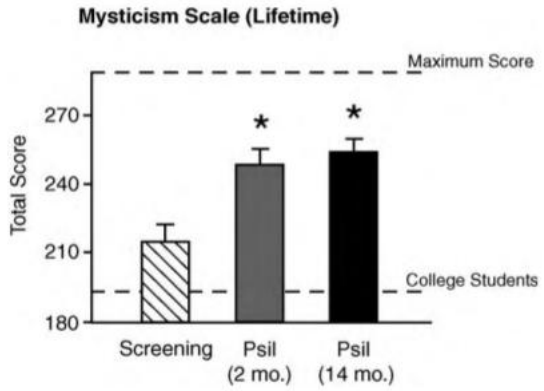
Komparativní studie vedené Lernerem a Lyersem (2011) porovnávala vybrané charakteristiky u osob se zkušeností s psychedeliky (88 osob), uživatelů nelegálních drog jmenovitě amfetaminů (29) a u uživatelů legálních drog jmenovitě alkoholu (66) v Izraeli a Austrálii. Cílem bylo zjistit, zda jsou tyto hodnoty rozdílné skrze kultury. Výstupy studie zjistily následující. Uživatelé psychedelik skórovali

výrazně výše u otázek spojených s mystičnem (jednota s Bohem a Vesmírem), se spiritualitou a zájmem o druhé. Uživatelé psychedelik i jiných nelegálních drog skórovali v porovnání s uživateli legálních drog (alkoholu) výrazně výše v otázkách spojených s empatií.

Vyšší skóre ve spojitosti se spiritualitou a mystičnem byla v souladu se zjištěními ve studii Panhnkeho (1961) studii *„Good Friday experiment*[9]*“* či jeho replikací Rickem Dobblinem (1991). Otázkou, kterou si zde kladou Lerner a Lyerr je ovšem to, zda vyšší skóre ve vybraných charakteristikách jedinců po užití psychedelik je důsledkem transformativního potenciálu psychedelických drog anebo převažujícími charakteristikami u uživatelů psychedelických drog. Tedy zda ti, kteří se psychedelika rozhodnou užívat, mají vyšší zájem o otázky týkající se spirituality a jsou empatičtějšími.

Otázkami mystického prožitku po užití psylocibinu a jeho setrvávajícího vlivu (po 2 a 14 měsících) se zabývala dvojitě zaslepená studie zdravých dobrovolníků bez předchozí zkušenosti s psychedeliky. Autoři pomocí různých technik (jako je například *NEO Personality Inventory* (NEO PI- *Positive and Negative Affect Scale, Mysticism Scale*) hodnotili jeho vliv na osobnost, emoce, spiritualitu a kvalitu života (Griffiths, Richards, Johnson, McCann, & Jesse, 2008). Dobrovolníky byla relativně homogenní skupina a i během screeningu byli tito charakterizováni jako otevření, přátelští a vysoce skórovali u spirituality. Na škále neuroticismu oproti tomu vykazovali nižší hodnoty, vyšší hodnoty u otevřenosti, vyšší hodnoty na škále spirituality a mysticismu (Griffiths et al., 2008). Tyto změny po 2 i po 14 měsících se výrazně nelišily, dokonce došlo k nárůstu skóre.

[9] Cílem bylo zjistit, zda psychedelika (magické houby, psylocibin) facilitují mystické prožitky. Výzkum byl proveden na v Marsh Chapel na Universitě v Bostonu a výsledky potvrdily, že respondenti , kteří měli psychedelika, skórovali signifikantně výše v kategorii spirituality.



Obrázek č.4. – Mysticism scale (Griffiths et al., 2008).

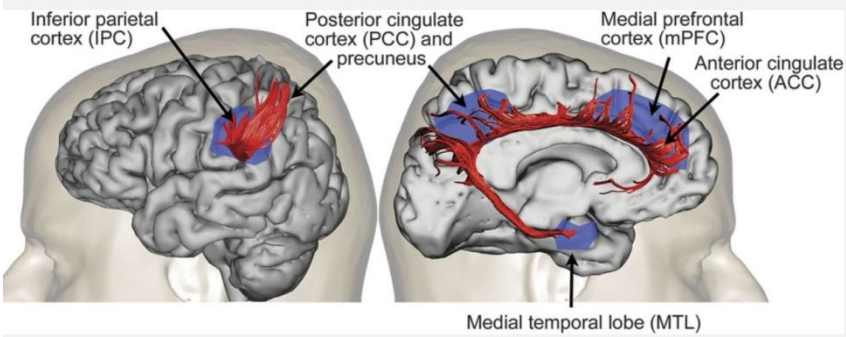
I jiné studie prokazují vliv agonistů 5HT například na zlepšení asociativního učení (Harvey, 2003), zlepšení schopností adaptovat flexibilněji své chování či vymizení podmíněného strachu, ovšem u hlodavců (Catlow, Song, Paredes, Kirstein, & Sanchez-Ramos, 2013), zlepšení obrazotvornosti u lidských jedinců například po rituálech s Ayahuascou (Frecska, More, Vargha, & Luna, 2012).

Na otázku, kterou si položili Lerner a Lyerr (2011), zda vyšší skóre ve vybraných charakteristikách jedinců po užití psychedelik je důsledkem transformativního potenciálu psychedelických drog anebo převažujícími charakteristikami u uživatelů psychedelických drog, možná částečně odpoví práce Krebse a Johanssena. Tato studie ukazuje, souvislost mezi užíváním psychedelik a mentálním zdravím. Krebs a Johanssen (2013) provedli rozsáhlou studii americké populace, kdy na reprezentativním vzorku dospělých (130 152 respondentů) zkoumali v letech 2001-2004 souvislost mezi užíváním psychedelik a mentálním zdravím. Míru stresu autoři měřili pomocí Kesslerovy škály měření stresu (*Kessler Psychological Distress Scale (K6 scale*)), s tím, že čím vyšší skóre jedinci dosahovali, tím vyšší stress pociťovali. Psychiatrické poruchy podle IV. revize diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch jmenovitě panická porucha, depresivní epizoda, mánie, sociální fobie, generalizovanou úzkostnou poruchu, agorafobii, posttraumatickou stresovou poruchu a neafektivní psychózu vyhodnocovali pomocí Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF). 13,4% z tohoto vzorku uvedlo užívání psychedelik, jmenovitě LSD, psylocibin, meskaline, peyote. V porovnání se skupinou těch, kteří psychedelika neužívali, se u uživatelů častěji jednalo o mladší jedince, mužského pohlaví, rodilé Američany, vyššího vzdělání,

obvykle s vyšším příjmem, vzdělané a svobodné. Výzkum celkově souvislost mezi mírou stresu a užíváním psychedelik neprokázal. V některých případech ti, co užívali psychedelika, dokonce skórovali níže, uvádí autoři. Ani v případě psychiatrických poruch se přímá souvislost mezi psychiatrickými poruchami/symptomy a užitím psychedelik neprokázala. U psylocibinu skórovali dokonce níže u panických atak. Pylocibin a meskalin/peyot pak skóroval níže u psychotických epizod (Krebs & Johansen, 2013). Tyto výsledky, uvádí autoři, lze interpretovat různě. Lze pak tvrdit, že psychedelika působí na lidskou psychiku blahodárně anebo také tak, že ti, kteří psychedelika užili, vykazovali relativně lepší mentální zdravotní stav (Krebs & Johansen, 2013).

2.5.1 Vztah halucinogenů a ega

V souvislosti s desintegrací ega po použití halucinogenů hovoří Carhart-Harris et al. (2014) o *DMN (Default mode structure) mozkové struktuře*. DMN aktivita je přerušena, pokud je jedinec zaměřen na specifický úkol venku, či je pohroužen do snění, cestuje do minulosti, budoucnosti či přemýšlí o druhých. Po požití psylocibinu, Carhart-Harris et al. (2014) naměřili ve své studii sníženou aktivitu právě v této části. Účastníci v této fázi hovořili o „*Ego death experience*“ Zároveň uvádí (tamtéž), že ti, kteří proklamovali největší zážitky s desintegrací ega, měli zároveň nejrazantnější pokles aktivity v této oblasti (Carhart-Harris et al. 2014).



Obrázek č.4: Default mode network (Wikipedia, nedat.).

2.6 Využití psylocibinu, ketaminu a MDMA při léčbě psychických onemocnění

Psylocibin se řadí společně s mezkalinem či LSD mezi klasická psychedelika. Byl testován už v 50. letech a v současnosti je jedním z nejpoužívanějších psychedelik při léčbě psychických onemocnění jako jsou deprese, obsedantně kompulzivní porucha či závislosti (Tylš, 2019; Páleníček, 2020), úzkosti či u pacientů v terminálním stádiu rakoviny. Tím, že vykazuje relativně nízké vedlejší účinky, patří mezi v současné době nejvyužívanější psychedelika v klinických studiích v terapii některých psychických poruch (Tylš, 2019) a není stigmatizován jako LSD z 60. let, kdy se jeho výzkum poněkud vymkl (Třešňák, 2015), jsou i získaná data ze studií psylocibinu dostupnější, a to je i důvodem, proč se mu v této kapitole věnuji nejpodrobněji.

Tylš (2019) v následující tabulce uvádí přehledně současné výzkumy využití psylocibinu při léčbě psychiatrických pacientů a stav v jakém se tyto výzkumy nacházejí.

*Tabulka 1: **Klinická hodnocení fáze II psilocybinem asistovaná psychoterapie u psychiatrických pacientů***

	Místo	Stav	Soubor (n)	Citace
Obsedantně-kompulzivní porucha	University of Arizona (Tucson, AZ, USA)	Hotovo	9	(Moreno, Wiegand, Taitano, Delgado, 2006)
Onkologičtí terminální pacienti (úzkost)	Harbor–UCLA Medical Center (Torrance, CA, USA)	Hotovo	12	(Grob et al., 2011)
Onkologičtí terminální pacienti (úzkost)	Johns Hopkins University (Baltimore, MD, USA)	Hotovo	51	(Griffiths et al., 2016)
Onkologičtí terminální pacienti (úzkost)	New York University (New York, NY, USA)	Hotovo	29	(Ross et al., 2016)
Závislost na alkoholu	University of New Mexico (Albuquerque, NM, USA)	Hotovo	10	(Bogenschutz a Ross, 2017)
Závislost na alkoholu	New York University (New York, NY, USA)	Probíhá	180	NCT02061293 Bogenschutz et al. Konec: leden 2020
Závislost na tabáku	Johns Hopkins University (Baltimore, MD, USA)	Hotovo	15	(Johnson, Garcia-Romeu, Cosimano, Griffiths, 2014) (Johnson, Garcia-Romeu, Griffiths, 2017)
Závislost na kokainu	University of Alabama (Tuscaloosa, AL, USA)	Probíhá	40	NCT02037126 Hendricks et al. Konec: prosinec 2019
Rezistentní deprese	Kings College, London, UK	Hotovo	12	(Robin; Carhart-Harris et al., 2016)
Rezistentní deprese	Kings College, London, UK	Probíhá	24	Carhart-Harris et al. Konec: není známo
Deprese	Johns Hopkins University (Baltimore, MD, USA)	Probíhá	24	NCT03181529 Griffiths et al. Konec: září 2019
Rezistentní deprese (randomizovaná studie)	Multicentrická, EU + US	Probíhá	216	Compass Pathways Konec: plánovaný 2020

Obrázek č.5 - Klinická hodnocení fáze II psylocibinem asistovaná psychoterapie (Tylš, 2019).

Zároveň v této kapitole zmiňuji MDMA a ketamin v souvislosti s léčbou vybraných psychických onemocnění. I na těchto látkách probíhají totiž v současné době slibné studie a právě nyní se výzkumům těchto látek věnují i klinické studie v České republice.

2.6.1 Psylocibin a deprese

Claustrum je subkortikálním jádrem produkujícím hojně serotoninové 5HT 2A receptory. Barret et al. (2020) ve svém výzkumu například testovali hypotézu o tom, zda psylocibin ovlivňuje claustrum a jeho funkční propojení s oblastmi mozku souvisejícími s vnímáním, pamětí a pozorností. U psychiatrických onemocnění jako je schizofrenie, deprese či předávkování je aktivita 5-HT2A abnormální (Zhang & Stackman, 2015).

Vysokofrekvenční stimulace claustru u koček způsobuje tzv. inaktivační syndrom, podobný projev byl pozorován i u lidí. Vyznačuje se ztrátou všímavosti (Wikipedia, nedat.). Stimulace levého klaustru vedla k útlumu volního jednání, netečnosti či amnézii u lidí (Koubeissi, Bartolomey, Beltagy, & Picard, 2014).

Naopak pre klinické studie naznačují, že agonisté těchto serotoninových receptorů působí antidepresivně, zlepšují kognitivní schopnosti či působí halucinogenně (Zhang et al., 2015). Hojně jsou zastoupeny v oblastech spojených s učením a kognicí (tamtéž). Barret et al. (2020) na základě fMRE, EEG skutečně potvrzuje, že dochází ke snížení amplitudy, frekvence i průtoku krve (Bold) v levém i pravém claustru a narušuje funkční propojení claustra s kognicí a vnímáním.

Oproti antidepresivům navíc, konstatuje Tylš (2019) poskytuje psylocibin tu výhodu, že jeho nástup je okamžitý. Na rozdíl od běžných antidepresiv tak pacienti nemusí čekat na nástup účinku až po 4 a více týdnech. Z hlediska účinnosti srovnává Tylš (2019) jeho vliv s účinky při podání ketaminu či elektrokonvulzivní terapie, kde účinky je možno spatřovat hned po nasazení.

2.6.2 MDMA a posttraumatická stresová porucha

Slibnými se jeví i výsledky výzkumů MDMA u posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Mezinárodní asociace pro Psychedelické studie (MAPS) testuje klinické studie rizik a účinků MDMA u posttraumatické stresové poruchy (Ruse, Jerome, Mithoefer, Doblin, & Gibson, 2008). Předpokládá se, že u PTSD amygdala reaguje přecitlivěle. Zároveň se přepokládá, že čím je vyšší aktivita amygdaly, tím nižší je aktivita dorsolaterálního, ventromediálního prefrontálního koortexu (PFC), anterior cingulate kortexu (ACC) a orbitofrontálního kortexu (OFC) a vice versa. Nižší aktivita v těchto oblastech souvisí se sníženou emoční kontrolou u pacientů trpících PTSD. U meditací se aktivita těchto oblastí naopak zvyšuje (Frewen & Lanius, 2006). Podobně i MDMA zvyšuje aktivitu těchto oblastí a snižuje mimo jiné aktivitu levé amygdaly (Gamma, Buck, Berthold, Hell, & Vollenweider, 2000). MDMA tak navozuje pozitivní kognitivně emoční stav, dochází ke snižování strachu, snížení úzkosti, zvýšení empatie, změně nahlížení na traumatické vzpomínky, jejich zpřístupnění a zlepšuje tak možnost jejich zpracování (Ruse et. al., 2008).

2.6.3 Ketamin a resistentní deprese

Slibnými se jeví i výsledky testování ketaminu u pacientů s resistentní depresí. Ketamin je registrovaným léčivem užívaným v anestezii. Inhibuje aktivitu NMDA[10] receptorů, tím, že brzdí uvolňování neurotransmitteru glutamátu v presynapsích a naopak zvyšuje efekt inhibičního neurotrasnmiteru GABA[11]. U pacientů, kterým se podával na bolest, docházelo i k významným zlepšením depresivity, kterou zároveň trpěli (Correll & Futter, 2006). Z tohoto důvodu se ketamin začal zkoumat i mimo tuto indikaci. Tzv. *off label* podání mimo indikovanou skupinu se testuje například pacientů trpících resistentní depresí. Ukazuje se, že ketamin v tzv. off label podání vykazuje rychlý antidepresivní účinek u pacientů s těžšími a chronickými formami deprese. Antidepresivní účinek se manifestuje už v řádu

[10] N-methyl-D-aspartate receptor-glutamátový receptor (Wikipedia, nedat.)
[11] Nefunkčnost GABA systému se prokázaly u úzkostných poruch (Nemeroff, 2003)

hodin. Toto dokladuje například studie, kde testovali u pacientů s resistentní depresí účinek ketaminu. Skupině pacientů s resistentní depresí (n=74) podali midazolam[12] nebo ketamin. Účinky se projevily do 24 hodin a došlo ke snížení skóre depresivity.[13] Skupina s ketaminem vykazovala signifikantně významnější zlepšení než skupina s midalozamem (Murrough et al., 2013). I další výzkumy u pacientů s resistentní depresí prokazují zlepšení (Correll et al., 2006; Wiryana et al., 2017).

2.6.4 Psylocibin: strach ze smrti, závislosti

V současných klinických studiích bylo prokázáno, že po podání psylocibinu dochází u pacientů v terminálním stádiu onemocnění trpících sekundární úzkostí ke snížení strachu ze smrti (Tylš et al., 2019). Toto prokázaly některé současné studie na pacientech v terminálním stádiu onemocnění. Například klinická studie vedená Grobem et al. (2010) dokládá, že ve výzkumném vzorku pacientů v terminálním stádiu rakoviny se sekundárními úzkostmi a strachem ze smrti došlo k redukci úzkosti, zlepšení nálady a snížení strachu ze smrti. Některé studie se zaměřily na účinky psylocibinu u závislostí. Studie prokazují, že agonisté 5HT2A mají klinicky významný vliv u drogových závislostí i alkoholu (Bogenschutz et al., 2015). Například studie výše uváděných autorů zkoumala účinek psylocibinu u těžkých alkoholiků. Jejich výstupy potvrdily, že psylocibin má vliv na délku abstinence a snižuje bažení po alkoholu. Toto mělo dlouhodobý efekt přetrvávající následujících 6 týdnů[14].

Podkladem dlouhodobého účinku, domnívá se Tylš et al. (2019), je zřejmě již prokázaná indukce neuroplastického procesu, který byl prokázán u psychedelik 5HT. Transformativní cestou je i sama psychedelická zkušenost. Tylš et al. (2019) tak o psylocybinu hovoří jako o klíči k neuroplasticitě a zároveň zpřístupnění cesty k psychoterapeutickým zásahům.

[12] Hypnotikum, sedativum
[13] měřeno na *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale.*
[14] měřeno pomocí Beck depression inventory BDI, Profile of Mood State PMS, State trait anxiety Inventory STI).

2.7 Práce s rozšířenými stavy vědomí při náboženských rituálech

Psychologický výklad náboženských zážitků, se obvykle opírá o definici rozšířených stavů vědomí někdy definovaných jako holotropní vědomí (Říčan, 2007). Říčan prokazuje a opírá se o poznatky Groma (1992, in Říčan, 2007), který vysvětluje mimořádné stavy, rozšířené stavy vědomí na základě dvou mechanismů, které vědomí oslabují. *Jedná se o oslabení či úplné vymizení vědomí aktivity Já a vědomí oddělenosti Já od ne Já.*

2.7.1 Letniční hnutí, Santo Daime

Ukázkou, jakým způsobem lze interpretovat procesy nevědomí, může být letniční hnutí neboli pentekostalismus vznikající zejména v první polovině 19. století. Dalším příkladem může být církev Santo Daime, církev, vzniklá ve 30. letech 20. století, jejíž účastníci při pracích užívají nápoj **Ayahuasca**, užívaný po tisíciletí amazonskými indiány při ceremoniích. Tento nápoj, věří, propojuje člověka s bohem (GoschaTV1, 2014). Daime je odloučením od věcí, které člověka obklopují a vstupem do jiné dimenze, uvádí účastník práce (tamtéž). Nápoj ti ukáže, kdo jsi, proklamuje další (Goscha TV1, 2014). Ukáže ti tvé dobré a špatné stránky, dá možnost prozkoumat své vědomí, uvádí jiný účastník. Po celou dobu práce účastníci Santo Daime tančí a zpívají.

Stejně jako Santo Daime i letniční bohoslužby jsou slouženy v dynamickém duchu, za tance, emotivních projevů, tleskání, křičení, padání, pochodování (Remeš, 1999). Mezi typické projevy charakteristické pro příznivce letničního hnutí jsou řazeny ústní modlitby, zvedání rukou symbolizující zapojení celého jedince do modlitby, půst jako prostředek dostat se do kontaktu s Duchem svatým, vkládání rukou, kdy osoby obdařené dary ducha se modlí nad nemocnými, „tanec v Duchu“, pochod kolem stěn modlitebny zvaný pochod Jericha (Valenta, 1999). *Cílem je potlačit vědomí Já, odstranit kontrolu vědomých procesů a nechat působit ducha.*

Tyto procesy, domnívá se Říčan (2007), lze vysvětlit disociacemi některých procesů z vědomí. Pokud se dostanou do vědomí, jsou pociťovány jako působení ducha. Příslušný prožitek, vysvětluje dále Říčan, může být tak vynořením jistého obsahu z nevědomí, díky oslabenému vědomí aktivity já. Tak lze vysvětlit jak vnitřní hlas, tak i vize (Říčan, 2007). Díky oslabené aktivitě vědomí já jsou vnitřní stavy vnímány jako „vnější". Mimořádně silné prožitky mohou být vnímány vizuálně, sluchově i taktilně. Pokud je zapojeno svědomí, mohou být prožitky pociťovány bez vizuálního, taktilního či sluchového projevu, nicméně dotyčný subjekt je o řečeném zvenčí zcela přesvědčen (Říčan, 2007).

Grom (1992, in Říčan 2007) vychází při vysvětlení těchto stavů z disociačního schématu, kdy procesy či jevy nejsou vytěsněny, ale odsunuty z vědomí a pokud disociace pomine, dostávají se do vědomí. Pokud se tak děje při náboženských aktivitách, mohou být pociťovány jako přicházející zvenčí.

Tyto stavy, postuluje Říčan (2007), lze vyvolat účelně u náboženských prožitků nebo cíleně k psychoterapeutickým účelům, kdy je klient konfrontován se svými nevědomými obsahy. Umožňuje tak víceméně konfrontovat nevědomé obsahy jako externalizované prožitky a dát tak procesům v sobě smysl. Nalezení smyslu se tak může stát nalezením duševního klidu *par excellence*. Tím, že nevědomým procesům umožníme k nám promlouvat, uchopíme jejich nevědomý obsah a tímto umožníme konfrontaci subjektu s nevědomými stavy. Nalezením smyslu, jeho uchopením, vyslyšením, viděním, tak můžeme uchopit neuchopitelné či nepochopitelné.

3 Úskalí práce s rozšířenými stavy vědomí v rámci psychoterapeutické praxe

Rizika práce s rozšířenými stavy vědomí jsou různorodá. Pozice psychedelik je v tomto smyslu rozporuplná. Stejně jako mohou být zdrojem léčby, mohou stát i u zrodu duševních poruch a poruch chování či se stát nástrojem manipulace. V první části této kapitoly se budu věnovat systémovému zneužití. V další pak rizikům spojených s jejich nevhodným užitím. Výsledek užití záleží na tom, kdo komu podává látku, v jakém prostředí a za jakým účelem (Grof, 2017). Pokud je set a setting[15] nevhodný, pak se riziko zvyšuje.

Pozice LSD se za 30 let proměnila. Zpočátku byla pro psychiatrickou obec vnímána spíše jako přínos pro terapii. Po jejím zneužití se v 80. letech ve třetí revizi APA DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorder*) dostalo užití LSD do kategorie *psychiatric disorder* (Ross, 2007). MKN-10 jsou Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek včetně halucinogenů zařazeny do kategorie F10-F19 (MKN-10). Do této kategorie jsou zařazeny stavy akutní intoxikace, škodlivé použití, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, psychotická porucha reziduální s pozdním nástupem, jiné duševní poruchy a poruchy chování, neurčené duševní poruchy a poruchy chování.

Pak jsou tu rizika spojená se zdravotním stavem pacienta. Ačkoli lze po vhodné přípravě, nastavení setu a settingu rizika minimalizovat, existují skupiny, kde riziko přetrvává, a kde se nedoporučuje s rozšířenými stavy pracovat. V rámci stávající práce se mi nepodařilo dohledat jasná kritéria, na základě kterých jsou určité skupiny vyloučeny. Uvádím zde tedy jen hrubý výčet u vybraných studií. Výzkumnou část pak považuji za příležitost zjistit u psychoterapeutů/průvodců, zda oni sami nějaké diskriminační kritérium používají nebo zda vychází z čistě intuitivního modelu.

[15] Setting: vnější nastavení, tedy vnější prostředí včetně fyzických a sociálních vlivů
Set: vnitřní nastavení jedince včetně postojů a osobnostní struktury (Zinberg, 1984)

3.1 Zneužití psychedelik

Grof (2017) například v souvislosti se zneužitím psychedelik zmiňuje, že se uvažovalo o možnosti využití těchto látek armádou či jako zneužití vůči určité skupině obyvatelstva. Uvažovalo se o zavedení LSD do podzemních vod, kdy by takováto skupina/město byly následně snadno obsaditelné nebo se uvažovalo o přidání látky do aerosolu či nápoje a jejím použití ke zkompromitování například diplomatů jejich zesměšněním, ztrapněním.

CIA v rámci programu pod krycím názvem MKULTRA testovala v Kanadě a USA LSD na lidech, aniž by tušili, že testování jsou. Domnívali se, že pomocí LSD a dalších možných psychologických manipulátorů lépe obstojí v době studené války (History.com, 2018). Předpokládali, že tyto prostředky umožní kontrolovat psyché a zjednoduší výslechové metody (George Emil Palade University, 2020). K tomu využívali různé postupy „*vymývání mozků*“, a to jak medicínské, tak psychologické (Ciaccia, 2010). Využívali tak psychedelika v kombinaci s paralyzujícími prostředky a elektrošokovou terapií (History.com, 2018). Byly využity elektrody zavedené do mozku, LSD, hypnóza, techniky způsobující amnézii, uvádí Ross (2007). Informace o tomto programu byly zveřejněny, v době, kdy vstoupil v platnost *Freedom act*[16]*.* Právě v tomto období byly zpřístupněny dokumenty formálně označované jako Dokumenty studené války (Ciaccia, 2010). Vyšlo z nich mj. najevo, že CIA v roce 1953 podepsala kontrakt s největším výrobcem LSD na Severu Spojených států Eli Lilly Company a tento byl zřejmě využit v programu MKULTRA (Ross, 2007).

Tajný program někdy též označovaný jako „*brainwashing experiments“* dle dostupných zdrojů zahrnovalo více než 130 výzkumných programů v nemocnicích, univerzitách a vězeních (CIA, 1984). Trval od roku 1953 do roku 1973 a byl podpořen ze zdrojů CIA a armádou spojených států. Do programu byly zapojeny mimo jiné McGill University, University of Harvard, Hodkinson University či University Yale. Účastnili se ho lékaři, psychiatři i psychologové. Do programu byl

[16] Legislativní opatření z roku 2015, navazující na„Patriot act,“ Patriot act umožnil po 11. září národní bezpečnostní agentuře sbírat hromadná data o amerických občanech. Freedom act vymezuje nové limity tomuto sledování (CCIANET, 2015).

zapojen mimo jiné Carl Rogers, známý však především svojí terapií orientovanou na člověka, uvádí Ross (2007).

V letech 1969-1973 byl program veden Richardem Helmsem a Sidney Gotliebem. Cílem bylo zjistit, zda lze tímto způsobem lidi ovládat, *„brainwashovat*“ a psychicky manipulovat. Přinutit je dělat něco, co by normálně neudělali (History.com, 2017). V roce 1973 byla většina nahrávek z programu těmito muži zlikvidována (CIA, 1984).

Níže uvádím krátkou ukázku z těchto experimentů, které se uskutečnily například pod vedením Dr.Camerona na McGill University v Montrealu. Lidé trpící depresí zde byli podrobování metodám elektrokonvulzivní terapie v kombinaci s psychedeliky a paralytiky. Pacienti místo terapie dostávali elektrokonvulzivní terapii ve výrazně vyšších dávkách, než se obvykle praktikovala, dále podstupovali terapii spánkem, kdy dostávali vysoké dávky drogy až po 60 dnů a během této doby procházeli takzvaným *psychic driving,* kdy museli stále dokola poslouchat nahrávky. Zároveň dostávali injekčně drogy způsobující paralýzu a LSD vedoucí k halucinacím (CIA, 1984). Paní Orlico, která podstoupila tuto terapii na montrealské universitě, například popisuje následující zážitky. „*Dr.Cameron mi píchl injekci LSD, řekl uvidíme se za chvilku Lassie a zavřel dveře. Po chvíli jsem se začala cítit zvláštně, věci kolem mě byly zkreslené. Cítila jsme se čím dál více vystrašená, můj strach stále narůstal, nevěděla jsem, co udělat, aby to přešlo, měla jsem pocit, jakoby se mé kosti rozpouštěly, už jsme nevěděla, kdo jsem“ (*CIA*,* 1984, 3). Dr. Mary Morrow například dostávala mnohonásobně větší dávky elektrošoků, než bylo běžné a popisovala následující zážitky spojené se ztrátou identity.“*Byla jsem zavěšena v prostoru ve tmavé díře a neměla jsme pocit, že jsem lidskou bytostí. Necítila jsem nic pevného, spíš jako bych plula. Byla jsem zcela dezorientována a domnívala se, že jsem organismem“* (CIA, 1984, 3). Dr. tímto zásahem trpí celoživotním poškozením mozku. Takovéto praktiky zanechaly na zkoumaných jedincích hluboké stopy. Někteří měli na základě této „léčby“ nevratné změny na mozku a došlo u nich ke změnám osobnosti *(CIA, 1984)*. Byli tak léčeni ti se středními obtížemi i ti s těžkými nicméně bez rozlišení pro koho je léčba vhodná a pro koho nikoli.

Ovšem nápad využití LSD, komentuje důstojník CIA, byl jedním z nejbláznivějších nápadů. Užití LSD s cílem kontrolovat lidskou mysl je zcestné, protože LSD je naopak drogou, která duši osvobozuje (History, 2017). Dle některých zdrojů to byla právě CIA, která LSD v 60. letech do států zavedla (History.com, 2017). Do 70. let, uvádí Ross (2007), bylo testováno LSD na vojácích americké armády. Ve státní nemocnici v Creedomore v New Yorku bylo LSD testováno i na dětech. Jsou zdokumentovány případy, kdy dětem ve věku 5-10 let bylo podáváno LSD či meskalin. Některé dostávaly dávku denně jiné týdně či několikrát v roce (Ross, 2007). V rámci programu docházelo i k testování MDMA, psylocibinu, meskalinu, heroinu, barbiturátů či metamfetaminů (History.com, 2018). Výstupy byly zdokumentovány v psychiatrických časopisech a prezentovány na konferencích. Některé konference byly pořádány akademickou obcí, některé byly financovány CIA, uvádí Ross (2007).

Důstojník CIA George White v rámci programu MKULTRA zřídil tzv. nevěstince v New Yorku a San Francisku s cílem testovat účinky LSD v přirozených podmínkách, aniž by o testování dotyčný věděl. Najaté prostitutky pak v těchto domech podávali LSD do pití svých klientů. V místnosti bylo jednostranné zrcadlo a psychiatři pak sledovali jaké účinky LSD vyvolá (Ross, 2007).

V zájmu vědy byly pod hlavičkou armády spojených států a námořního výzkumu na dětech i dospělých v 50. letech používány elektrody zaváděné do mozku. Dr. Heath například zaváděl elektrody do mozku 19ti letého chlapce, aby mu léčil údajnou psychiatrickou poruchu, homosexualitu (Ross, 2007).

Eastbrook pořádá semináře o využití hypnózy pro vojenské účely. Hovoří o snaze vytvořit jedince, kterým bude implantována nová identita, na kterou však budou mít amnézii *Manchuarian candidate*. Tato alter osobnost může být využívána pro různé vojenské mise. Je popsán případ jistého vojáka, který byl „naprogramován“ Dr. Eastbrookem. Byl využit na doručení vzkazu z New Yorku do Tokia. Po jistém vzkazu, který mu byl implantován při hypnóze „*The moon is blue“* se přepnul do nové identity a odpověděl předáním vzkazu. Následně se vrátil do svého běžného stavu a na tento měl amnézii (Ross, 2007).

Byly i snahy například implantovat falešné vzpomínky chyceným špionům z druhé strany. Do těchto experimentů byli zapojeni jak lékaři, psychiatři, tak psychologové. Zahrnovaly metody senzorické deprivace, izolaci, vyslýchání, podávání drog či hypnózu (Ross, 2007).

3.2 Rizikové skupiny

Klasická serotogenní psychedelika dle dostupných dat obvykle nebývají spojována s poškozením mozku či jiných orgánů, nezpůsobují abstinenční příznaky, závislosti, poškození plodu či genetické změny (Krebs & Johansen, 2013). Toto potvrzuje i MUDr.Tylš (2015) u současných studií s psylocibinem, kde konstatuje, nebyly zatím popsány závažné negativní účinky, jeho toxicita je nízká.

Rizika, uvádí autor, jsou spojena spíše s nevhodným způsobem užití. Snižují se přípravou a vhodně zvoleným bezpečným prostředím (set/setting) (Tylš, 2015). Ve shodě s tímto Griffths et al. (2008) konstatuje, že oproti dřívějším studiím jsou při řádné přípravě a podpoře během sezení experimenty hodnoceny pozitivněji a dochází ke snižování nežádoucích účinků jako jsou například panika či paranoia.

I v souvislosti s LSD dostupná data prokazují, že riziko dlouhodobého poškození psychiky je nízké u emočně stabilního jedince v bezpečném, kontrolovaném prostředí (setting). Riziko nežádoucích účinků, riziko patologického chování se zvyšuje u jedinců s psychiatrickou poruchou, predisponovaných jedinců, nestabilních osobností prožívající životní krizi (McWilliams & Tuttle, 1973).

Stebelská (2013) ve své studii upozorňuje na nebezpečí neurotoxity psychoaktivních látek na bázi hub, naznačuje rovněž možnost poškození mozku a kardiovaskulárního systému a varuje před riziky jejich použití i v psychoterapeutickém kontextu. Tylš (2015) v reakci na tato zjištění konstatuje, že tato studie se týkala užití hub a nikoli užití psylocibinu jako takového. Tyto účinky mohly být způsobeny toxicitou dalších látek obsažených v „magických houbách“.

Riziko vedlejších účinků u psylocibinu jako takového je nízké. Nicméně u některých pacientů se objevily následující vedlejší účinky. Nejčastějším nežádoucím účinkem byla bolest hlavy (Chi & Gold, 2020). Griffiths et al. (2016) ve své studii jmenovali následující účinky u zkoumané skupiny, zvýšený systolický tlak (34%), diastolický tlak (13%), nevolnosti/zvracení (15%), fyzický diskomfort (21%), psychický diskomfort (32%), úzkostná epizoda (26%), paranoia (1 osoba) úzkost/strach, depersonalizace/deralizace, paranoidní myšlenky, zívání, pláč, nevolnost, derealizace. Carhart-Harris et al. (2016) u pacientů s depresemi uvedli následující nežádoucí účinky po požití psylocibinu: přechodná zmatenost, překotný myšlenkový tok, bolest hlavy, paranoia. Nicméně nikdo z těchto pacientů nepotřeboval během sezení medikaci (*tranquilizers*).

LSD bylo na počátku zkoumáno proto, že zaujalo klinickou podobností se symptomy schizofrenie - mylné představy, kognitivní zkreslení, zkreslené vnímání, paranoia (Chi & Gold, 2020). U zvířat způsobovalo následující symptomy, které přetrvávaly i po ukončení podávání dávek LSD. Setrvávaly u nich hyperaktivita, iritabilita, anhedonie, narušené sociální vazby. Nicméně u lidí, kteří nebyli predisponováni, se přetrvávající psychotická reakce po užití LSD neprokázala. Fyziologicky po požití LSD dochází ke zvýšení tlaku, zrychlení srdeční činnosti, zvýšení teploty, bolestem hlavy, pocitům vyčerpání, problémy s pozorností, úzkosti. Dále se mohou objevit *bad trip*, které mohou vyžadovat i lékařský zásah, senzorické poruchy známé jako *flashbacky*, zřídka se objevují iracionální jednání končící sebevraždou či smrtí (European monitoring center for drug and drug addiction, nedat). Vzácně pak může dojít k epileptickým záchvatům (Malec, 2019). Hoffer a Osmond (1967) rozlišují následující typy komplikací, které po požití LSD mohou nastat: reakce probíhá příliš dlouho, nebo je příliš intenzivní. Nejčastěji uvádí (tamtéž) se vyskytovaly panické záchvaty, pocity bezmoci (*unmanageability)* a různé somatické obtíže.

Třetí možností doplňují (Osmond & Hoffer, 1967) jsou komplikace způsobené nezkušeností, nekompetentností terapeuta. Tuto třetí variantu, uvádí Osmond, ovšem nelze připisovat látce jako takové, ale terapeutovi. Doporučuje, aby byl klient sledován po celou dobu sezení, protože jedním z nebezpečí, je to, že není průběžně terapeutem sledován.

3.2.1 Vyloučená kategorie

Jak konstatuji úvodem, jasná kritéria výběru/přijetí/vyloučení účastníků terapeutem se mi nepodařilo dohledat ve strukturované podobě. Níže tedy uvádím výčet toho, co jsem k tomuto tématu našla. Výzkumnou část v tomto smyslu bych pak ráda uchopila jako možnost toto téma otevřít.

Carhart et al. (2016) například v jedné ze svých studií psylocibinu vyloučili z výzkumu následující kategorie: diagnostikovaná psychotická epizoda, medicínský významné limity pro zapojení se do výzkumu, předchozí pokus o sebevraždu vyžadující hospitalizaci, manické epizody, fobie z krve nebo jehel, těhotenství (Carhart-Harris et al., 2016).

Grof (2000) u holotropní terapie doporučuje vyloučit z terapie osoby se závažnými kardiovaskulárními problémy jako je například prodělaný infarkt, krvácení do mozku, kornatění cév, osoby s vysokým krevním tlakem, dále pak osoby po nedávno prodělané operaci, těhotné. Komplikací je i holotropní terapie u pacientů s epilepsií, protože zrychlené dýchání může záchvat vyvolat. Vančura (2019) u holotropních dýchání rovněž vylučuje těhotné, osoby s kardiovaskulárními problémy, nevhodnou medikací, psychiatrické problémy určitého typu.

Studerus, Kometer, Hasler, Vollenweider (2011) ve studii analyzovali krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé účinky psylocibinu z osmi dvojitě zaslepených studií (placebo/psylocibin) z let 1999-2008, které byly provedeny na 110 zdravých jedincích. Autoři zaznamenali, že ačkoli působením psylocibinu došlo ke změnám nálad, rozpoložení, vnímání, sebepojetí, sebezkušenosti, většina, tuto zkušenost vnímala pozitivně jako obohacující neohrožující zážitek. Pouze u malého vzorku autoři při vyšších dávkách zaznamenali prudké výkyvy nálady, úzkostné reakce a paniku. Tyto stavy byly však zvládnutelné pomocí podpory jedince a nevyžadovaly nasazení medikace

Ačkoli obecně riziko v bezpečném kontrolovaném prostředí je nízké, prokazatelně dochází po požití psychedelik k fyziologickým změnám jako je zvýšení tlaku, zrychlení srdečního tepu, bolesti hlavy. Na úrovni psyché pak může docházet

k přechodným změnám vědomí, vnímání, emočním poruchám či myšlenkovým zmatkům (Chi & Gold, 2020).

3.2.2 Role terapeuta/provázejícího

Jak zmiňuji v předchozí kapitole, třetím rizikem při psychedelické terapii je riziko spojené s osobou terapeuta.

Grof (2000) v zásadách holotropní terapie rozlišuje roli terapeuta, sittera a facilitátora. Facilitátorem je osoba vedoucí holotropní dýchání, která podporuje potenciál léčby a v případě potíží poskytuje podporu sitterům. Sitter je ten, co je účastníkům během sezení k dispozici, usiluje o reflektování jejich potřeb v případě potíží je k "ruce". Terapeut je kvalifikovaná osoba provádějící psychoterapii. Za kvalifikované v provádění jednodušší podpůrné terapie uvádí Kratochvíl (1997) lze považovat osoby s ukončeným psychologickým nebo lékařským vzděláním, u týmové práce pak vyškolené zdravotní sestry či sociální pracovnice. U systematické psychoterapie je pak vyžadován ještě speciální výcvik (Kratochvíl, 1997).

Grof (2000) rozděluje psychedelickou terapii na tři vzájemně provázané fáze. První by měla předcházet samotnému podání psychedelické látky. Je složena ze série rozhovorů s cílem vybudovat terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem a zároveň získat informace o emočních potížích klienta a jeho anamnéze. Délka této fáze, uvádí (tamtéž) závisí na typu potíží, povaze látky, osobnosti klienta apod. Samostatnou část doporučuje věnovat edukaci o podávané látce jako takové.

Druhá fáze je samotným podáním látky. Doporučuje, aby se konalo ve vkusném, pohodlném prostředí vybaveném toaletou, kde nebude klient ničím rušen. Ideálně, zdůrazňuje Grof (2000), by se měl zážitek uskutečnit v přírodním prostředí. Nedílnou součástí psychedelického zážitku by měla být hudba. Doporučuje omezit i stravu na jednoduchou a lehce stravitelnou, hladovění, uvádí, usnadňuje vstup do mimořádných stavů vědomí.

Během podání by měl být klient ve vodorovné poloze se zavřenýma očima. Slovní kontakt s terapeutem během zážitku by měl být omezen na minimum, nicméně se doporučuje jeho přítomnost během celého sezení. Role terapeuta v této fázi je uzpůsobení hudby klientovým zážitkům, podání vody, sáčku, případně odvedení klienta na toaletu. Po doznívání zážitků terapeut s klientem o jeho zážitcích krátce pohovoří, případně klient vyjádří slovně či jinak co během zážitku prožil. V případě, že nejsou všechny zážitky zpracovány, doporučuje Grof (tamtéž) uvést klienta na krátko do holotropního dýchání nebo cílené práci s tělem.

Třetí fáze je fází, kdy klient svůj zážitek analyzuje s terapeutem nebo ho sdílí ve skupině nebo ho lze vyjádřit i umělecky. V případě potřeby realizuje s odstupem další sezení. Tento postup považuje za účinnější metodu než využití anxiolytik nebo ataraktik, která proces naopak blokují.

Výzkumná část

4 Výzkumný problém

Ve výzkumné části navazuji na poslední kapitolu teoretické části a zaměřuji se na cílovou skupinu, tedy terapeuty/provázející v kontextu práce s rozšířenými stavy vědomí. Roli terapeuta při využívání technik navozující rozšířené stavy vědomí k psychoterapeutickým účelům a při integraci psychedelické zkušenosti považuji za klíčovou. Znalosti, vlastní zkušenost s rozšířenými stavy, role terapeuta při setu a settingu, dovednosti a schopnosti terapeuta mají vliv na samotnou zkušenost. Tím, že v současné době dochází k jakési renesanci v této oblasti ve výzkumu, a to jak v zahraničí, tak i u nás, je zájem o tuto oblast možností, jak se dostat k informacím v období, kdy se postupy vytvářejí.

Aktuálně probíhají výzkumy jak na zdravých dobrovolnících, tak na těch, kteří například trpí depresemi, PTSD. Výzkumy v této oblasti se zaměřují zejména na zkoumání účinků látek jako je psylocibin, ketamin, ayahuasca, LSD. (např. Griffiths et al., 2008; Carhart-Harris et al., 2012; Lebedev et al., 2016; Wiryana et. al., 2017; Palhano-Fontes et al., 2019; Moreno & Bayze, 2020). Ovšem osobě terapeuta/průvodce není věnováno takové pozornosti. Nicméně to, jaký výsledný efekt bude látka mít, závisí ve velké míře právě na osobě terapeuta/provázejícího, a proto považuji za důležité věnovat se i této oblasti. Jedná se zde o kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. S přibývajícími výzkumy přibude zřejmě i snaha jasně definovat i tuto roli při práci s rozšířenými stavy vědomí. Tedy jakou roli sehrává provázející osoba, jaké zkušenosti, vzdělání, znalosti by daná osoba měla mít a jak by měly být dále využity v psychoterapii. Zároveň je potřeba stanovit hranice při této práci.

Tím, že práce s látkami jako je psylocibin, ayahuasca, LSD, MDMA není legální, kritéria se teprve tvoří ve výzkumném kontextu a standardizace proto může vzniknout jen v této rovině. Z tohoto důvodu jsem oslovila právě i tuto skupinu, která se zabývá výzkumem těchto látek s cílem zaměřit se na zmíněná témata a zmapovat, jakým způsobem se o vzniku kritérií v návaznosti na stávající výzkumy uvažuje.

Zároveň jsem oslovila i osoby mimo výzkum, které mohou mít zase řadu zkušeností z praxe a přispět cennými informacemi do oblasti, která se právě tvoří ve výzkumu, a ze které by se v budoucnosti mohly vytvořit standardizované postupy pro terapii při práci s vybranými technikami k navození rozšířených stavů vědomí.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému jsem definovala následující výzkumné cíle:

I. **Zmapovat požadavky na terapeuty/provázející při práci s rozšířenými stavy vědomí.**

II. **Popsat techniky práce terapeutů/provázejících s rozšířenými stavy vědomí.**

III. **Popsat úskalí práce s rozšířenými stavy vědomí pro terapeuty/provázející i pro klienty.**

Na základě formulace výzkumných cílů, byly formulovány následující výzkumné otázky pokrývající zvolené oblasti.

1. Jaké jsou nároky/požadavky, kladené na osobu provázejícího v psychoterapeutické praxi?
2. Jaké jsou okruhy využití technik?
3. Jaké jsou postupy práce s klienty při rozšířených stavech vědomí?
4. Jaká jsou úskalí těchto technik pro terapeuty/provázející?
5. Jaká jsou úskalí těchto technik pro klienty?

5 Popis metodologického rámce

V návaznosti na vytyčené cíle byl pro účely této práce zvolen k výzkumu kvalitativní přístup. Zatímco kvantitativní výzkum má spíše deduktivní charakter, kvalitativní výzkum je zaměřen na výzkum zvoleného jevu v celé své šíři, tedy explorativně a heuristicky a má převážně induktivní charakter (Ferjenčík, 2000). Záměrem tohoto výzkumu byl hloubkový průzkum vytyčených oblastí s cílem tyto oblasti detailněji popsat, prozkoumat a pochopit je v integrovaném celku. Metoda hloubkového poznání daného jevu s malým počtem respondentů byla zvolena i proto, že se jedná o eticky i legislativně problematické téma a získat data od velkého počtu respondentů by bylo složité.

5.1 Typ výzkumu

U metody zpracování dat jsem oscilovala mezi volbou dvou metod, a to interpretativní fenomenologickou analýzou IPA a metodou vytváření trsů. S ohledem na to, že výzkum je zaměřen na více témat a nezaměřuje se tolik na prožitky respondentů, jsem se rozhodla zvolit metodu vytváření trsů. Metoda vytváření trsů je metodou uskupení výroků, témat na základě podobnosti do skupin (Miovský, 2006). Tímto vznikají induktivně uspořádané kategorie například na základě tematického překryvu (Miovský, 2006). Na základě této metody jsem se tedy pokusila uskupit jednotlivé výroky v daných tematických oblastech.

5.2 Design výzkumu a tvorba dat

S ohledem na zvolenou metodu hloubkového poznání daného jevu jsem zvolila výzkumný design o malém počtu respondentů. Výzkum byl realizován v říjnu a listopadu 2020. Zvolenou cílovou skupinou byli **průvodci/terapeuti** pracující s psychedeliky/využívající metody navozující rozšířené stavy vědomí. S ohledem na stávající legislativní rámec, práce v tomto kontextu neznamenala profesi, ale zájem o tuto oblast a zkušenost z této oblasti v rámci provázení/terapie. Cílem

bylo získat jak data od respondentů z výzkumu, tak data od respondentů mimo oblast výzkumu. Data byla takto získána od osmi respondentů.

Výběr vzorku byl proveden na základě nepravděpodobnostní metody výběru. Tedy metoda se neopírala jako v případě výběru u kvantitativních metod o náhodný výběr. Výběr byl záměrný a byla využita metoda sněhové koule. Ta vychází z kombinace účelového a prostého náhodného výběru, příp. dalších variant (Miovský, 2006). V našem případě jsem vyšla z účelového výběru a oslovila instituce či vytipované jedince, kteří se na tuto oblast zaměřují.

Na základě tohoto předpokladu byli osloveni členové České psychedelické společnosti, kteří se mimo jiné zabývají vědeckým výzkumem v této oblasti, členové Psyon, psychoterapeuticky orientovaného centra zaměřujícího se na problematiku psychedelických látek, Národní ústav duševního zdraví, kde právě probíhá výzkum psylocibinu při léčbě depresí, MDMA při léčbě posttraumatické stresové poruchy. Zároveň byli osloveni jednotlivci jak z řad terapeutů, tak z řad osob, které se zabývají oblastí provázení. Cílem bylo získat data od těchto osob, které se ve zvolené oblasti pohybují jak ve vědeckém výzkumu, tak v oblasti provázení. Oblastí provázení mám v tomto kontextu na mysli sittery provázející zkušeností s rozšířeným stavem vědomí. Osloveni jsou nejen terapeuti/provázející osoby, které mají zkušenost s psychedeliky, ale i osoby pracující se změněnými stavy vědomí v rámci holotropního dýchání. Podmínka anonymity byla v tomto případě možností, jak získat důvěru některých provázejících, kteří nepracují s psychedeliky ve výzkumu, ale mimo současně nastavený legální rámec v podmínkách České republiky.

Oslovení české psychedelické společnosti probíhalo přes emailovou komunikaci s pozvánkou, kde byly uvedeny základní informace o výzkumu. Pozvánka byla zasílána všem členům společnosti. Národní ústav duševního zdraví byl osloven přes kontaktní osobu v projektu zabývajícího se výzkumem psylocibinu a deprese a dále pak přes mailing na dotyčné výzkumníky, kteří se na tuto problematiku specializují. Emailovou komunikací proběhlo i oslovení terapeutů u holotropní terapie a vybraných terapeutů obecně, kteří by mohli znát osoby, které se v této oblasti pohybují. Dalším formou kontaktování bylo telefonické oslovení, sociální

sítě či osobní kontakty. Elektronické i telefonické rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů.

5.3 Výzkumný soubor

Pro účely našeho výzkumu byli osloveni jak facilitátoři, tak sitteři či terapeuti, kteří se specializují na rozšířené stavy vědomí. Jednotlivé kategorie nebyly v našem výzkumu rozlišeny, podmínkou zahrnutí do výzkumu byla práce s rozšířenými stavy vědomí. Data byla získávána na základě polostrukturovaných rozhovorů, kde byly vytyčeny jednotlivé oblasti zájmu. Respondenti byli dotazováni na stanovené oblasti pomocí osmi otevřených otázek. Během rozhovoru jsem se držela základního schématu otázek včetně řazení otázek, a v případě potřeby jsme téma dále rozvedli.

Polostrukturovaných rozhovorů se nakonec zúčastnilo 8 osob a byl tak naplněn původní předpoklad. Sociodemografické charakteristiky respondentů jsou uvedeny v tabulce č.1. Výzkumu se zúčastnili jak účastníci pracující s psychedeliky/rozšířenými stavy vědomí ve výzkumu, tak účastníci, kteří se na toto téma zaměřují i v přímé práci s klienty.

Pohlaví respondentů	Délka praxe práce s rozšířenými stavy vědomí	Vzdělání	Typ vzdělání	oblast působení
Žena	1	Vysokoškolské	Psychologie	výzkum, přímá práce
Žena	7	Vysokoškolské	Klinická psychologie	výzkum
Muž	3	Středoškolské	Všeobecné (lyceum)	přímá práce
Muž	8	Středoškolské	Odborné	přímá práce
Muž	5	Vysokoškolské	Aplikovaná psychologie v managementu	přímá práce
Muž	2	Vysokoškolské	Klinická psychologie	výzkum
Muž	14	Vysokoškolské	Psychologie	přímá práce
Muž	8	Vysokoškolské	Psychiatrie	výzkum, přímá práce

Tabulka č. 2: Sociodemografické údaje respondentů.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

Respondenti byli seznámeni s účelem výzkumu a před začátkem rozhovoru vyjádřili ústní souhlas s účastí ve výzkumu. Výsledky byly zaznamenány na záznamník a všechny rozhovory byly následně přepsány. Přepisy byly schváleny všemi osobami, které se výzkumu zúčastnily. Tyto osoby zároveň souhlasily s případným uvedením rozhovorů do přílohy této práce a jejich použitím ke kvalitativní analýze dat. Jeden z rozhovorů je přílohou této práce. Za účelem zachování anonymity byly rozhovory očíslovány bez uvedení jmen. S ohledem na skutečnost, že okruh osob, které se specializují na práci s rozšířenými stavy vědomí je poměrně úzký, došlo i k vyjmutí vybraných údajů, které by mohly vést k identifikaci dotyčných respondentů.

K analýze dat jsem využila program Atlas ti. Pro přepsané rozhovory jsem nejprve využila otevřené kódování a vybrala významové jednotky[17]. Tímto způsobem jsem kódovala všech osm transkribovaných rozhovorů. Následně jsem přistoupila k revizi kódů, některé nadbytečné kódy jsem vyjmula a obdobně pojmenované sloučila.

V další fázi jsem v programu Atlas ti. kódy uspořádala do skupin. Tedy významové jednotky jsem uspořádala do trsů, kdy se v každém trsu nacházela obdobná témata. Následně jsem využila metodu zachycení vzorců. Metodu hledající v datech opakující se vzorce, které jsou následně zaznamenávány (Miovský, 2006). Ve vzešlých kategoriích jsem se tedy pokusila nalézt opakující se téma, vzorce tvořící *gestalt.*

5.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

Látky, se kterými psychoterapeuti/sitteři/facilitátoři pracují, jsou v České republice na seznamu zakázaných látek. Lze s nimi pracovat pouze po získání potřebných povolení za účelem výzkumu. Pod hlavičkou NÚDZ, jak zmiňuji v teoretické části, například dochází k výzkumu účinnosti psylocibinu či ketaminu při léčbě depresí. Nicméně cesta pro získání potřebných povolení je velmi komplikovaná. Látky, uvádí například Malec (2019), jsou zařazeny do nejpřísněji regulované skupiny látek, u nichž je vysoké riziko závislosti. Látky jsou uvedeny na seznamech návykových látek schválených nařízením vlády 463/2013 Sb. Zákon č. 167/1998 Sb. pak upravuje zacházení s těmito látkami uvedenými na seznamech a stanovuje podmínky zacházení s těmito látkami. Výzkumy z tohoto důvodu probíhají za přísných opatření a pevně stanovených legislativně vyhovujících podmínek. Získání osob pracujících s psychedeliky ve výzkumu je právě s ohledem na uvedená přísná opatření náročné. S ohledem na probíhající výzkum zřejmě i ochota sdílet zjištění není vysoká. Navíc sdílení informací není vyváženo recipročně rovnocenným materiálem na mé straně.

[17] Pojmy, které označující události jako jsou jevy, pocity, soudy (Miovský, 2006)

Oslovení skupiny pracující s rozšířenými stavy vědomí bez psychotropních látek, konkrétně v případě holotropního dýchání je méně komplikované, protože se jedná o činnost provozovanou v mezích legislativního rámce na území České republiky. Nicméně téma je ve společnosti značně zprofanováno a úměrně tomu je i ochota terapeutů/sitterů/facilitátorů nižší.

Oslovení těch, kteří pracují s technikami mimo výzkum, je komplikované, neboť práce s těmito látkami mimo výzkumný rámec a bez potřebných povolení, není legální. Poskytnutí informací je tak pro tuto cílovou skupinu rizikem ohrožení praxe, rizikem trestních postihů, ohrožením pozice, ztrátou reputace, ztrátou důvěry kolegů, klientů. Z tohoto důvodu bylo obtížné skupinu pracující s psychedeliky mimo rámec zákona vůbec vytrasovat a následně pak adekvátně oslovit. Všem respondentům bylo proto srozumitelně prezentováno, co je účelem výzkumu a z jakých důvodů jsou informace potřebné. Na základě těchto informací vyjádřili informovaný souhlas s výzkumem a zároveň byli informováni, že kdykoli během výzkumu mohou bez udání důvodů odstoupit.

S ohledem na to, že se jedná o práci s látkami na seznamu návykových látek, bylo nutno respondentům v prvé řadě zaručit stoprocentní anonymitu, aby nebylo možno jakkoli dané osoby zpětně vyhledat. U těch, co pracovali s psychedeliky mimo výzkum, byla kromě elektronického oslovení využita i síť „známých známých“, kteří mi byli doporučeni, a kde bylo možno zajistit a vybudovat alespoň částečnou důvěru. Právě vybudování vzájemné důvěry mezi respondentem a výzkumníkem při přípravě a průběhu těchto rozhovorů bylo jedním z hlavních nástrojů k získání dat. Autentičnost a validita dat byla tak odvislá od vybudované důvěry. K důvěře přispěl i status studentky na Filozofické fakultě Univerzity Palackého.

6 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu uvádím dle témat, která pokrývají s tím, že pracuji se všemi přepsanými rozhovory současně. Tedy neanalyzuji každý rozhovor zvlášť, ale pracuji se všemi rozhovory dle výzkumných otázek, které pokrývají. U každé výzkumné otázky uvádím vzniklé trsy a případně připojuji tabulky s četností zastoupení jednotlivých témat.

V níže uvedeném přehledu uvádím výčet látek/technik, které respondenti uvedli jako techniky využívané k navození rozšířených stavů vědomí k terapeutickým účelům. Výskyt technik nesouhlasí s absolutním počtem respondentů, protože někteří respondenti uváděli více technik/látek najednou. V jednom případě pak respondent látku nekonkretizoval a uvedl psychedelika obecně.

Technika/látka k navození rozšířených stavů vědomí	
Technika	Četnost
MDMA	3
Psylocibin	2
Dýchání (maitri, holotropní)	2
Psychedelika obecně	1
Peyot	1
Ketamin	1
Ayahuasca	1

Tabulka č.3: Techniky k navození rozšířených stavů vědomí.

6.1 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 1

Výzkumnou otázkou číslo 1 byly nároky/požadavky, kladené na osobu provázejícího v psychoterapeutické praxi. Na základě této výzkumné otázky jsem

kódovala významové jednotky ve všech přepsaných rozhovorech a výpovědi jsem uspořádala dle tematického překryvu do trsů. Vznikly tak tyto trsy:

I. vzdělání

II. osobnostní charakteristiky a dovednosti

III. sebezkušenost

6.1.1 Vzdělání

Požadavek na vzdělání zahrnoval jak požadavek na adekvátní vzdělání v oblasti, tak i speciální výcvik spojený s danou oblastí zájmu. Nejčastějším požadavkem ohledně vzdělání bylo uváděno vzdělání lékařské (2x), vzdělání klinického psychologa (2x). Toto téma rozlišovalo i zahraniční a český kontext. Zatímco ve Spojených státech může být požadavek jen na základní vzdělání při práci s těmito technikami. „*V Americe se snaží celou akci velmi zlevnit, to znamená nároky najdete v podstatě u toho prvního sittera" (R7)*, v kontextu českého výzkumu je požadavek na lékařské vzdělání při podání látky podmínkou. „*Nově bude mít možnost podání i klinický psycholog"* (R7). V kontextu mimo výzkum tato oblast není specifikována. „*Myslím, že všeobecně je to dost volný. Zkrátka ten člověk musí mít v tom druhým nějakou míru důvěry. Možná tomu pak nějak pomáhá i nějaký vzdělání v oboru nebo příbuzným oboru"* (R1).

U požadavků na výcvik uváděli respondenti buďto výcvik spojený s danou technikou vedoucí ke změněným stavům vědomí, „*A součástí výcviku, abych pracoval s dýcháním, musím mít výcvik, to záleží samozřejmě, jakej výcvik, já mám Maitri dýchání"* (R5). *„Mám i ten výcvik MDMA"* (R6), výcvik spojený s integrací zážitku. V souvislosti s integrací respondenti jmenovali gestalt s cílem integrovat zážitek do každodenního života. Případně analytický přístup, kde se pracuje ve spirituálním kontextu. Nicméně v případě gestalt se nejednalo jen o takovýto požadovaný výcvik, ačkoli byl tento typ výcviku zmiňován nejčastěji (3x). Dokonce ve výzkumu není ani u nás ani ve světě jasně specifikován požadavek na výcvik. „*Co se týče psychoterapeutickýho vzdělání, tak v těch studiích třeba v*

„NÚDZU“ kupodivu není nárok na dokončenej terapeutickej výcvik, není napsáno, jak musí bejt dlouhej, jsou jak tříletý, tak šestiletý…Mezinárodně tady taky není jakoby jasno“ (R7).

6.1.2 Osobnostní charakteristiky a dovednosti

Druhou definovanou oblastí v této kategorii byly osobnostní charakteristiky a dovednosti. Respondenti v tomto kontextu hovořili o osobnostních charakteristikách spojených s rolí terapeuta/provázejícího obecně. Hovořili o tom, že nároky jsou ve shodě s běžnými nároky na terapeuta, tedy souvisí s otevřeností, empatií, kongruentností, zralostí. Zároveň jsou zde i požadavky jako je práce s tělem, které jsou vázány na tento specifický typ „práce“. „*Je tam podle mě kladen ten požadavek, že ty lidi jsou takový jako desetibojaři, že se trošku chce, aby byli schopni pracovat s různýma psychoterapeutickýma modalitama. Tzn. mít nějaký analytický uvažování, být hodně v kontaktu s tím klientem, na druhou stranu být schopnej pracovat i s tělem“* (R3). V klinických studiích se dokonce při hodnocení terapeutů jedním z bodovaných kritérií to, jestli terapeut práci s tělem využívá. „*To tam vyloženě je i v rámci hodnotících kritérií, který já tam potom si zaškrtávám nebo nějakým způsobem komentuju. Jestli použil nějakou jako body work, když je vhodná“* (R3).

V rámci požadovaných dovedností jeden respondent uvedl i bazální dovednost, jako je práce s hudbou, což je ale zároveň i klíčová komponenta při práci s rozšířenými stavy vědomí. Mimo výzkum při práci například považovali za důležitou empatii či zralost (R4). Respondent č.2 na otázku jak pozná, že člověk potřebuje ve zkušenosti s psychedeliky pomoc, uvedl toto: *„To poznáš na tom člověku tak, že se začne jakoby uzavírat do sebe, a je na něm vidět, že si připadá jako smítka na zemi, která nikoho nezajímá, který je tak samo v tomhle tom vesmíru“* (R2).

6.1.3 Sebezkušenost

Téma	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Sebezkušenost s rozšířeným stavem vědomí obecně	x					x	x	
Sebezkušenost se specifickou látkou		x	x					
Sebezkušenost v širším kontextu (zkušenost s pozitivním i negativním stavem)				x	x			x

Tabulka č.4: Sebezkušenost.

Za sebezkušenost zde považuji zkušenost terapeuta s rozšířeným stavem vědomí. Sebezkušenost je unikátním požadavkem spojená právě s tímto typem práce a je nejčastěji zmiňovanou nadstavbou psychoterapeutického požadavku v běžném kontextu. *„Česká psychedelická společnost a slovenská dohromady, mezi Polákama, Čechama, Němcema, Maďarama, Slovákama byly kolem toho velký diskuse, zejména tý sebezkušenosti, že třeba v těch mezinárodních to není, a my si jí tam necháváme“,* uvádí jeden z respondentů z výzkumu (R7).

Většina respondentů v této souvislosti uvedla nutnost sebezkušenosti, a to sebezkušenosti s rozšířeným stavem vědomí obecně (3x) „*Myslím si, že jo. Protože ten budoucí terapeut si projde vlastně sám tím, čím pak budou procházet ti pacienti, a to je vlastně si myslím, že je docela dobré, že má představu, co se těm lidem může dít. Asi se to načíst dá, ale myslím si, že ta vlastní zkušenost je dost nepřenositelná. Že prostě pro tu práci je fakt důležitá“* (R6). Konkrétněji pak respondenti zmiňovali sebezkušenosti s technikou, na kterou se specializují (2x). „*Podle mě je klíčový, aby ty lidi měli zkušenost se změněným stavem vědomí, ideálně s tou samotnou technikou, kterou oni sami budou používat* (R3) či zkušenost s jinou látkou z důvodu zdravotních komplikací, kvůli kterým nemohou učinit zkušenost s látkou, na kterou se specializují (1x). Dále zmiňovali sebezkušenost v širším kontextu, tedy více zkušeností jak s pozitivními, tak negativními zážitky, zkušenost s více technikami (3x). Zajímavý je názor, že lze

považovat za zkušenost s jiným stavem vědomí i prodělanou psychotickou ataku. „*Tak mě napadá, že třeba ta psychotická ataka může být zkušenost s jiným stavem vědomí“* (R7).

6.2 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 2

Výzkumnou otázkou číslo 2 byly okruhy využití techniky. Na základě této výzkumné otázky, jaké jsou okruhy využití technik, jsem kódovala významové jednotky ve všech přepsaných rozhovorech a výpovědi jsem uspořádala dle tematického překryvu do trsů. Vznikly tak tyto trsy.

I. Účinnost

II. Úzkosti, deprese

III. Sebepoznání, kvalita života

IV. Terminální stavy

V. Trauma

VI. Anorexie, autismus

V níže uvedené tabulce uvádím přehled okruhů využití jednotlivých technik a jejich zastoupení u jednotlivých respondentů.

Téma	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**	**R7**	**R8**
Deprese/úzkosti	x		x	x	x	x	x	x
Sebepoznání/kvalita života	x	x		x	x			x
Terminální stavy			x			x	x	
Traumata	x		x		x	x	x	x
Závislosti		x					x	
Anorexie, autismus								x

Tabulka číslo 5: Okruhy využití technik

6.2.1 Účinnost

Všichni respondenti se shodně domnívají, že tato technika pomáhá. Často se v těchto výrocích objevovalo rozhodné či jisté ano a odpověď byla ve všech případech takřka okamžitá bez zaváhání**. „***No to určitě, to bez pochyb no*..“(R5). Uváděli, že tomu důvěřují (4x). Nebo svá přesvědčení opírali o výsledky klinických studií (4x) nebo o zkušenosti v komunitě (1x).

6.2.2 Úzkosti, deprese

Tento trs zahrnuje obdobné výroky týkající se deprese a úzkostí. 7 respondentů popsalo využití změněných stavů vhodných při práci s úzkostmi a depresemi. Zahrnuje informace z výzkumných studií, které se zabývají účinkem těchto látek na deprese či úzkosti a rozlišují typy depresí, kde je lze využít. Ve výsledcích výzkumných studií tedy respondenti zmiňují účinnost použití psychedelik u depresí či úzkostí (3x). „*Pro depresi, ..a už existuje spousta publikací, který jako prokazují ten terapeutický potenciál psychedelikama asistované terapie (*R6). Je zde popisována typologie deprese, kterou lze zahrnout například do klinického hodnocení. *„V těch studiích bereme depresi lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků, ale už ne s psychotickýma příznakama, se kterýma se pojí jakoby augmentace“* (R7).

Zároveň tato kategorie zahrnuje i výroky z přímé práce, kdy zahrnuje témata, se kterými klienti přicházejí, tedy deprese, úzkosti, rozpuštění strachů, psychické disbalance obecně (4x).

6.2.3 Sebepoznání, kvalita života

Tento trs se vyskytoval u dotazovaných mimo výzkumnou oblast a uvedlo ho 5 respondentů. Zahrnoval tematický překryv víceméně obdobně formulovaných

výroků, které se týkaly toho, co od zážitku očekávají osoby provázené. Nejčastěji vyjadřovanými očekáváními provázených dle provázejících bylo očekávání, že zážitkem překročí sebe sama (4x) nebo touha po změně například při změně dietních návyků (1x). Tato očekávání byla vyjadřována jako touha po růstu, vystoupení z komfortní zóny apod. Respondent č.4 tuto potřebu například vyjádřil následujícím výrokem: „*Jo tak nejčastěji je to určitě nějaký sebepoznání, že chtějí ty lidi zkušenost, co jako všechno je možný.“*

6.2.4 Terminální stavy

Tento okruh se vyskytoval u 3 respondentů. Byla zmiňována účinnost technik v terminální fázi rakoviny spojené s úzkostí ze smrti a u terminálních diagnóz obecně. *„Ano, každá látka z těch látek psychedelických se užívá třeba pro jiný účel, třeba pro depresi nebo v paliativní péči“* (R6).

6.2.5 Traumata

Traumata byla zmiňována jak ve výzkumném kontextu, tak v kontextu mimo výzkum, vyskytovalo se u 6ti respondentů. V kontextu výzkumu respondenti zmiňovali trauma v souvislosti s MDMA asistovanou terapií pro posttraumatickou poruchu (3x). V České populaci, uvádí respondent č. 3 se téma traumatu objevuje zejména v souvislosti s důsledky sexuálního násilí. Ve Spojených státech pak zahrnuje i kategorii válečných veteránů. Právě toto jsou oblasti, kde nyní probíhají klinické studie výzkumu účinnosti MDMA při léčbě traumat. Aktuálně probíhá tento výzkum i v České republice.

V oblasti mimo výzkum byly výroky ohledně traumatu více obecné a týkaly se traumatu jako takového bez bližší specifikace (3x). Respondent číslo 5 v této souvislosti například uvádí následující. „*Můžou tam bejt lidi, který mají potřebu léčit něco v sobě, nějaký traumatický události.“*

6.2.6 Závislosti

Tuto oblast pokrýval jak respondent z výzkumu, tak respondent mimo výzkum (2x). Závislosti byly spojovány se dvěma technikami vyvolávajícími rozšířené stavy vědomí, a to s ayahuascou a s psylocibinem. Výstižně z terénu to popisuje respondent č. 2. „*Mezi drogově závislejma je tohle známá věc, obzvlášť v dnešní době, ayahuasca, to zná každej“.*

6.2.7 Anorexie, autismus

Tuto oblast uvedl pouze jeden respondent a to takto: „*Pak je jednoznačný rozlišení …. i nějaký počáteční výzkumy jako mentální anorexie, autismus s MDMA, anorexie takhle třeba s Ayahuascou, nejvíc*“ (R7). Ačkoli tato oblast tedy není četně zastoupena, považuji ji za zajímavou pro možné budoucí směřování. Výzkumy psychedelik z těchto oblastí totiž zatím dle informací, které jsou mi k dispozici, nejsou tolik rozšířené a oblasti zájmu tedy anorexie či autismus naopak tématy současnosti stále jsou.

6.2.8 Vztahy v kategoriích dle výzkumné otázky č. 1 a č. 2

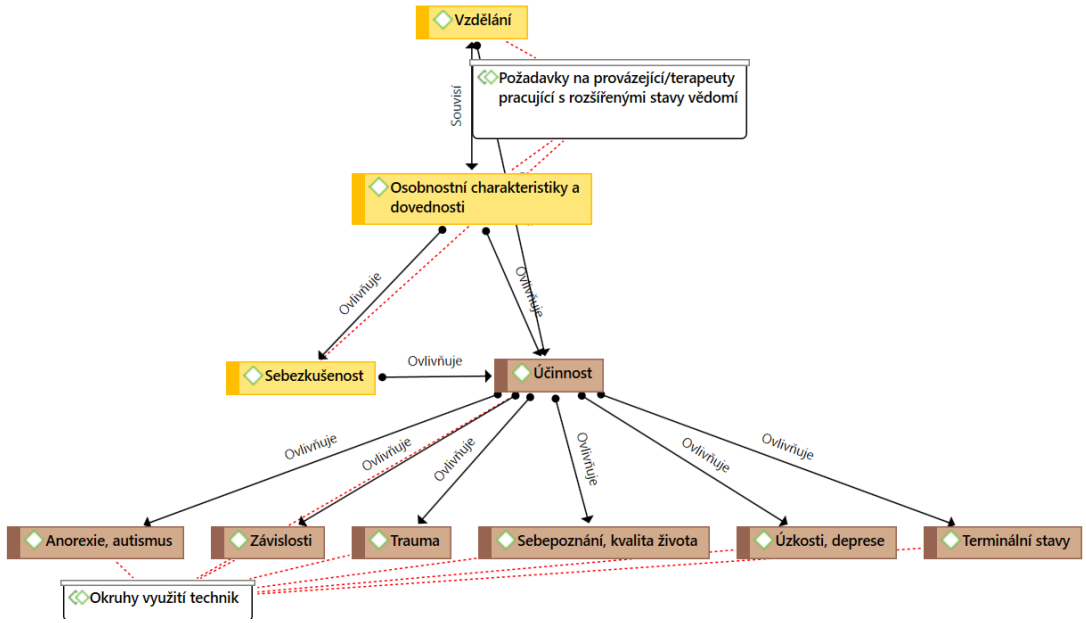


Schéma č. 1:vztah kategorií dle výzkumné otázky č.1 a č.2

V návaznosti na uvedené kategorie ve výzkumných otázkách 1 a 2 jsem se pokusila kategorie uspořádat do vzájemných vztahů. Vzájemné možnosti propojení těchto kategorií vyznačuje níže uvedené schéma. Účinnost techniky má vliv na jednotlivé okruhy, kde se technika využívá. Osobnostní charakteristiky, dovednosti, sebezkušenost a vzdělání mají vliv na účinnost techniky. Vzdělání a osobnostní charakteristiky a dovednosti vzájemně souvisí.

6.3 Analýza získaných dat výzkumné otázky č. 3

Předmětem výzkumné otázky číslo 3 byly postupy práce s klienty při rozšířených stavech vědomí. Na základě této výzkumné otázky jsem kódovala významové jednotky ve všech přepsaných rozhovorech a výpovědi jsem uspořádala dle tematického překryvu do trsů. Vznikly tak tyto trsy:

I. Výběr

II. Přístup

6.3.1 Výběr

Téma	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Volný výběr		x			x			x
Vypracovaná individuální strategie	x			x				
Standardizovaný postup			x			x	x	

Tabulka č.6: Strategie výběru.

Ve výzkumném kontextu byl výběr jasně popsán (3x) včetně všech kvalifikačních a diskvalifikačních kritérií i rizik. Respondenti v rozhovoru popsali přesně kvalifikační a diskvalifikační kritéria. Jednalo se o standardizovaná kritéria výběru, která se odvíjela od konkrétní studie. „*..aby ta studie byla povolená, tak je vypracován relativně podrobný plán, chci říct protokol té dané studie, kde je to popsáno od A do Z, a jedna z povinných podmínek, která tam jako ze zákona musí být nebo dle vyhlášky tam musí být jsou tzv. kvalifikační a diskvalifikační kritéria pro účast těch subjektů"* (R3). Velmi podrobně popisovali například výběr pacientů s depresí a stavy, kdy je zařazení do výzkumu možné. Zajímavým bylo i zmínění některých nečekaných kritérií, které účasti brání. Například jedním z diskvalifikačních kritérií ve výzkumu byla levorukost, protože to zkresluje výsledky fMRE.

Mimo výzkum byl výběr spíše volný (2x). „*Tam nejsou žádný kritéria, tam se může dostat naprosto každej..pro naprosto každýho je to dobrý a obohacující* (R2), nebo závislý na individuální strategii výběru terapeuta, kterou si v průběhu praxe vytvořil (2x). „*Takže já pak filtruju například pomocí zdravotních dotazníků vzhledem k*

jednotlivejm aktivitám, který jsem si sestavil zčásti sám zčásti v konzultaci s dalšíma odborníkama.“ (R1).

6.3.2 Přístup

Stejně jako výběr je i přístup ovlivněn kontextem, ve kterém se realizuje. To znamená, zda se realizuje ve výzkumu či mimo výzkum nebo zda se realizuje v rámci evropské studie či americké studie a záleží i na použité technice. Jeden respondent pak hovořil o přístupu jak v kontextu výzkumu, tak v kontextu mimo výzkum, čtyři pak v kontextu mimo výzkum.

Ve výzkumu je přístup manualizován a řídí se protokoly vytvořenými zadavatelem výzkumu (4x). V evropské studii je například práce s tělem povolena, v americkém kontextu je nepřípustná. *„Ale třeba ty americký studie to samozřejmě zakazujou, protože tam, jakoby není možný, tam fyzickej kontakt je něco, co je nepřijatelný, neprošlo by to přes regulátory, protože by to mohlo prostě vypadat jako nějaký jakoby sexuální obtěžování*“ (R7).

V manuálech, je popsána příprava, indikace a integrace. V klinických studiích je pro každou látku protokol. Respondent č. 6 k tomuto uvádí toto: *…“většinou ke každému tomuto využití je nějaký protokol s konkrétníma krokama a se zařazovacíma kritériema a má to vlastně přesně dané nějaké zákonitosti“.*

V manuálech jsou mimo jiné obsaženy i zcela konkrétní praktické informace jako uvádí tento respondent. *„V roce 2008 vyšly guidelines for halucinogen use nebo jak se to jmenuje..od Johnsona, a to byl vlastně první paper, kterej na tohle byl, kterej měl popsaný, jak si máte nastavit setting a že nemají být klíče na záchodě, aby se člověk nezamknul“* (R7).

Mimo výzkum je u některých technik přístup poměrně volný (3x). *„No jestli používám já něco takovýho, tak asi úplně ne“* (R4), přístup mají spíše individuální, někteří si vytváří vlastní postupy, ale například u holotropního dýchání je jasně stanoven. Respondent číslo 1 například uvádí v kontextu práce s klienty toto „*Když to bude holotropní dýchání, tak je potřeba, aby se člověk něčím řídil a něco znal, ale jinak se pošle třeba nějaký obecný shrnutí těm lidem“.* Další uvádí v kontextu

práce s rozšířenými stavy vědomí toto: *„Já pracuju tak, že vlastně každá ta práce já pracuju s dechem - i ta rituální s psychedelikama, když se třeba občas dělá, tak má nějaký kroky, postupy, jak udělat bezpečný prostředí, setting, a to platí u dýchání“* (R5).

6.4 Analýza výzkumného cíle dle výzkumné otázky č. 4 a č.5

Výzkumnou otázkou číslo 4 a 5 byla úskalí technik vyvolávající rozšířené stavy vědomí u terapeutů/provázejících a u klientů. Na základě této výzkumné otázky jsem kódovala významové jednotky ve všech přepsaných rozhovorech a výpovědi jsem uspořádala dle tematického překryvu do trsů.

6.4.1 Rizika klient

Téma	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**	**R7**	**R8**
Psychické problémy		x	x		x	x	x	x
Biologická rizika			x			x	x	x
Ilegalita							x	
Výběr		x		x			x	
Integrace				x				
Hledači zážitků	x							
Psychospirituální bypass	x							
Očekávání					x			

Tabulka č.7: Rizika klient

Rizika pro klienty zahrnují: psychické potíže (11x), biologická rizika (4x), ilegalita (3x), riziko výběru (3x), rizika problémové integrace (2x), tzv. hledače zážitků (2x), psychospirituální bypass (1x), očekávání (1x). Některá rizika uváděli respondenti vícekrát, takže výčet neodpovídá počtu respondentů. Respondenti nejčastěji uváděli psychická rizika. Zde se jednalo zejména o pocity spojené se ztrátou kontroly, zhoršení psychických obtíží, vznik neúměrné úzkosti, pocity, že se zblázní. Dále respondenti jmenovali biologická rizika, kam patřila zdravotní rizika, spojená s danou technikou jako je například vysoký krevní tlak, riziko vzniku serotoninového šoku, problém s předávkováním, riziko epileptického záchvatu. Nebo zde zmiňovali i hlídání vody během sese. Významným rizikem je i riziko výběru. „*Duchovní trh je plný zajímavejch lidí, co nabízej zajímavý věci*“, jak uvádí jeden z účastníků rozhovorů (R4), „*ale nevíte, ke komu jdete, a že je těžký si to ověřit, protože to je ilegální*“ (R7). A jak uvádí stejný respondent (tamtéž) samotná ilegalita je špatný set. Dále je zmiňováno například riziko integrace, kdy to, co zážitek zprostředkuje, není integrováno do života. Jeden respondent připouští, že integrace je oblastí k propracování i ve výzkumu, v rozhovoru uvádí, že integraci je v manualizované terapii věnováno jen pár řádek (R7). Na to navazuje riziko hledačů zážitků, kteří zážitky hledají a dále zážitek nezpracovávají, jak uvádí jeden z účastníků rozhovorů „*Vyráží klín klínem*“ (R1). Podobným nezpracování může být i psychospirituální bypass, kdy *„ten co projde takovouhle zkušeností, tak si myslí, že je guru…..začne poučovat*“ (R1).

6.4.2 Rizika terapeut/provázející

Přehled zjištěných rizik uvádí níže uvedená tabulka č.7

Téma	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ego	x	x	x	x				x
Špatný odhad/nezkušenost						x	x	
Ilegalita	x		x					
Hranice					x	x		x
Nekompetentnost	x					x	x	x
Psychická rizika (např. práce s úzkostí)		x					x	
Zodpovědnost					x			
Spiritualita			x		x			

Tabulka č.8: Rizika terapeut.

Stejně jako u klientů i v tomto případě některá rizika uváděli respondenti vícekrát, takže výčet neodpovídá počtu respondentů. Co se týče rizik pro terapeuty, tak některá témata se opakovala, jak u klientů, tak u terapeutů. Nejčastěji zmiňovaným rizikem bylo riziko spojené s terapeutovým egem, které souviselo s přílišnou intervencí, direktivitou, vnucováním reality terapeutem a zároveň i jakýmsi spasitelským syndromem spojeným s touto osobou. Tento typ rizika je zmiňován 13x.

Dalším rizikem je špatný odhad terapeuta ve smyslu přecenění svých sil nebo stavu klienta (4x), riziko ilegality (3x), stejně jako v kontextu klienta. Zde je náhled kromě trestního postihu spojován i s rizikem ohrožení reputace jak terapeuta, tak jeho rodiny a i výzkumu těchto technik.

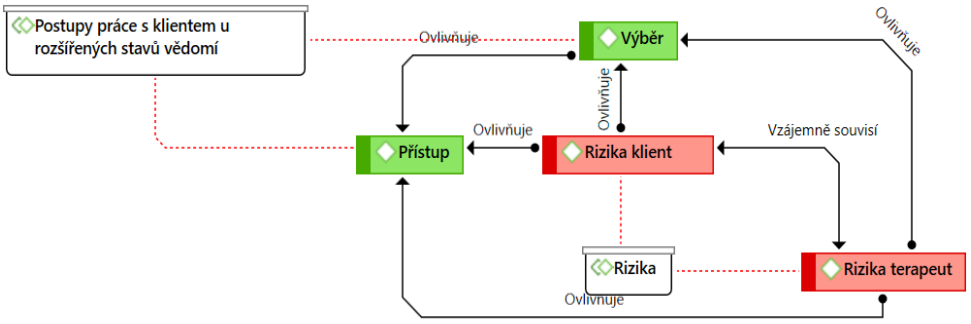
Dalším je riziko nedodržení hranic s klientem (3x), nekompetentnost (4x) ve smyslu nedostačujícího vzdělání, nezkušenosti, vnášení osobních témat do práce

s klientem, či neschopnosti integrace zážitku u klienta či špatné interpretace zážitku.

Dále rizika psychická (4x), která se pojila s úzkostí ve smyslu schopnosti s úzkostí pracovat, schopností odhadnout hranice, kdy intervenovat a kdy naopak klienta s úzkostí nechat. Rizika psychická se pojila i s rizikem přenosu terapeutovy úzkosti na klienta či naopak klientovy úzkosti na terapeuta. Dalším rizikem byla rizika spojená se spiritualitou (2x). Respondent č. 3 se k této problematice vyjádřil takto: „*Tím, jak je ta intervence spojená s nějakým tím, i když ta MDMA má o něco míň, třeba s nějakýma mystickýma zážitkama*, *třeba, tak se kolem toho může vytvářet nějaká třeba pseudospirituální sekta, ti lidi můžou být méně kritičtí k tomu, k té intervenci.“*

Vztahy v kategoriích dle výzkumné otázky č. 3, č. 4, č. 5

Vzájemné možnosti propojení těchto kategorií vyznačuje níže uvedené schéma č.2.



,

Schéma č. 2

Rizika pro klienta a terapeuty jsou vzájemně propojena a ovlivňují výběr a přístup, přičemž tyto oblasti se vzájemně prolínají. Na základě výběru se pak ke klientům přistupuje.

7 Diskuze

Ve své práci jsem se zaměřila na osobu terapeuta/provázejícího. Tuto osobu vnímám ve světle zmiňovaných výzkumů spíše jako personu v pozadí. Ačkoli se domnívám, že právě přítomnost této osoby může při účinnosti těchto technik sehrát klíčovou úlohu. Na komplikace při podání látky způsobené nezkušeností, nekompetentností terapeuta, upozorňuje Osmond, Hoffer (1967). Na korelaci negativních účinků LSD s chladným přístupem personálu už v 60. letech upozornil Hyde. V přítomnosti dalších subjektů, uvádí Hyde (1960), došlo k redukci úzkosti a osoby plnily lépe zadané úkoly. Situační proměnné jako je neosobní, hostilní a přehlíživý přístup zvyšovaly hostilní reakce u subjektů a zhoršovaly výsledky. Flexibilita, přátelský přístup, akceptování a přítomnost druhých sdílejících obdobné kulturní zázemí naopak působily příznivě. V souladu s těmito závěry i naši respondenti považují za důležité osobnostní charakteristiky terapeuta otevřenost, kongruenci, zralost. Naopak rizikovým se v našem výzkumu ukázala nekompetentnost, nezkušenost, nezralost. Grinspoon a Doblin (2001) postulují, že úspěšnost terapie MDMA závisí na citlivosti a talentu terapeuta. Tuto citaci uvádí i manuál *MDMA-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder,* manuál pro terapeuty v klinické fázi hodnocení MDMA terapie vydaný MAPS (Ruse et al., 2008).

Na základě tohoto předpokladu jsem se tedy ve výzkumné části zaměřila právě na terapeuty/provázející a pokusila se v rámci stanovených výzkumných otázek získat relevantní podklady od této cílové skupiny. Z výsledků vyplynulo, že důležitým požadavkem na tuto cílovou skupinu jsou vzdělání, již zmíněné osobnostní charakteristiky a sebezkušenost. Požadavek na vzdělání zahrnoval jak adekvátní vzdělání v oboru, tak i speciální výcvik spojený s danou oblastí zájmu. Tím, že jednotlivé kategorie nebyly v našem výzkumu rozlišeny, došlo právě u těchto požadavků ke značným rozdílům, zatímco v klinických studiích byl požadavek na vzdělání/výcvik jasně vymezen. Mimo výzkum u technik s psychedeliky s ohledem na platnou legislativu nebyl a ani nemohl být specifikován. Nicméně přesto zde považuji za možné obě kategorie propojit a využít tak znalosti z terénu i výzkumu například ke tvorbě terapeutického výcviku nejlépe v technice, která by byla využívána.

Kromě těchto požadavků se v našem výzkumu objevovaly i požadavky jako je práce s tělem. Právě práci s tělem považuji za zajímavou oblast pro možné budoucí explorace. V našem výzkumu byla práce s tělem zmiňována u technik dýchání, u výzkumu MDMA byla u hodnotitelů výzkumu bodována. Tedy při procesu hodnocení práce terapeuta s MDMA hodnotitelé přiřazovali body těm terapeutům, kteří práci s tělem použili. Domnívám se, že práce s tělem může být využita jako součást budoucího terapeutického výcviku při práci s psychedeliky. Holotropní terapie právě zmiňovanou práci s tělem (*body work*) má ve svých postupech zabudovanou. Většinou se zde používá v závěrečné fázi, a to v případech, kdy holotropní dýchání vyvolává nepříjemné emoce či tělesné obtíže. Cílem je přivést na povrch tělesné obtíže spojené s nepříjemnými emocemi a tělesné příznaky zesílit, a to jak klientem, tak možným vnějším protitlakem terapeuta/sittera (Grof, 2000). Práce s tělem v našem kontextu by mohla být i samostatnou kapitolou ke sdílení dobré praxe při práci s klienty. V terénu by mohla poskytnout možnost ke snížení vedlejších účinků látky jako takové nebo například k redukci úzkosti u klientů obecně.

Požadavkem, který z našeho výzkumu vyplynul, byla i sebezkušenost, tedy zkušenost s technikou navozující změněný stav vědomí. Respondenti zmiňovaný zážitek považují za klíčový pro tento typ práce. V některých případech hovořili o sebezkušenosti obecně, či o požadavku sebezkušenosti s technikou se kterou pracují, sebezkušenosti s různými typy zkušeností/technik v terapeutickém kontextu. Obecně o tom, zda by měli provázející sebezkušenost mít, nepanuje jasný názor (Noorani, 2020). I u tohoto tématu vidím potenciál k budoucím diskusím i s ohledem na to, že požadavky zde teprve v rámci klinických studií vznikají, a tento požadavek si zde dle slov některých respondentů, kteří pravidla spoluvytváří, zatím v České republice necháváme. Data z terénu i výzkumu by tak mohla být příležitostí poznatky propojit a využít je při možné budoucí práci s těmito technikami. Sebezkušenost z přímé práce opřená o vlastní zkušenost nebo zkušenost z komunity může obohatit poznatky z právě probíhajících výzkumů. Získané poznatky mohou obohatit nastavování pravidel práce s těmito technikami.

Stejně jako požadavky, byl i postup práce s technikami vyvolávajícími rozšířené stavy vědomí ve výzkumu ovlivněn kontextem situace. Tedy, zda se jednalo o cílovou skupinu z výzkumu, nebo oblast mimo výzkum. I v tomto případě se

jednalo o dvě neslučitelné skupiny, kdy v jedné skupině respondentů byl přístup i výběr jasně specifikován, indikační, diskriminační kritéria jasně dána. Naopak mimo výzkum nemohl být vyjma práci s dechovými technikami stanoven. Obě kategorie tak byly víceméně volné. Výběr byl samovýběrem a přístup byl spíše individualizovaným. Nicméně, domnívám se, že sběr dat z obou skupin v rámci jedné oblasti i zde umožnil sloučit zkušenosti mimo výzkum s oblastí, kde se pravidla teprve tvoří. V případě legislativního uvolnění vidím možnost tyto dvě oblasti standardizovat a předejít tak i možným komplikacím spojeným s úskalím využití těchto technik, kterým se věnuji v poslední části této práce.

V části zaměřené na techniky terapeutů/provázejících při práci s rozšířenými stavy vědomí, jsme se zaměřili na techniky, na které se specializují. V našem výzkumu respondenti zmiňovali tyto techniky k navození rozšířených stavů vědomí: MDMA (3x), psylocibin (2x), dýchání (2x), peyot (1x), ketamin (1x), ayahuasca (1x). V jednom případě byla uvedena psychedlika obecně. Obdobné techniky k navození rozšířených stavů vědomí uvádím i v teoretické části, kde se opírám o výsledky nyní publikovaných výzkumů, probíhajících s psylocibinem, MDMA, ketaminem, ayahuascou. Důležitým článkem je i dýchání, které v 60. letech nahradilo LSD a v současné době je stále využíváno k navození rozšířených stavů vědomí. V našem případě respondenti zmiňovali Maitri a holotropní dýchání. V některých případech, uvádí respondenti, musí klienti projít zkušeností s dýcháním, než projdou zkušeností s psychedeliky.

V našem výzkumu všichni respondenti věřili v terapeutický efekt těchto technik a jmenovali tyto oblasti, kde lze spatřovat terapeutický potenciál:[18] deprese/úzkosti, sebepoznání, terminální stavy, traumata, závislosti, anorexie, autismus. Svá zjištění, proklamovali, opírali o výsledky výzkumných studií nebo o zkušenosti z terénu. Citované oblasti tak byly ovlivněny právě probíhajícími výsledky studií i zkušenostmi z přímé práce. V řadě studií se těmto oblastem skutečně věnují, řadu jich cituji v teoretické části, zde například uvádím tyto.

K oblastem využití těchto technik patří například: výzkumy depresí (Correll et al., 2006; Murrough et al., 2013; Tylš et al.; 2019; Zhang & Stackman Jr., 2015; Wiryana et al., 2017), výzkumy účinnosti těchto technik u posttraumatické stresové

[18] Řazeno dle četnosti uvedené respondenty

poruchy (Ruse et al., 2008). Výzkumy se věnují i vlivu psychedelik na osobnost (Mc Lean et al., 2013; Carhart-Harris et al., 2016; Lebedev et al., 2016). Existují i studie, které se věnují souvislosti ayahuasky a obrazotvornosti (Frecska et al., 2012), vlivem agonistů psychedelik na zlepšení asociativního učení (Harvey, 2003), vlivem psylocibinu na osobnost, emoce, spiritualitu a kvalitu života (Griffiths et al., 2008).

Na jedné straně se zde vyskytovaly oblasti, které se věnovaly léčbě depresí, traumat, závislostí, paliativní léčbě. Na druhé straně vyšly oblasti, které jsou spojeny s růstem, zvyšováním kvality života, kompetencí a rozšiřováním hranic. Tato zjištění jsou společná jak našemu výzkumu, tak teoretické bázi. Výstupy z našich studií, jak uvádím výše, se o teoretická zjištění a výsledky výzkumů opírala, a proto i závěry korespondovaly s oblastmi citovanými v našem výzkumu. Navíc obdobné oblasti jako výzkumy zahraniční uváděli respondenti proto, že na tyto výzkumy navazovali, a pracovali tak s obdobnou cílovou skupinou. Unikátností v těchto případech spatřuji v tom, že jsme našim výzkumem získali informace z českého prostředí, kde se výzkum rozbíhá a adaptuje na zdejší podmínky. Například ve výzkumu účinnosti MDMA asistované terapie u traumat se tak oproti americkému výzkumu pracuje s jinak složenou cílovou skupinou. V Americe tvoří velké procento američtí veteráni, u nás převažuje skupina, která má zkušenost se sexuálním násilím či zneužíváním v dětství, uvedl jeden z účastníků našeho výzkumu (R3). Unikátností těchto výzkumů vůbec je i skutečnost, že lze v rámci výzkumu účinnosti těchto látek pracovat se zdravými dobrovolníky, kde lze sledovat právě onen možný posun v kvalitě života, sebepoznání, překročení hranic. Podmínkou zařazení do výzkumu je pak mimo jiné negativní psychiatrická diagnóza (vyloučení psychotické historie v rodině). A možná právě tato kategorie může být pojítkem mezi výzkumem a oblastmi mimo výzkum. Protože právě z oblastí mimo výzkum dle našich zjištění přicházejí klienti s požadavky ke zvýšení kvality života, s touhou po růstu, překročení sebe sama, změny zažitých vzorců, překonáváním strachů.

V poslední části našeho výzkumu, jsem se zaměřila na úskalí. Jednalo se o limity při práci, jak u klientů, tak u terapeutů/provázejících. Limity terapeutů i klientů se v některých tématech překrývaly, dominovaly zde psychické, biologické, legislativní, osobnostní (ego) limity.

Psychická rizika klientů byla spojená se ztrátou kontroly, ztrátou hranic, zhoršením psychických obtíží. To ilustruje, jak tenká hranice mezi limitem a příležitostí k růstu může být. Na jedné straně respondenti proklamovali, že jejich klienti touží po překročení sebe sama, překonávání hranic, na druhé straně je však obava ze ztráty kontroly, ztráty hranic a z toho plyne i úzkost. A právě úzkost byla i dalším zmiňovaným limitem. Rizikem terapeutů byla například práce s úzkostí, přenosem úzkosti na klienta či naopak přenosem klientovy úzkosti na terapeuta. Práce s úzkostí ve smyslu hranic/rámce, otázek týkajících se toho, kdy nechat úzkost plynout a kdy ji naopak i medikací zastavit. Velkým rizikem je pak legislativní oblast, kde ilegalita je ohrožením pro terapeuta a zároveň i klienta, narušuje set, ohrožuje výzkum, ohrožuje reputaci terapeuta, omezuje výběr terapeuta, uvedli respondenti našeho výzkumu.

Výzkumů účinnosti těchto látek, jak uvádím v teoretické části, přibývá. Objevují se slibné výsledky klinických studií, které dokládají účinnost těchto látek u vybraných psychických onemocnění i o jejich dopadu na zvyšování kvality života jedinců. V našem výzkumu o účinnosti technik nikdo z respondentů nepochyboval. Jak konstatuji ve výzkumné části, v odpovědích na účinnost těchto technik uváděli všichni respondenti rozhodné ano. A právě výzkumy z této oblasti v přítomnosti i budoucnosti jsou příležitostí, jak tato přesvědčení dále opřít o další evidence a mohou být i možností, jak tento typ práce dostat do terénu v rámci legislativy. Významnou roli zde sehrávají regulátoři jako Food and Drug Administration (FDA) ve Spojených státech a European Medecine Agency v Evropě, kteří v rámci schvalovacího procesu léčby například testují ve 3 fázích využití psylocibinu k léčbě depresivních poruch a MDMA při léčbě PTSD. Zde je v klinických studiích testována bezpečnost a účinnost těchto látek (Noorani, 2020).

Nicméně rizikem v tomto případě může být právě atraktivita tématu práce s rozšířenými stavy vědomí vyvolanými psychotropními látkami. Při popisu těchto stavů pod tíhou superlativ k slibným výsledkům psychedelik a entaktogenů lze sklouznout k neobjektivitě. Medikalizace psychedelik jako léku se slibnými účinky může být zklamáním obzvlášť pro ty, u kterých jiná léčba nezabrala a psychedelika neměla takovou účinnost, jaká byla očekávána (Noorani, 2020). Atraktivita tématu může lehce sklouznout k upomenutí vedlejších účinků, které mohou být závažné. Tato rizika, jak ukazují naše výsledky, mohou být psychická i

biologická. V rámci studií jsou ohraničena výběrem respondentů do výzkumu. Vyloučeny jsou například respondenti s predispozicí k psychózám, osoby s vysokým krevním tlakem, srdečními obtížemi, epileptickými záchvaty, jiná medikace.[19] Jsou známy případy, kdy tyto techniky jako například ayahuasca, DMT, psylocibin u predisponovaných jedinců mohou přivodit psychotické epizody (Szmulewicz, Valerio, & Smith, 2015; Dos Santos, Bouso, & Hallak, 2017; Nielen, Heijden, Tuinier, & Verhoeven, 2004). Řešením v tomto případě může být to, že rizika budou zcela zvědomělá. Tím, že budou rizika u každé techniky systematicky sepsána a aktualizována mohou být plně uvědoměna a zvnitřněna budoucími terapeuty a srozumitelně prezentována potenciálním klientům. Možná by tak stálo za to v rámci výzkumů jasně sepsat rizika ve zprávách o účinnosti těchto látek a zahrnout je pak jako významnou součást do výcviku s danou technikou.

7.1 Limity výzkumu

Hlavním limitem výzkumu je sloučení kategorie respondentů, kteří s technikami pracují v rámci výzkumu a respondenty mimo výzkum. Zatímco výzkumná oblast má pravidla jasně zadána a přístup je víceméně v rámci klinických studií manualizován, mimo výzkum žádná pravidla u technik s látkami být nemohou. Kategorie jsou v tomto smyslu tedy naprosto neslučitelnými, nicméně jsou příležitostí, jak na jedné straně využít informace od osob, které mají s technikami dlouhodobější zkušenost, a těmi, které pravidla v rámci začínajících výzkumů teprve zavádějí. Toto sloučení informací považuji za přínosné, ač vnímám tyto limity.

Na to navazuje i neslučitelnost požadavků na cílovou skupinu. Tato neslučitelnost se může projevit v oblasti požadavků na tyto osoby. Požadavky na sittera, provázejícího mohou být odlišnými od požadavků na terapeuta či na osobu podávající látku v rámci výzkumu. Požadavky na terapeuta v klinické fázi hodnocení se mohou zcela lišit od požadavků na terapeuty mimo výzkum.

[19] Například kombinace psychedelik: agonistů serotoninu a SSRI antidepresiv může vyvolat serotoninový šok

Bezpochyby se jedná o nekompatibilní kategorie a v rámci dalších výzkumů bych spíše uvažovala o zúžení cílové skupiny a zaměření se pouze na jednu skupinu.

Nesourodými jsou i techniky, na které se v práci zaměřuji. V teoretické i výzkumné části se zabývám různými technikami, které mění vědomí. Kritériem zahrnutí do práce nebylo rozlišení látek, ale rozšířené stavy vědomí, které tyto látky vyvolávají. Nesourodost, domnívám se proto, nemusela mít na výsledky vliv, protože cílem byl právě stav, který vyvolávají a nikoli mechanismus účinku, jakým působí. V práci tak slučuji jak entaktogeny, tak psychedelika či holotropní techniky, protože všechny tyto techniky vyvolávají změněné stavy vědomí.

Dalším limitem je i legislativa, která využití technik s látkami mimo výzkum zakazuje. Tato skutečnost značně zužovala sběr dat a mohla být i limitem k otevřeným diskusím mimo výzkumnou oblast. To mohlo mít vliv na relevantnost i množství získaných dat.

Možným limitem může být i osoba výzkumnice, která se o oblast sice živě zajímá, ale k informacím se teprve dostává a hrozí zde jednak riziko zkreslení, dané neobjektivním nadšením výzkumnice z tématu, ale i riziko spojené s nezkušeností s výzkumem. Nezkušenost může pramenit z neznalosti látek, neznalosti legislativních limitů, neznalosti v pokládání výzkumně hodnotných otázek, ale i neznalosti hodnotně využít získaný materiál a následně ho relevantně zpracovat. K možné korekci přispělo studium relevantní dokumentace, tedy studium technik navozujících změněné stavy vědomí, studium aktuálních výzkumů, studium aktuální legislativy i informace od respondentů, kteří se na danou oblast specializují a kteří v některých případech poskytli korektivní zkušenost.

7.2 Využitelnost výsledků

Data získaná tímto výzkumem považuji za cenná s ohledem na zdroje, od kterých pocházejí. Zároveň se domnívám, že ne všechna témata byla dostatečně zpracována v rámci stávající práce. Považovala bych proto za zajímavé, stávající data dále využít, a vytěžit i další možné oblasti, které respondenti v rozhovorech zmiňují a které se nepodařilo zpracovat v rámci této práce.

Zajímavým by mohlo být využití dat pro nastavování pravidel výcviku pro terapeuty. Data by tak mohla být dále použita při tvorbě požadavků na terapeuty s ohledem na látky, se kterými budou pracovat a kompetencemi, které zde budou mít. Zároveň mohou být tato data zdrojem pro manuály pro terapeuty adaptované do našeho prostředí. Příležitostí může být vytěžit i zmiňovaná rizika a zaměřit se na ně podrobněji při výcviku terapeutů.

Možností využití by bylo i shromažďování evidencí k účinnosti jednotlivých technik, aby bylo možno je prosadit do legislativního rámce a zároveň s ohledem na znalosti o těchto látkách nastavit jasná pravidla pro jejich využití. Tímto by možná došlo ke snižování rizik spojených s ilegalitou užití látek. Transparentní informace o poskytovatelích by snižovaly riziko neznalosti toho, kdo a jakou látku podává a klientům by to ulehčilo práci při hledání.

8 Závěry

Práce analyzovala výpovědi 8 respondentů, kteří se zaměřují na techniky práce s rozšířenými stavy vědomí ve výzkumu i mimo výzkumný rámec. Zjistila jsem, jaké jsou nároky na tyto osoby, popsala jsem oblasti, kde techniky využívají a zmapovala limity využití těchto technik.

Všichni respondenti se shodně domnívali, že tyto techniky účinnými jsou. Svá tvrzení opírali o výsledky klinických studií, které se účinky těchto látek zabývají, nebo se mimo výzkum opírali o zkušenosti vlastní nebo z komunity. Ve výzkumu se potvrdilo, že důležitým prvkem, který má na výsledný efekt vliv jsou osobnostní charakteristiky a dovednosti provázejících. Dominovaly zde empatie, kongruence, otevřenost, ale i práce s tělem, které ovlivňují efektivitu techniky. Dále respondenti zmiňovali sebezkušenost ve smyslu zkušenosti s technikou, se kterou pracují nebo s rozšířeným stavem vědomí obecně. Tento zážitek, zjišťujeme, je nepřenositelným, a ve výzkumu v České republice zůstává podmínkou při práci s danou technikou. Tento požadavek vesměs uvádí i respondenti z terénu, kteří se na vybrané techniky zaměřují a považují tento zážitek za klíčový a nepřenositelný

při provázení. Ve výzkumu, zjišťujeme, je pak podmínkou při podání látky i odpovídající vzdělání, a to lékařské a nově vzdělání klinického psychologa. Při práci ve výzkumu bývá dle našich zjištění požadován výcvik v technice, na kterou se budou specializovat.

Techniky práce s rozšířenými stavy vědomí jsme definovali pomocí dvou oblastí, a to přístupem a výběrem. Obě kategorie respondenti definovali v návaznosti na kontext. V případě výzkumu byl přístup i výběr standardizován, mimo výzkum individualizován.

V našem výzkumu jsme ve shodě s výzkumy identifikovali následující oblasti využití: deprese, úzkosti, paliativa/terminální stavy, závislosti, traumata, kvalita života a sebepoznání. Naše zjištění tak potvrdila, že tyto techniky mají široké spektrum využití. Zároveň ovšem vnímáme i limity, které jsou s využitím těchto technik spojena. Limity respondenti identifikovali jak na straně provázejících, tak na straně klientů. Rizika pro klienty zahrnovala: například psychické potíže, biologická rizika, legislativní rizika, riziko výběru terapeutů/provázejících, rizika problémové integrace zážitku, rizika hledačů zážitků, psychospirituální bypass, očekávání. Na straně terapeutů techniky ohraničovalo riziko spojené s terapeutovým zbytnělým egem, špatný odhad terapeuta, riziko ilegality, riziko nedodržení hranic s klientem, nekompetentnost, rizika psychická, rizika spirituality.

9 Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na psychoterapeutické využití technik vyvolávající rozšířené stavy vědomí. Téma jsme zvolila proto, že ho považuji za atraktivní a spatřuji v něm potenciál v budoucím možném směřování při kombinaci psychoterapie s farmakoterapií. Všeobecně zájem o práci s látkami vyvolávající rozšířené stavy vědomí narůstá, přibývá výzkumů účinnosti těchto látek a zároveň výsledky studií naznačují, že mohou mít tyto látky ve vybraných oblastech terapeutický potenciál. Studie podrobně analyzují účinnost vybraných látek jako je

například psylocibin, ketamin, ayahuasca, MDMA, LSD a výstupy se opírají o evidence jak subjektivně vnímané, tak výzkumem měřené (fMRE, EEG.).

V první části práce se věnuji problematice definice vědomí jako takového. Zaměřuji se zde na termíny spojené s vědomím a část vyčleňuji i krátkému pohledu do historie zájmu o vědomí v psychologii. V další části pak popisuji základní členění poruch vědomí, tedy dělení na kvantitativní a kvalitativní poruchy. V této části cituji i vybrané pohledy na rozšířené stavy vědomí. Tato první část je zakončena pohledem na mozkové koreláty vědomí. Zde cituji z vybraných studií, které se mozkovým korelátům změněných stavů vědomí věnují a uvádí, kde je lze lokalizovat.

Druhá kapitola je kapitolou o technikách práce s rozšířenými stavy vědomí. Zde se zaměřuji na vybrané techniky, které stavy rozšířeného stavu vědomí vyvolávají. Po intermezzu v podobě transpersonální psychoterapie, zmiňuji holotropní dýchání. V další části se pak zaměřuji na psychedelika a entaktogeny. Uvádím zde základní členění a jejich složení. Následně se pak zabývám možnosti jejich využití v psychoterapii. Cituji zde vybrané studie, které účinností těchto látek analyzují. Popisuji například výsledky studií s látkami jako je ketamin, LSD, psylocibin, ayahuasca, MDMA a uvádím oblasti, kde se látky ukázaly jako účinné. Jedná se například o traumata, resistentní deprese, terminální stavy, závislosti. Ukazuji zde, že možnosti využití jsou skutečně širokospektrální. Samostatné kapitoly věnuji vlivu psychedelik na osobnost, a podrobněji pak vztahu vybraných látek konkrétně psylocibinu, MDMA a ketaminu při léčbě psychických onemocnění.

Jednu samostatnou kapitolu této části vyčleňuji ke krátkému popisu historie využití látek v České republice, kde až do 70. let probíhala psycholytická sezení a kde v současné době po 40ti letém zákazu dochází k renesanci aktivního zájmu o tento typ terapie.

Dále se v této kapitole na příkladu letničního hnutí a hnutí Santo daime pokouším vysvětlit, jak by tyto techniky mohly terapeuticky působit. Na těchto případech popisuji dle Říčana (2007), na základě jakých mechanismů by mohly změněné stavy vědomí skýtat terapeutický potenciál a vyvozuji zde, že obdobný mechanismus by zřejmě mohl fungovat i při jiných technikách navozujících rozšířený stav vědomí.

V kapitole třetí, tedy poslední části teoretické základny práce, se věnuji úskalí, která jsou s těmito technikami spojená. V první části této kapitoly se zaměřuji na rizika spojená se systémovým zneužitím látek. V další části pak zmiňuji rizika spojená s nevhodným užitím těchto látek. Jako příklad systémového zneužití uvádím projekt MKULTRA, kde CIA testovala LSD v Kanadě, USA na lidech. Podrobně zde popisuji několik případů, kdy došlo k systémovému zneužívání jedinců s cílem získat potencionální látku k manipulaci s lidmi, která by mohla být využita jako zbraň v době studené války. U rizik spojených s nevhodným užitím v kapitole o rizikových skupinách, zmiňuji zaznamenané vedlejší účinky látek ze studií a v návaznosti na tato zjištění shromažďuji údaje o vyloučené kategorii, která by se užití měla vyvarovat.

Ve výzkumné části se pak primárně zaměřuji na osobu terapeuta/provázejícího, kterou ve světle výzkumů vnímám jako jakousi osobu v pozadí. Tuto osobu ovšem zároveň považuji za personu, která hraje při účinnosti látek významnou roli. Cílem výzkumné části bylo proto popsat techniky terapeuta/provázejícího při práci s rozšířenými stavy vědomí, zmapovat jaké jsou na ně kladeny požadavky a zaměřit se i na úskalí, jaká jsou při rozšířených stavech vědomí touto cílovou skupinou vnímána.

Ve výzkumu jsem metodou záměrného výběru získala data od 8 respondentů, kteří se zaměřují na techniky práce s rozšířenými stavy vědomí ve výzkumu i mimo výzkumný rámec. Výzkumu se tak zúčastnilo šest mužů a dvě ženy. Jako techniky, které využívají, uvedli MDMA, psylocibin, dýchání navozující změněný stav vědomí, peyot, ketamin, ayahuasca. V jednom případě respondent uvedl práci s psychedeliky obecně. Data jsem analyzovala pomocí metody vytváření trsů. V první části výzkumu jsme se zaměřila na požadavky kladené na osobu terapeuta/provázejícího. Tyto požadavky zde na základě získaných dat definuji požadavky na vzdělání, osobnostními charakteristikami a sebezkušeností. Sebezkušeností mám zde na mysli zkušenosti s technikou, které se věnují, nebo zkušenosti se změněným stavem vědomí obecně. V dalším oddíle se pak věnuji okruhům využití těchto technik. Zde respondenti uvádí následující oblasti, kde se domnívají, že látky účinnými jsou: úzkosti, deprese, sebepoznání, kvalita života, terminální stavy, traumata, anorexie, autismus. Postupy terapeutů/provázejících popisuji v kategoriích výběru klientů a přístupu ke klientům. To, jaký postup volí,

dle získaných dat z našeho výzkumu, záviselo na kontextu. V kontextu výzkumu jsou obě kategorie striktně vymezeny, mimo výzkum je výběr i přístup volným individualizovaným nebo si osoby terapeuti/provázející vytváří vlastní postupy. Výjimkou v přímé práci byla holotropní terapie, která má striktně definované postupy práce.

Poslední část výzkumu se pak věnuje limitům technik, a to limitům jak pro terapeuty/provázející, tak pro klienty. Z naší analýzy tak vzniklo několik oblastí, které definovaly tyto limity. Některé limity byly jak u terapeutů/provázejících, tak u klientů, například psychické limity, legislativní limity, rizika problémové integrace, rizika spirituality ve smyslu spirituálního bypassu nebo práce s mystičnem. Některé limity tvořily samostatné oblasti, v případě u klientů to byla například biologická rizika, rizika očekávání, rizika výběru. U terapeutů jsme pak vyčlenili tyto samostatné oblasti: rizika spojená se *zbytnělým* egem a zasahováním do procesu klienta, riziko hranic, riziko nekompetentnosti či riziko zodpovědnosti.

Všeobecně se však všichni respondenti i s ohledem na tato rizika domnívali, že práce s těmito technikami účinná je, věřili těmto technikám a své závěry opírali o svoji zkušenost či výsledky z výzkumu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Acid Math (nedat.).*Turning off the Default Mode Network: Transcending the Self through Meditation and Psilocybin*. Získáno 26.10. 2020 z http://cargocollective.com/ACIDMATH/ARTICLE-Turning-off-the-Default-Mode-Network-Transcending-the-Self.

Aday, J. S., Mitzkovitz, C. M., Bloesch, E. K., Davoli, C. C., & Davis, A. K. (2020). Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *113*, 179-189. doi. 10.1016/j.neubiorev.2020.03.017.

American Psychiatric Association (nedat.). *What is addiction*. Získáno 11.10. 2020 z https://www.apa.org/topics/addiction.

Barrett, F. S., Krimmel, S. R., Griffiths, R., Seminowicz, D. A., & Mathur, B. N. (2020). Psilocybin acutely alters the functional connectivity of the claustrum with brain networks that support perception, memory, and attention. *NeuroImage*, *218*. doi: 10.1016/j.neuroimage.2020.116980.

Bartoš, A., Bakalář, B., Čech, P., Švanda, & Praško, J. (2004). *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. Praha: Karolinum.

Baumeister, D., Barnes, G., Giaroli, G., & Tracy, D. (2014). Classical hallucinogens as antidepressants? A review of pharmacodynamics and putative clinical roles. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *4*(4), 156-169.

Bogenschutz, M. P., Forcehimes, A. A., Pommy, J. A., Wilcox, C. E., Barbosa, P. C. R., & Strassman, R. J. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. *Journal of psychopharmacology, 29*(3), 289-299. doi: 10.1177/0269881114565144.

Bradford, K. (2011). Authenticity and presence: the transpersonal legacy of James FT Bugental. *Journal of Transpersonal Psychology*, *43*(2), 119.

Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M., Erritzoe, D., Kaelen, M.,….& Nutt, D. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 619-627. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30065-7.

Carhart-Harris, R. L., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J. M., Reed, L. J., Colasanti, A., … & Nutt, D. J. (2012). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(6), 2138-2143.

Carhart-Harris, Kaelen, M., & Nutt, D., J. (2014). How do hallucinogens work on the brain. *Journal of Psychophysiology, 71*(1), 2-8.

.Carhart-Harris, R. L., Muthukumaraswamy, S., Roseman, L., Kaelen, M., Droog, W., Murphy, K.,... & Nutt, D. J. (2016). Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *113*(17), 4853-4858, doi: 10.1073/pnas.1518377113.

Catlow, B. J., Song, S., Paredes, D. A., Kirstein, C. L., & Sanchez-Ramos, J. (2013). Effects of psilocybin on hippocampal neurogenesis and extinction of trace fear conditioning. *Experimental brain research*, *228*(4), 481-491.

Central Inteligence Agency (23. prosince, 1984). *MK-ULTRA/MIND CONTROL EXPERIMENTS*. Získáno 1.9.2020 z https://www.cia.gov/library/readingroom/document/cia-rdp88-01070r000301530003-5.

Ciaccia, J.. (2010). *The sinister true: MKULTRA*. Ney York: Pop Industries.

Claustrum (nedat.). In Wikipedia. Získáno 27.10.2020 z https://en.wikipedia.org/wiki/Claustrum.

Computer and Industry Association (2015). *What the USA FREEDOM Act does – and why it matters for Europe*. Získáno 31.12.2020 z https://www.ccianet.org/2015/06/what-the-usa-freedom-act-does-and-why-it-matters-for-europe/.

Correll, G. E., & Futter, G. E. (2006). Two case studies of patients with major depressive disorder given low-dose (subanesthetic) ketamine infusions. *Pain Medicine*, *7*(1), 92-95.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Neo personality inventory-revised (NEO PI-R)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Cytoarchitektonika mozkové kůry (nedat.). In Wikiskripta. Získáno 26.10.2020 z https://www.wikiskripta.eu/w/Cytoarchitektonika_mozkov%C3%A9_k%C5%AFry.

Davidson, R. J., & Lutz, A. (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation [in the spotlight]. *IEEE signal processing magazine*, 25(1), 176-174.

Default mode network (nedat.) In Wikipedia. Získáno 26.10.2020 z https://en.wikipedia.org/wiki/Default_mode_network.

Dos Santos, R. G., Bouso, J. C., & Hallak, J. E. (2017). Ayahuasca, dimethyltryptamine, and psychosis: a systematic review of human studies. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, *7*(4), 141-157. doi: doi.org/10.1177/2045125316689030.

European monitoring center for drug and drug addiction (nedat.). *Lysergide (LSD) drug profile.* Získáno 15.9.2020 z https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd_en.

Fajnerová, I., Rodiguez, M., Horáček, J., Brom, C., Čeplová, Z., Bureš, J, & Vlček, K. (2011). Prostorová orientace a schizofrenie. *Psychiatrie, 15* (2), 15-22.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. *Praha: Portál*.

Frecska, E., Móré, C., E., Vargha, A., & Luna, L. E. (2012). Enhancement of creative expression and entoptic phenomena as after-effects of repeated ayahuasca ceremonies. *Journal of psychoactive drugs, 44*(3), 191-199. doi: 10.1080/02791072.2012.703099.

Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. In *The Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder, Sep, 2005, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, US*. Blackwell Publishing.

Gamma, A., Buck, A., Berthold, T., Hell, D., & Vollenweider, F. X. (2000). 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) modulates cortical and limbic brain activity as measured by [H215O]-PET in healthy humans. *Neuropsychopharmacology*, *23*(4), 388-395.doi: 10.1016/S0893-133X(00)00130-5.

Gasser, P., Kirchner, K. & Passie, T. (2014). LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology*, *29*(1), 57-68. doi: 10.1177/0269881114555249.

George Emil Palade University (2020). *Acta Marisiensis, seria médica 66(4). Získáno 21.12. 2020 z http://actamedicamarisiensis.ro.*

GoschaTV1 (16.9. 2014). *Santo Daime-brazilský dokument o pralesní církvi a ayahuasce.* [video] Získáno 27.10.2020 z https://www.youtube.com/watch?v=-a4lpnfABGQ.

GoschaTV1 (16.9.2014). *Ayahuasca a Santo Daime-příběh Geraldiny* [video] Získáno 27.10.2020 z https://www.youtube.com/watch?v=VRA3TOsYlTU.

Grinspoon, L., & Doblin, R. (2001). Psychedelics as catalysts of insight-oriented psychotherapy. *Social Research*, 677-695.

Griffiths, R. R., Richards, W. A., 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*(6), 621-632.doi: 10.1177/0269881108094300.

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P.,.. & Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of psychopharmacology, 30*(12), 1181-1197. doi: 10.1177/0269881116675513.

Grob, C. S., Danforth, A. L., Chopra, G. S., Hagerty, M., McKay, C. R., Halberstadt, A. L., & Greer, G. R. (2011). Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Archives of general psychiatry*, *68*(1), 71-78. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.116.

Grof, S. (1988). *The Adventure of Self-Discovery*. New York: State University of New York Press.

Grof, S. (2000). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Perla.

Grof, S. (6.10. 2017) *Psychedelika jsou to nejlepší, co se psychiatrii stalo. Doporučil bych je i zdravým* [rozhovor v rádiu]. Radio Wave. Získáno 11. října 2020 z https://wave.rozhlas.cz/psychiatr-stanislav-grof-psychedelika-jsou-nejlepsi-co-se-psychiatrii-stalo-5991067.

Harvey, J. A. (2003). Role of the serotonin 5-HT2A receptor in learning. *Learning & Memory*, *10*(5), 355-362. doi: 10.1101/lm.60803.

Hausner, M., & Segalová, E. (2016). *Výzkum a klinická praxe za železnou oponou*. Praha: Triton.

Held, C., Gottfried, M., Vosgerau, G. V., & Knauff, M. (Eds.). (2006). *Mental models and the mind: current developments in Cognitive Psychology, Neuroscience and Philosophy of Mind.* Elsevier.

History.com (25. srpna, 2018). *MK-Ultra. Získáno 1.9.2020 z https://www.history.com/topics/us-government/history-of-mk-ultra.*

History.com (20. června, 2017). *America´s war on Drugs: The CIA´s project MKULTRA* [video]. Získáno 1.9.2020 z https://www.youtube.com/watch?v=1f7_aSkfnoY.

Hoffer, A, Osmond, H. (1967). *The hallucinogens.* New York*:* Academic Press Inc.

Hoskovec, J., Nakonečný, M., & Sedláková, M. (2002) *Psychologie XX. století: některé významné směry a školy: učební text pro posluchače Filozofické fakulty UK*. Praha : Karolinum.

Hyde, R. W. (1960). Psychological and social determinants of drug action. *The dynamics of psychiatric drug therapy. SpringfieldIL: Thomas*, 297-315.

Chi, T., & Gold, J. A. (2020). A review of emerging therapeutic potential of psychedelic drugs in the treatment of psychiatric illnesses. *Journal of the Neurological Sciences, 411*, 116715.

James, W. (1950). Principles *of Psychology Vol. I and II Complete*. New York: Dover Publications.

Jensen, A. A., McCorvy, J. D., Leth-Petersen, S., Bundgaard, C., Liebscher, G., Kenakin, T. P., ... & Kristensen, J. L. (2017). Detailed characterization of the in vitro pharmacological and pharmacokinetic properties of N-(2-hydroxybenzyl)-2, 5-dimethoxy-4-cyanophenylethylamine (25CN-NBOH), a highly selective and brain-penetrant 5-HT2A receptor agonist. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, *361*(3), 441-453.. doi: 10.1021/jm301656h.

Komárek, J. (17.9. 2019). Malec z České psychedelické společnosti: Potenciál psychedelik je stále nevyužitý. *Studenta.cz*. Získáno 2.12.2020 z https://www.studenta.cz/life/kultura/malec-z-ceske-psychedelicke-spolecnosti-potencial-psychedeli/r~347ac728d85c11e9858fac1f6b220ee8.

Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Krebs, T. S., & Johansen, P. Ø. (2013). Psychedelics and mental health: a population study. *PloS one*, *8*(8), doi: 10.1371/journal.pone.0063972.

Koubeissi, M. Z., Bartolomei, F., Beltagy, A., & Picard, F. (2014). Electrical stimulation of a small brain area reversibly disrupts consciousness. *Epilepsy & Behavior, 37*, 32-35. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.05.027.

Lebedev, A. V., Kaelen, M., Lövdén, M., Nilsson, J., Feilding, A., Nutt, D. J., & Carhart-Harris, R. L. (2016). LSD-induced entropic brain activity predicts subsequent personality change. *Human brain mapping, 37*(9), 3203-3213. doi: 10.1002/hbm.23234.

Lerner, M., & Lyvers, M. (2006). Values and beliefs of psychedelic drug users: A cross-cultural study. *Journal of psychoactive drugs, 38*(2), 143-147. doi: 10.1080/02791072.2006.10399838.

Li, M. Y., Huang, M. M., Li, S. Z., Tao, J., Zheng, G. H., & Chen, L. D. (2017). The effects of aerobic exercise on the structure and function of DMN-related brain regions: a systematic review. *International Journal of Neuroscience, 127*(7), 634-649. doi: 10.1080/00207454.2016.1212855.

Ludwig, A. M. (1969). Altered states of consciousness. In C. T. Tart (Ed.), Altered states of consciousness (pp. 9-21). New York: Wiley.

MacLean, K. A., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2011). Mystical experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin lead to increases in the personality domain of openness. *Journal of Psychopharmacology*, *25*(11), 1453-1461 doi: 10.1177/0269881111420188.

Malec, M. (2019). *Potenciál psychedelik je stále nevyužitý.* Získáno 27.10.2020 z https://www.studenta.cz/life/kultura/malec-z-ceske-psychedelicke-spolecnosti-potencial-psychedeli/r~347ac728d85c11e9858fac1f6b220ee8.

Málek, J., Dvořák, A. a kol. (2009). *Základy anesteziologie.* Praha: 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Mandler, G. (2002). *Consciousness Recovered: Psychological functions and origins of conscious thought*. Amsterdam/Philadephia: Jon Benjamins Publishing Company.

McWilliams, S. A., & Tuttle, R. J. (1973). Long-term psychological effects of LSD. *Psychological bulletin*, *79*(6), 341. doi: 10.1037/h0034411.

Merkunová, A., Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka Pro humanitní obory.* Praha: Grada.

Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Získáno 31.12.2020 z https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Moreno, F, Bayze, B. (2. března 2020). *Psylocibin and OCD.* Získáno 26.10.2020 z https://psychiatry.arizona.edu/news/psilocybin-and-ocd.

Murrough, J. W., Iosifescu, D. V., Chang, L. C., Al Jurdi, R. K., Green, C. E., Perez, …. & Mathew, S.J. (2013). Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*(10), doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13030392.

Národní ústav duševního zdraví (24.7.2020)*. Pacienti s depresí mají naději v nové experimentální léčbě psilocybinem. Získáno 26.10.2020 z* https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-experimentalni-lecba-psilocybinem.pdf.

Nemeroff, C. B. (2003). The role of GABA in the pathophysiology and treatment of anxiety disorders. *Psychopharmacology bulletin*, *37*(4), 133-146.

Nielen, R. J., Heijden, F. M. V. D., Tuinier, S., & Verhoeven, W. M. (2004). Khat and mushrooms associated with psychosis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *5*(1), 49-53. doi: 10.1080/15622970410029908.

NMDA receptor (nedat.). In Wikipedia. Získáno 12.3.2021 z https://en.wikipedia.org/wiki/NMDA_receptor.

Noorani, T. (2020). Making psychedelics into medicines: The politics and paradoxes of medicalization. *Journal of Psychedelic Studies*, *4*(1), 34-39. doi: 10.1556/2054.2019.018.

Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.

Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K. C., Novaes, M. M., Pessoa, J. A. & Tófoli, L. F. (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychological medicine, 49*(4), 655-663.

Plháková, A. (2017). *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia.

Raboch, J., Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Ramos, J. (2013). Effects of psilocybin on hippocampal neurogenesis and extinction of trace fear conditioning. *Experimental brain research, 228*(4), 481-491. doi: 10.1007/s00221-013-3579-0.

Rank, O. (1999). *The trauma of birth*. London: Routledge.

Remeš, P. (1999). Hnutí obnovy v duchu svatém. *Dingir, 3,* 14-21.

Reportermagazín (28. září 2020). *Droga jako pomoc. Psychiatr Páleníček zkoumá využití psychedelik v boji s depresí.* Získáno 27.10. 2020 z https://reportermagazin.cz/a/pgNNw/droga-jako-pomoc-psychiatr-palenicek-zkouma-vyuziti-psychedelik-v-boji-s-depresi.

Rock, A. J., & Krippner, S. (2007). Does the concept of “altered states of consciousness” rest on a mistake. *International Journal of Transpersonal Studies*, *26*(1), 33-40.

Romano, A. G., Quinn, J. L., Li, L., Dave, K. D., Schindler, E. A., Aloyo, V. J., & Harvey, J. A. (2010). Intrahippocampal LSD accelerates learning and desensitizes the 5-HT 2A receptor in the rabbit, Romano et al. *Psychopharmacology*, *212*(3), 441-448. doi: 10.1007/s00213-010-2004-7.

Ross, C. A. (2007). Ethics of CIA and military contracting by psychiatrists and psychologists. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 9*(1), 25.

Ruse, J., M., Jerome, L., Mithoefer, M., C., Doblin, R., & Gibson, E., (2008). *MDMA-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Posttraumatic Stress. Získáno 26.11.2020 z* http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=40FF3EABBB9E2DFDB75C20FCD836133D?doi=10.1.1.377.8045&rep=rep1&type=pdf.

Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.

Szmulewicz, A.,G., Valerio, M.,P. & Smith, J.,M. (2015). Switch to mania after ayahuasca consumption in a man with bipolar disorder: a case report. *Int J Bipolar Disord 3* (4). doi: 10.1186/s40345-014-0020-y.

Stebelska, K. (2013). Fungal hallucinogens psilocin, ibotenic acid, and muscimol: analytical methods and biologic activities. *Therapeutic drug monitoring*, *35*(4), 420-442. doi: FTD.0b013e31828741a5.

Studerus, E., Kometer, M., Hasler, F., & Vollenweider, F. X. (2011). Acute, subacute and long-term subjective effects of psilocybin in healthy humans: a pooled analysis of experimental studies. *Journal of psychopharmacology, 25*(11), 1434-1452. doi: 10.1177/0269881110382466.

Tart, Ch., T. (1969). *Altered states of consciousness*. New York: Wiley & Sons.

Tart, Ch., T. (2015). *What are Altered states of consciousness* [video]. Získáno 1.8.2020 z https://www.youtube.com/watch?v=E6YJqPZxMm8.

Třešňák, P. (2015). Drogy léčí. *Respekt.* Získáno 11.10.2020 z https://www.respekt.cz/tydenik/2015/42/drogy-ktere-leci.

Třešňák, P.,Kovalík, J. (2006). *LSD - Dobrá droga žije. Respekt.* Získáno 11.10.2020 z https://www.respekt.cz/tydenik/2006/4/lsd-dobra-droga-zije.

Tylš, F. (2015). Neurobiologie psylocibinu ve vztahu k jeho potenciálnímu terapeutickému využití. *Psychiatrie 19*(2).

Tylš, F. (2017): *Fenomén psychedelie*. Praha: Dybbuk.

Tylš, F., Korčák, J., & Horáček, J. (2019). Psilocybin: antidepresivní a transformativní potenciál. *Psychiatrie. 23*(2), 69-76. Získáno 1.9. 2020 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2019/Psychiatrie_2_2019/Psych_2_19_tyls.pdf.

Valenta, J. (1999). Spiritualita pentekostálního života*. Dingir, 3,* 21-23.

Vančura, M. (26. října 2019). *Správné holotropní dýchání pomáhá při sebepoznání.* Získáno 27. října 2020 z https://www.flowee.cz/clovek/4904-spravne-holotropni-dychani-pomaha-pri-sebepoznani-rika-michael-vancura.

Walsh, R. N. (1976). Reflections on psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, *8*(2), 100-111.

Wiryana, M., Sinardja, I. K., Budiarta, I. G., Gde, T., Senapathi, A., Widnyana, M., ... & Pradhana, A. P. (2017). Low dose ketamin. *Bali Journal of Anesthesiology. 13* (1). doi: 10.15562/bjoa.v1i1.4.

Wundt, W. (1969). *The priciples of Physiological Psychology*. New York: Kraus Reprint.

Yoshimura, S. Okamoto, Y., Onoda, K. Matsunaga,M., Okada, G., Kunisato, Y., … & Yamawaki, S. (2014), Cognitive behavioral therapy for depression changes medial prefrontal and ventral anterior cingulate cortex activity associated with self-referential processing, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9* (4) 487–493, doi: 10.1093/scan/nst009.

Zhang, G., & Stackman Jr, R. W. (2015). The role of serotonin 5-HT2A receptors in memory and cognition. *Frontiers in pharmacology*, *6*, 225. doi: 10.3389/fphar.2015.00225.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. London: Yale University Press.

Přílohy

Příloha č. 1 Abstrakt diplomové práce

Příloha č.2 Abstract of Thesis

Příloha č.3 Struktura rozhovoru

Příloha č.4 Přepis rozhovoru č.VII

Příloha č.1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychoterapeutické využití změněných stavů vědomí

Autor práce: Mgr. Linda Pospíšilová el Karibová

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Rumlerová

Počet stran a znaků: 89 stran, 154 005

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 105

Abstrakt (800–1200 zn.):

Práce se zaměřuje na psychoterapeutické využití rozšířených stavů vědomí. Ve výzkumné části popisuje techniky práce terapeutů**/**provázejících s rozšířenými stavy vědomí, požadavky na ně a rizika technik. Navazuje na teoretický rámec, kde definuje dle poznatků z výzkumů možné oblasti pro terapii, konkrétně vliv psychedelik na osobnost, jejich využití při léčbě psychických onemocnění (deprese, úzkosti, posttraumatická stresová porucha, strach ze smrti, léčba závislostí). Metodou vytváření trsů analyzuje data od osmi respondentů vybraných metodou záměrného výběru. Požadavky na terapeuty/provázející definovalo vzdělání, osobnostní charakteristiky a dovednosti, sebezkušenost. Oblastmi využití byly úzkosti, deprese, sebepoznání, kvalita života, terminální stavy, traumata, závislosti. Využívanými technikami byly: MDMA, psylocibin, dýchání, peyot, ketamin, ayahuasca. Postupy práce se odvíjely od výběru a přístupu ke klientovi v kontextu užití. Ve studiích byl postup jasně propracován, mimo tuto oblast individualizován. Rizika terapeutů vymezovaly limity psychické, legislativní, problémová integrace, spiritualita. Limity klientů byla rizika biologická, očekávání či rizika omezeného výběru.

Klíčová slova: změněné stavy vědomí, psychedelika, entaktogeny, psycholytická léčba, psychedelická léčba

Příloha č.2: ABSTRACT OF THESIS

Title: Technique of alterated states of consciousness and its therapeutic use

Author: Mgr. Linda Pospíšilová el Karibová

Supervisor: Mgr. Tereza Rumlerová

Number of pages and characters: 89, 154 005

Number of appendices: 4

Number of references: 105

Abstract (800–1200 characters):

Thesis focused on alterated states of consciousness and its therapeutic potential. In research part thesis describes techniques of therapist/guide to induce altered states of consciousness, therapist/guide requirements and risks linked to those techniques. Based on recent research, theoretical background presents selected areas where use of psychedelics could be effective. Influence of psychedelics on personality and mental disorder is desribed (i.e. depression, anxiety, posttraumatic stress disorder, fear of the dying process, addiction). Using cluster analysis we explored the data from eight respondents selected via purposeful sample. They stated that therapist/guide should have adequate education, personal skills and selfexperience to work with these techniques. They mentioned that anxiety, depression, quality of life, terminal states, trauma, addiction are areas, where use of these techniques could be effective. Mentioned techniques were: MDMA, psylocibin, breathwork, peyot, ketamin, ayahuasca. Procedures of work were set by strategy of selection and approach to client. They used different procedures according to the context of use. In studies the procedures where prepared step by step. Out of research the procedures were set individually. The limits of use for therapist were mental limits, legislation, integration risk, spirituality. The limit of use for client were health risks, expectation, limited offer.

Key word: altered states of consciousness, psychedelics, entactogen, psycholytic therapy, psychedelic therapy

Příloha č.3: STRUKTURA ROZHOVORU

1. Délka praxe, vzdělání, oblast působení, případně látka, na kterou se specializujete

2. Jaká jsou kritéria výběru klienta?

3. Existují standardizované postupy práce s klientem?

4. S jakými tématy klienti k terapeutům přicházejí? Rozpracovat, doptat se

5. Lze v možnostech využití psychedelik/rozšířených stavů vědomí spatřovat terapeutický potenciál? V čem? Jaký?

6. Jaké jsou nároky/požadavky, kladené na osobu provázejícího v psychoterapeutické praxi.

7. Jaká rizika terapeuti/průvodci v práci s klienty spatřujete z pohledu terapeuta?

8. Jaká jsou úskalí/rizika spojená s touto zkušeností pro klienty (z pohledu klienta)?

Příloha č.4: Přepis rozhovoru č.7

1. **Délka praxe, vzdělání, oblast působení, případně látka, na kterou se specializujete**

   Myslíte praxe vázaná k těm látkám nebo jako taková? Klidně můžete oboje, samozřejmě směrodatnější je ta praxe s těma látkami, ale..

   Na psychiatrii se specializuju obecně od roku 2012, kdy jsem ukončil studium medicíny, tzn. nějakých 8 let. Dalo by se v mým případě říct, že já jsem vlastně šel studovat medicínu kvůli látkám, určitě. Takže se specializuju určitě mnohem dýl, od půlky gymnázia víceletýho, co se týče načítání nějaký literatury nebo témat a tak. Takže v době, kdy já jsem začal vlastně pracovat, což bylo v době před ukončením školy jako profesně v tom oboru, tak to byl rok 2009, tzn. nějakých 11 let. Já jsem tehdy začal pracovat v preklinický laboratoři Dr. Páleníčka, kde jsem teda nepracoval terapeuticky, začal jsem mít zaměstnání na částečněj úvazek jako student vlastně v biologický laboratoři, takže jsem pracoval s psychoaktivníma látkama na potkanech. Já jsem vlastně začal z takovýho konce biologickýho hodně. A po škole jsem vlastně absolvoval psychoterapeutický vzdělání, do kterýho jsem naskočil vlastně dva roky po škole, dva roky jsem byl v tý laboratoři. V roce 2014 jsem nastoupil do výcviku šestiletýho gestalt, teď ho ukončuju, budu ho ukončovat v prosinci, formálně už ukončenej je, prezenční část. Tomu předcházely nějaký výkřiky během studia středoškolskýho, kdy už jsem se na psychoterapii profiloval už trošku. Do tý biologický laboratoře jsem šel kvůli tomu, abych vlastně pokročil s těma látkami a naučil se o nich. Protože to vlastně vnímám jako farmakologicky asistovanou terapii jako obecně nejen psychedelikama. Jsem přesvědčenej, že asistovat jde třeba i rajským plynem a dalšíma zajímavejma věcma, který prostě mění *mind set* člověka, takže tohle je jakoby můj velkej, velkej zájem..takže tohle je ta farmakologická část, kterou mi dala hodně medicína, tedy ta preklinická laboratoř a ta terapeutická, ta se u mě rozvíjí, vlastně. V průběhu studia, když jsem našel jako první psychoterapii, to moh bejt tak rok 2008 až tedy skrz ten šestiletej výcvik. Potom samozřejmě přes výcviky zaměřený tím psychedelickým směrem, což v mým případě byl v roce 2018 Kalifornskej institut integrálních studií, kde jsem získal skrze psychedelickou společnost a skrze konferenci, kterou jsme spolu pořádali, kontakty. Byl jsem

pozvanej ještě s jedním kolegou do Kalifornie, kde jsem studoval prezenčně v roce 2018 Certificate in Psychedelic studies and Research a tam jsem se setkal vlastně s těma, který jsem znal jen z literatury do tý doby. Jako třeba s Metznerem, který ještě žil, zemřel třeba před rokem, který pracoval s Learym, když ještě žil, ještě ten mě třeba učil, tak to bylo takový zajímavý pro mě. Takže to bylo takový zásadní, potom v rámci toho výcviku byl o šesti setkáních, některý z nich trvaly tejden, tak jsem vlastně v něm absolvoval ten modul MDMA asistovaný terapie, to bylo zaměřený poměrně široce, hodně o psylocibinu, hodně o MDMA, trochu míň o ketaminu a součástí toho byl ten modul MDMA výcvik, pak jsem sám absolvoval ty online moduly a vlastně před rokem potom v Coloradu jsem s kolegyní XX jsem už byli vycvičení jako sitteři jako capo jako prostě ve dvojici včetně sebezkušenosti. Ona absolvovala jinde ten MDMA výcvik, ale vlastně tu závěrečnou fázi jsme absolvovali spolu v Coloradu, což je přesně rok, což byla pro mě vůbec nejzajímavější část výcviku, protože obsahoval tu sebezkušenost, to jiný výcviky nemaj. A zásadní byla v tom, že si člověk uvědomí, opravdu velmi důrazně, to co se všude píše v poslední době, že asistovaná terapie tou látkou není ta látka prostě, a terapie zvlášť, nesčítá se to, ale násobí se to, když to někdo umí dělat. A to mě ňák nakoplo, jak bych řekl, hodně k nějakýmu posunu, to že to opravdu chci dělat, a ujistilo.

2. **Jaká jsou kritéria výběru klienta? Ať už ve výzkumu nebo při tý práci s těma psychedelikama nebo rozšířenýma stavba vědomí**.

   To se zásadně liší, řek bych jako opravdu..teď se budeme bavit o výběru klienta pro nějakou formální praxi, která zatím není jako úplně umožněna mimo klinický studie...a pak samozřejmě jiným způsobem si vybírají klienty šamani, neošamani a undergroundový terapeuti, kterých je v Čechách jako plno.

   A jiným způsobem se vybírají potom klienti formálně a ještě jiným se vybírali v 60. a 70. letech, to se jako dost mění. A já, jakým způsobem si vybírám klienta...tak já si je v podstatě vybírám jenom v klinických studiích, protože já jiným způsobem nemůžu pracovat. Druhá věc je, že ty klinický studie vlastně s Dr. Páleníčkem teďko, co vlastně píšu protokoly spolu s ním už jako pár let, který vlastně se furt nestaly, že to člověk vlastně píše několik let předtím než se to vlastně stane, takže

ty kritéria vobčas tam sám píšu, ale v zásadě předávání je z generace na generaci a vybrušování vlastně těch kritérií. Tak my v první řadě a v tom je to myslím jakoby podobný, vylučujeme…jednak musíme si,...máme klinický studie, ve kterých si můžeme vybírat zdravý dobrovolníky, to je unikum, protože mimo tu klinickou studii v Čechách neexistuje možnost léčit člověka, kterej nemá diagnózu. Těmi látkami, jo. Takže to byla zajímavá studie vlastně v tomhletom, že jsem vlastně viděl, jak se otevírá prostor těm lidem, kteří jsou formálně zdraví. Já to teda chápu spíš jako kontinuum v jejich případech, ale zkrátka pro pojišťovnu musíte nějakej kód vykázat jo. Takže, když to jsou zdraví dobrovolníci, tak řeším vlastně nějakou rodinnou anamnézu, psychózy, většinou, nesmí mít žádnou psychózu v anamnéze, tady dávám výjimku toxický psychózy, protože toxická psychóza je způsobena nějakou látkou a pokud je to nějak dlouho, není to recentně, tak toxická psychóza může být ok, protože toxická psychóza začne a skončí a víme jasnou osu, která to vyvolala. Asi jedinou výjimkou je psychospirituální krize, ale to je takovej nejasnej koncept, voni jsou v DSM-5 jako klasifikaci, nejsou v mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou se řídíme v Čechách. Tak tam to chce trošku jakoby klinický oko, nejde úplně přesně naformulovat ty kritéria, jak se liší krize od nějaký psychotický ataky. Ale řekněme tohle jsou hlavní řekněme kritéria, který ty zdravý dobrovolníky vylučují. Potom u těch zdravejch dobrovolníků vylučujem takový jako různý bizarry, který byste neřekla u toho výzkumu jako například leváky. Protože, když potom jdou do rezonance nebo měříme EEG tak řešíme lateralitu a dominanci, takže potom v těch klinických protokolech jsou takovýhle věci, který člověka jako zarazej…prostě diskriminujem leváky, například . takže u těch zdravejch tam jako opravdu ověřujem, jestli jsou zdraví, třeba přijdou a zjistíme, že tam jdou řešit nějakej problém, například mentální anorexie, to odhalíme třeba u těch vstupních pohovorů, což se mi třeba jednou stalo. Takže my kontrolujeme, jestli jsou skutečně zdraví, a to zdraví znamená dost přísný kritéria. Jinak u klinických studiích dalších, tam si myslím, že se to vlastně překrývá s tzv.off label podáním, tzn. podáním mimo indikaci, což platí v tuhle chvíli v podstatě jenom pro ketamin, kterej je jedinej z nich vedenej jako léčivo, který si může dovolit jako lékař podat mimo tu indikační oblast, což je anestezie, jo. Takže jaksi Státní Ústav pro kontrolu léčiv a podobný instituce samozřejmě nezrleflektujou dostatečně rychle, že už to formálně používáme v jiný indikaci, ketamin je antidepresivum od roku 2000 na psychiatrii. Jakoby celkem běžně, ve

skutečnosti jenom v NÚDZ, tehdy v Psychiatrickým centru, jiný instituce se k tomu nějak neuchylujou. Ketamin používáme dost běžně v režimu off label. To si myslím, že to má dost společnýho s těma serotogenníma jako je psylocibin v těch studiích, ketamin off label nebo ve studiích, tak tam samozřejmě jdeme primárně po té psychóze, včetně anamnézy zase do příbuzenstva prvního řádu, který vylučujeme, potom tam jdeme po věcích indikačních, což je samozřejmě podle té studie, často je to deprese. Například, když tím léčíme depresi, tak tím neléčíme nic jinýho a vylučovací kritéria jsou ostatní jednotky podle mezinárodní klasifikace nemocí. Když léčíme depresi, tak že jo, deprese se vlastně ještě rozděluje, tak v těch studiích bereme depresi lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků, ale už ne s psychotickýma příznakama, se kterýma se pojí jakoby augmentace. Zajímavá je třeba oblast suicidality, ketamin má obrovské antisuicidální tendence, my si dovolíme ketamin dát člověku, kterej má suicidální nuance, myšlenky apod., ovšem za hospitalizace. Jo tam zase se to liší, protože když je člověk v tý studii, tak pokud to studie povoluje nebo když je to off label za hospitalizace, tak ok, my můžeme dát suicidálnímu pacientovi s těžkou depresí, která je jenom bez psychotických příznaků ne s nima, ale ambulantně třeba na Psyonu teďka začneme pracovat, budeme dávat ketamin jenom do střední deprese, už ne do těžký. No a ten důvod je jednoduchej, protože nejsme lůžkový zařízení a tam samozřejmě nemůžeme dát ketamin někomu, kdo by třeba potom mohl rozvinout suicidální myšlenky, suicidální myšlenky jsou kontraindikace ambulantního podání, i když dáme antidepresivum takovýmu člověku, tak on dostane dost energie na to, a může jít, a to suicidum uskutečnit, to znamená, chováme se v podstatě podobným způsobem, jako bychom se chovali i s antidepresivama, jo. Ketamin je v podstatě rychlý antidepresivum. Takže zvažujeme to, jakým způsobem je vo toho člověka zajištěna nějaká následná péče. Na to, jak že ho integrujeme, jako, že přijde na nějaký integrační sezení ještě neznamená, že si jako můžeme dovolit nemít ho na vočích prostě zbytek času. Takže to je prostě u těhletěch off label podáních. A jinak to jsou různý, to jsou tedy ty psychiatrický stavy, u těch psychiatrickej kontraindikací. Zajímavá je oblast poruch osobnosti, to je taková jako jednak to není úplně nemoc, že jo, v těch klasifikačních kritériích a samozřejmě jako komorbidně s ní trpí spoustu jedinců, který k nám přicházej. Já osobně jsem přesvědčenej, že to často může pomoct a není to pro mě jako jasná kontraindikace a dokonce už ani v těch

studiích modernějších to není kontraindikace. To znamená, když léčím depresi, počítám s tím, že někdy se ta deprese rozvine na základě horší adaptace člověka, když má nějaký akcentovaný rysy, je to ok, co se vylučuje ve studiích, jsou často emočně nestabilní porucha osobnosti a paranoidní porucha osobnosti. Paranoidní, kvůli tomu, kvůli terapeutický alianci a emoční nestabilita vlastně kvůli tomu, že ten člověk prostě řekněme lítá emočně nahoru a dolů a často je zvýšená pravděpodobnost právě tý suicidality. Tam by to bylo zajímavý, ale je potřeba ta hospitalizace. Těch studií, který řešej opravdu nějakej pohled prostě na to, zaměřujou se opravdu čistě na léčbu deprese, tak tam jsou z toho zase vyloučený ty klinicky těžší, protože to není o depresi, ale primárně o něčem jiným, tam je to o tý indikaci. Takže takhle si s tím různě hrajem jako, je to dost komplexní otázka indikace a kontraindikace. A potom jsou samozřejmě somatický, ty jsem úplně vynechal, jo. Tam, jsou samozřejmě různý kardiovaskulární věci, většina těchto látek působí sympatomimeticky, tzn. jakékoli infarkty, cévní příhody v anamnéze, alergie na tu látku, epilepsie, na kterou nesmíme zapomínat, všechny psychedelika jsou epileptogenní.

Jenom tedy jako ty lidi třeba, když je vylučujete, tak je to na základě toho, co ty lidi vlastně jako uvedou teda? Jako u vysokýho tlaku to je jasný, to změříte, ale jako ty zbylý věci, to záleží jako na tom, jestli voni to uvedou v tý anamnéze nebo?

Ne určitě ne, my je v rámci těch studií předvyšetřujeme, mají všichni jakoby, my bysme nepodali psychedelikum někomu, kdo nemá kompletní psychedelický vyšetření, včetně somatickýho a psychiatra. A v tom ambulantním, dokonce máme kolegu internistu, kterýho jsme zaměstnali, je to vlastně forma předoperačního vyšetření, protože ketamin je anestetikum, aby bezpečnost byla stvrzena, tak budem dělat i EKG, opravdu prostě všechno a samozřejmě předtím máme ještě lékařskou zprávu od psychiatra, kde by měly bejt popsaná jeho anamnéza, tzn. vyšetření a i onemocnění, které třeba prodělal, rozhodně to není jenom na tom, co nám řekne.

3. **Existují standardizované postupy práce s klientem?**

Takže vlastně jako standardizovaný postup toho screeningu, teď jsem vlastně popsal, to jsou ty vylučovací kritéria a ty rozhovory vlastně předtím. Potom je standardizovaná práce s klientem ohledně terapeutických příprav, indikace a integrace. Ono donedávna se o tom moc nemluvilo tady, ještě když jsme začínali v roce 2014, jako jsme si to někde jako přečetli, existujou. V roce 2008 vyšly guidelines for halucinogen use nebo jak se to jmenuje..od Johnsona, a to byl vlastně první paper, kterej na tohle byl, kterej měl popsaný, jak si máte nastavit setting a že nemají být klíče na záchodě, aby se člověk nezamknul, což je jako docela dobrá věc, tím si myslím se docela synchronizovala ta vlna tý psychedelický renesance v tom, jakým způsobem se s těma lidma zachází. A ještě v těhle guidelines jako není moc popsaný, jako integraci je tam věnovanejch pár řádek a ta příprava, že. Jako, že vlastně mluvit o tý psychedeliky asistovaný terapii, to je vlastně pojem posledních řekněme necelých pěti let, jako v tý literatuře. To jako razíme vlastně, protože se o tom všudemožně mluví, ale jakoby do těch publikací se dostává až teďko, vlastně. Takže tam jako nějaká velká standardizace díky tomu není. Ona je spíše v těch protokolech těch firem velkých, který, když se tím vlastně zabývají, to je MAPS v Americe a Compass Pathways tady. V Evropě máme to štěstí, že vlastně děláme pro obě dvě a plus ještě děláme svoje vlastní klinický studie na psychedelika. Takže si je děláme jednak sami, a jednak prostě následujem americký a evropský, a je to docela sranda. Samozřejmě jsou v tom rozdíly zásadní. A pak mám třeba kolegy, který se hodně zabývají tou historií 60. a 70. let a psychoterapií a jsou to třeba lidi, který jsou zaměřený trošku dynamicky a analyticky a tam v těch 60. a 70. letech byla velká svoboda v tom, co si lidi mohli dovolit a samozřejmě ta psycholytická terapie byla hodně intervenční nebo práce s tělem byla hodně intenzivní, já nevím třeba tam byla breast feeding terapy a takový nějaký šílenosti, je to tam popsaný, všechno možný….Dneska se ostaváme k tomu, že můžeme člověka maximálně chytit za ruku v průběhu toho, tak to zase přeháním jo….Pro mě je třeba důležitý moct pracovat s tím člověkem jako..nevím, no položit mu ruku jako někam, kde cejtí tlak a vyvíjet ňákej protitlak, práce s tělem. Ale třeba ty americký studie to samozřejmě zakazujou, protože tam, jakoby není možný, tam fyzickej kontakt je něco, co je nepřijatelný, neprošlo by to přes regulátory, protože by to mohlo prostě vypadat jako nějaký jakoby sexuální obtěžování. Že se třeba člověka nesmím dotknout vějš než jakoby po rameno, jenom na ruce, v jinejch studiích evropskejch to lze

trošku volnějš. Ale zase tam jsou jiný problémy,který jsou zpřísněný. Ta terapie se stává hodně manualizovanou, a to je velkým předmětem diskusí v tý komunitě. Protože psychoterapie nejde úplně jako manualizovat. Je to možná spíš umění než věda, ale snoubí se s tou vědou v podobě tý klinický studie. Takže tohle je jako dost zajímavý a myslím si, že vlastně jediný, co to dokáže nějak manualizovat, ne manualizovat, ale řekněme dobře synchronizovat jsou jako dobrý výcviky, který umí s tímhle tím vlastně pracovat. A voni nejsou, že. Bejvá jeden v Kalifornii a jeden je ve Švýcarsku, kterej je němčině. Jiný na světě nejsou. Třeba v těch klinických studiích podobně je třeba mnohem větší, ty lidi co to dělaj ty výcviky často nemaj a vlastně učí je až ta studie samotná a každá si to vlastně přebírá trochu jinak, takže je v tom dost chaos, ale možná míň než v 60.letech. Takže asi takhle nějak, no. Zejména v integraci no. To jakým způsobem člověka připravit, tam je celkem shoda, v průběhu tý intoxikace, tam se spíš držíme hodně zpátky, protože pracujeme spíš v tom psychedelickým kontextu než v tom psycholytickým, kdybych to vzal z těch 60.let. To znamená nevyptáváme se klientů prostě, jestli jim to připomíná matku nebo něco podobnýho v průběhu sezení, takže tam těch intervencí je málo, práce s tělem, imaginace, cvičení, spoustu technik na uzemnění, držení toho prostoru. A co se týče tý integrace, tak tam je to hodně různý. Tam je hodně různých přístupů v míře vlastně direktivity. Každá studie to má trošku jinak.

4. S jakými tématy klienti k terapeutům přicházejí? Rozpracovat, doptat se

No tak to už jsem v podstatě říkal, v těch studiích je to jasný. Tam je to jako většinou daný. Většinou, když přijdete do studie a přinášíte nějaký problém a nějaký téma, tak většinou neprojdete vstupním pohovorem. Jo a to někdy je problém, já nevím, rozchod s přítelem může bejt dostatečně velkej problém na to neprojít, protože to je špatnej set, to nemusí být jenom kritériem klasifikace nemocí. Prostě potřebujem, aby ty lidi nic neřešili, protože si to nelajsnem, protože voni..je zasypáváme.., strkáme do magnetických rezonancí a dáváme jim EEG na hlavy, a to opravdu není psychedeliky asistovaná terapie. Co se týče toho ostatního, tak v podstatě se vším začínáme, a tak přicházejí lidi samozřejmě s depresemi, a to jsem říkal, někdy přicházejí i sami od sebe, že si to najdou, to

častějš, a někdy přicházejí na doporučení jejich psychiatra. Kterej je třeba trochu osvícenej a zajímá se vlastně o nový postupy v léčbě. Tak vobčas přijdou lidi, který vlastně neví vo těch látkách nic. A to není pro nás překážkou. Ale musejí bejt jako motivovaný a bejt schopný prostě, za mě je fajn, když jsou schopný naformulovat nějakej záměr. V těch klinických studiích to někdy úplně dělat nemusej. Když jsou těžce depresivní, tak nejsou moc schopný něco spontánně formulovat. A podle mě na tom je podle mě zavislej ten oucome. Ne vždycky s tím záměrem můžeme pracovat úplně konkrétně, protože v těch studiích do toho úplně jako nemůžeme hodně jít, takže tady se třeba těším na větší svodobu práce s tím záměrem v tom ambulantní zařízení, kde přicházejí opravdu motivovaný hodně, tak ty třeba co platěj na cash, tak je to stejný, jak třeba s psychoterapií. Když platí na cash, tak do toho nalejou víc energie, a vědí víc, co od toho chtějí vlastně.

A není to někdy třeba moc kontraproduktivní jako to očekávání, který jako maj..?

No jasně, pozor, ale mi snažíme odlišovat záměr a očekávání. Ono to jde od sebe odpreparovat, klienti taky prostě.. často to spadá do jednoho.. záměr prostě ve svý nejčistší podobě musí být strašně vlastně otevřenej. Záměr neví, co se vám stane, záměr prostě popisuje oblast, která vás zajímá, je dobrý ten záměr jako hodně zjednodušit. Zatímco očekávání je nějaká představa, jak to bude probíhat. Záměr někdy jakoby, já když třeba uvažuju o záměru, tak teď už to není o studiích ani o nějakých guidelines, který sami vytváříme pro to off label podání. Každej tohle dělá jinak. Já uvažuju třeba o záměru až v takovým šamanským kontextu. Že někdy opravdu záměr jde zredukovat do nějakýho, do nějaký runy nebo do nějakýho obrázku, většinou si to někam napíšete, a pak to spálíte. Čím je to jednodušší, tím je to lepší. Protože tím, jak je ten psychedickej stav hodně neverbální, hodně iracionální, tak tam žádný jako…Takže záměr je dobrý, že vás provází a že se s ním můžete potkat při tý intoxikaci. Ideálně, když je to jedno slovo nebo něco, co vám prostě připomene to všechno, co je za tím. Ale co máte zpracovaný a vydestilovaný do jednoho pocitu, do jednoho slova.

5. **Lze v možnostech využití psychedelik/rozšířených stavů vědomí spatřovat terapeutický potenciál? V čem? Jaký? Jestli si myslíte, že to fakt pomáhá těm lidem, případně jak teda? Jestli to vidíte? Nebo?**

Samozřejmě to člověk spatřuje v nějaký komunitě, kde se ty látky užívaj. Upřímně řečeno v těch klinických studiích je s tím taková práce, že tím neprojde dostatečný počet lidí, abych se k tomu mohl nějak dostatečně validně vyjádřit v tuhle chvíli, jo. Můžu se k tomu vyjádřit z nějakých paperů, který jsem o tom četl. Ale asi mi neprošlo rukama dost lidí v tomhle formálním kontextu, abych na tohle dokázal jednoznačně odpovědět. Já tomu věřím, samozřejmě, ale zase ne nějak slepě a zase ne všem, budu reflektovat komu a tak. Když říkám to neformální podání, tak to není podání, já nepracuju a nikdy jsem nepracoval mimo formální podání. Jediný, co jsme vlastně s kolega rozjeli, tak to je ten Psycare, kde vlastně, to je podobnej model toho, co se děje v Americe. To je Zendo Project od Mapsu, neziskovka, která dělá support na festivalech, to znamená jakousi psychedelickou polní nemocnici. Kromě toho, že pomáháme, tak se taky dovzděláváme a stane se tam, že nám tam pod rukou prochází vlastně hodně lidí, otvírá jim to hodně témat a i těžkejch, protože samozřejmě, protože často přicházejí na pokraji nějakýho badtripu, a tím se vlastně hodně učíme. No a tak z tohohle toho mám pocit, že to může jako hodně pomoct, a samozřejmě na těch festivalech to není jenom pomoct, protože u spousty těch lidí vlastně ani nevíme, jak to dopadne, protože je posíláme terapeutům nebo si je vyhledaj jako sami. A tam to může i uškodit, že jo. Takže to si myslím, že obecně to tak může bejt, to znamená, to závisí, jak se to nastaví a kdo to vede, i na obě strany, každopádně to něco dělá. Což si myslím, že je nejdůležitější. Protože já má zkušenosti z mainstreamový psychiatrie a když pominu teďko antipsychotika, který tiší psychózu, který skutečně něco dělají taky, tak jakoby ten efekt a možnosti nazření u anxiolytik a antidepresiv je prostě naprosto, naprosto jakoby minimální. Nevidím tam, že by směřovaly stejný směrem jako ta psychoterapie. Takže to je pro mě asi zásadní, že to opravdu něco dělá, opravdu se začne v člověku něco hodně dít, a to něco může jít na obě strany, někomu si myslím, že to může taky nepomoct, někomu si myslím, že víc. Ale zatím to vypadá, že si umím představit, a ty podobný studie, který teďka přišly do tý literatury, naznačují, že u spousty diagnóz psychiatrickejch je možný opravdu nějakej pokrok udělat. Ve smyslu redukce symptomů a často kauzálnějšího řešení

než toho symptomatickýho. Což můžou bejt třeba deprese, obsedantně kompulsivní porucha, na to je nějaká evidence třeba u psylocibinu, v terminálních stavech, vlastně u terminálních diagnóz, všechny závislosti. A to v podstatě platí i pro ketamin. Pak je jednoznačný rozlišení jako, že posttraumatické porucha a MDMA. Ale potom i nějaký počáteční výzkumy jako mentální anorexie, autismus s MDMA, anorexie takhle třeba s Ayahuascou, nejvíc. Jako otvírají se nový pole a vypadá to, že to může pomoct. Naopak nevěřím tomu, že to může pomoct například u onemocnění psychotickýho okruhu, nejsem o tom přesvědčenej ani, že jo ani, že ne, ale spíš si myslím, že tam je už velký riziko toho zhoršení. A věřím i ve využití u tý osobnostní problematiky i a tím pádem, tím, že už tady máme nějaký spektrum tak věřím, a tomu věřím opravdu nejvíc, že věřím, že opravdu mohou posunout vnímání sebe a ostatních i zdravý jedince.

Takže stačí ta jednorázová zkušenost, že to nastartuje ten proces, kterej jako trvá jako delší dobu aniž by bylo potřeba to obnovit tu terapii nebo?

To je samozřejmě dobrá otázka, to ale zatím jakoby nevíme, třeba u těch depresí to vypadá, v tý pilotní studii, kde bylo ale málo lidí, že to vydrží nějakých půl roku..tři měsíce až půl roku, což je obrovský, ale pak to samozřejmě jde dolu, ale už to jde dolu od toho prvního tejdne, takže...zázračnej lék to určitě není...zavisí taky na tom, co s tím všechno budete dělat. My věříme v nějaký neuroplastický vokno, který trvá měsíc a tam máme asi největší možnost intervence… tam je poměrně málo studií nebo co se děje ten měsíc… Takže asi takto.

6. **Jaké jsou nároky/požadavky, kladené na osobu provázejícího v psychoterapeutické praxi**.

No tak zase nejasný pole. V Americe se snaží celou akci velmi zlevnit, to znamená nároky najdete v podstatě u toho prvního sittera. Ten coterapeut, je, často tam tomu říkají family therapist, sociální pracovník, zdravotní setra, bez terapeutickýho výcviku. My už tady jako kulturně jsem trochu přísnější, co se týče tohohle toho,…Ale nevidím zase smysl v tom, že by všichni museli bejt profesionálové ve zdravotnictví. Podle mě je ale dobrý, aby jeden ten člověk z toho týmu měl jako klinický vzdělání, na tom třeba my trváme na Psyonu, já jsem vlastně teďko jako j… Takže tam jak nastavujeme i tyhlety mantinely. Takže tohle je pro nás jako

zásadní, aby člověk měl klinický vzdělání. Když mluvím o klinickým vzdělání, tak je to ideálně dokončený jako atestovanej psychiatr nebo atestovanej klinickej psycholog. Atestace z psychoterapie, ta nás nezajímá, smích..kupodivu..z různých důvodů, je pro nás důležitý psychoterapeutický vzdělání, ale ne už atestace z psychoterapie. Když mluvím o tý atestaci, tak my nejsme schopni tohle prostě zajistit tohleto pro nějaký týmy, aby tam byl vždycky jeden atestován, tzn.máme nějaký služby, že vždycky ten jeden je jako back up na telefonu a vždycky je minimálně jeden lékař v baráku, minimálně, když se podává. Když podává klinickej psycholog, což my chceme umožnit teďko nově, protože doteď to tak nebylo, ve studiích je vždycky lékař jeden, zatím. Tak ten psycholog musí mít za zádama nebo prostě v baráku dosažitelnýho lékaře, kterej přijde a podá tu látku. Co se týče psychoterapeutickýho vzdělání, tak v těch studiích třeba v „NÚDZU“ kupodivu není nárok na dokončenej terapeutickej výcvik, není napsáno, jak musí bejt dlouhej, jsou jak tříletý, tak šestiletý…Mezinárodně tady taky není jakoby jasno, třeba do těch vzdělávacích institucí na „PSí 1“?, na tu Californii, na to Švýcarsko často musíte mít nějakou praxi a počet hodin. Já se tam dostal, a dokončil tam ten výcvik a kolega taky, takže jsme se rozhodli o tom uvažovat tak, že potřebujeme, aby ty lidi měli už vlastní klienty a byli třeba veprostřed terapeutickýho výcviku. Ale výhledově, to bysme chtěli určitě zpřísnit, až těch lidí bude dost, s tím, že teď je ta komunita malá a ty lidi dobře známe a vím, že se na ně můžem spolehnout. A těžko hledat nějaký seniory, který se tím zabejvaj v Čechách. Protože jsou to věci mladší generace, mladší než já, takže výhledově budem požadovat dokončený výcviky, za mě tedy. Potom je další kritérium, a to je sebezkušenost a já si myslím, že to je důležitý. Nastavujeme ty kritéria vlastně v rámci nějakýho projektu visegradskéjch zemí, vlastně z grantu, kterej jsme dostali jako Česká psychedelická společnost a slovenská dohromady, mezi Polákama, Čechama, Němcema, Maďarama, Slovákama byly kolem toho velký diskuse, zejména tý sebezkušenosti, že třeba v těch mezinárodních to není, a my si jí tam necháváme.

Hm. a nemyslíte, že to je třeba škoda, že se tak zbavíte některých terapeutů, který by třeba byli dobrý, ale tu sebezkušenost třeba ze zdravotních nebo jinejch důvodů nemůžou mít?

Hm tak to je určitě validní argument, většinou si myslím, když tam jsou ty zdravotní, tak většinou jde najít taková sebezkušenost, aby..nebo těch látek je víc..buď je to třeba alergie na látku nebo jsou ty látky nebezpečný kardiovaskulárně..Ale když já mluvím o sebezkušenosti, tak nemusím mít nutně jenom látkovou. Jde holotropní dejchání, byť třeba já ho vnímám jako somaticky nebezpečnější než látky. Ale teď, když mě napadá třeba kolega, kterej třeba prodělal nějakou psychotickou ataku a byla tam kontraindikace Tak mě napadá, že třeba ta psychotická ataka může být zkušenost s jiným stavem vědomí. Jako těžko, jako v týhle oblasti nejde soudit nějak paušálně, jo. Tohle kritérium my chceme, rozhodně ho teďka formálně nedržíme, ale chceme ho formálně držet v podstatě ve chvíli, kdy uděláme takovej výcvik, kde bude ta sebezkušenost umožněna. Na tom už trochu pracujeme. Takže to si myslím, že je zásadní jako další věc. Protože sebezkušenost z toho, že to člověk někde párkrát zkusí, ta není až tak zajímavá, zajímavá je ta sebezkušenost právě v tom terapeutickým kontextu, na držení toho prostoru. Anebo eště za mě ten rozdíl mezi tím. To si myslím, že člověka hodně nasměřuje. Takže asi tohle kritérium, nejsou žádný formální kritéria v tuhle chvíli, ale přemýšlíme o jakýchsi interních kritériích a z nich formální asi vzniknou.

7. J**aká rizika terapeuti/průvodci v práci s klienty spatřujete z pohledu terapeuta?**

No tak, no..nevím, to je votázka smích...Terapeut, když je nezkušenej, tak může udělat spoustu chyb, spoustu věcí ho může hlavně vyděsit, může se snažit příliš intervenovat, to si myslím, že je takový nejčastější, nějak toho člověka zachraňovat. Nejtěžší myslím, že ze všeho je unýst tu úzkost klienta nebo takovou tu úzkost fakt spojenou se smrtí ega a nějakým rozpouštěním se a moment vlastně, kdy nechce se člověk odevzdat procesu, tak myslím si, že pro každýho, kdo to viděl poprvý, je to těžký v tom vlastně vidět člověka trpět a nemůžu ho zachraňovat, ale musí vlastně bejt s ním v tom utrpení,.jo, a to je fakt těžký no….A to je něco, co se musí člověk učit a myslím. Jako i když jsem to viděl třeba víckrát, tak to ve mně vždycky hrkne znova, tak to je asi jako možná nejtěžší. A samozřejmě pro toho klinika rozeznat to jako od skutečnejch komplikací, že se něco děje, že člověk hůř dejchá…nevím nějakýho somatickýho rizika, to si myslím,

že je hodně důležitý bejt si v tom jako jistej, i když na druhou stranu, já jsem třeba v praxi, kterou dělám v těch studiích, zase tolik lidí to nebylo, ale nikdy jsem neviděl komplikace, že bych musel zasáhnout nějak farmakologicky třeba, když můžu. Myslím, že ty věci se týkají tý úzkosti a přenosu tý úzkosti terapeuty, terapeutovy úzkosti. Ještě se objevuje koncept, že vlastně určitá úzkost je plodná a určitá už ne a ukazuje se, že lidi, který prožívaj třeba moc velkou úzkost, tak potom mají horší antidepresivní efekt z těch pacientů, třeba u těch pacientů je ta úzkost větší. Takže jakoby odhadnout, jak tu úzkost držet v těch mantinelech, a myslím si, že opravdu existuje taková úzkost. Teď je otázka, jestli ji terapeut špatně zpracoval nebo jestli ji nechal zajít tak daleko, nevím.. , jakým způsobem mohla třeba vzniknout, ale umím si představit, že v takovýmhle případě je vlastně plodnější, aby člověk podal nějaký anxiolytický léky. A ten proces už dokončit v nedisociovaným stavu, to si myslím, že je těžký.

Bylo by pro mě jako lajka těžký rozpoznat, nakolik je to vlastně už patologický? Nakolik ne? Není na to žádnej..?

Ty studie, co se teď objevujou, jsou jako pilotní, co týče tý úzkosti a toho, jestli já dělám dobrej proces, dobrou službu nebo ne. Máme dobrou paletu obran na úzkost, takže k tomu často dochází a někdy k tomu často dochází, že to nemusí bejt jako úzkost, ale přestřelení tý dávky. Vlastně když používám velký dávky těch látek, tak na tom ketaminu je to hezky vidět, to je přímo anestetikum, tak člověk je v anestezii. Dostane se do K-Hole, to znají všichni uživatelé, uživatelé ketaminu a ono to funguje i u ostatních látek a dokonce je to závislý na osobnostní struktuře i dalších věcech, každej má ten traject point někde jinde, takže někdy to může být i dávkou. A já věřím, že někdy ten proces pak plodnej není, jako terapeuticky. Ve chvíli, kdy se dostanete moc daleko, prostě, kdy už vlastně ten stav je už disociovanej. Někdy je zajímavej pro lidi jako psychonauty, nevím,…. z toho terapeutickýho pohledu nějaká neuroplasticida funguje..ale nevím. Terapeut nehlídá dávku, ta dávka je většinou podle nějakýho protokolu. Potom je to ta úzkost, co nás může odpojovat.

8. **Jaká jsou úskalí/rizika spojená s touto zkušeností pro klienty (z pohledu klienta)?**

Já myslím, že to je v podstatě to samý s tou zkušeností, ale zase na druhý straně. Myslím si jako, že pro člověka, kterej se do toho chce pustit, a čte vo tom, tak takových lidí je spoustu, i třeba v nějakým seberozvojovým kontextu nebo opravdu má nějakej problém, kterej ještě není diagnozován a nechce jít na psychiatrii a tu diagnózu mít, tak tyhle lidi to mají těžký. Tyhle lidi vlastně nemají moc možností dneska. Protože paradoxně, když jste pacient a máte nějakej problém, tak se k tomu můžete nějakým způsobem dostat trochu teďka, ale jinak ne. To znamená, že ty lidi vyhledávají jiný pseudoterapeuty, který.. .někdy teda i skutečný terapeuty, ale spíš jsou to pseudoterapeuti v tomhle ale, teďka to nechci nějak shazovat, protože ta šamanská praxe, to je zase něco úplně jinýho, něco, co je taky hodně cenný, to třeba já nedělám, nevyznám se v tom, takže o tom nemluvím, ale mám s tím zkušenosti z tý klientský strany, jo, samozřejmě i v zemích, kde to možný je, třeba v jižní Americe, to je prostě úplně jiný, a tam si myslím, že je velký riziko, ale to je obecný riziko, nejen jako u šamanů, ale obecně jako v Čechách, různých neošamanů a léčitelů, který s tím fakt jako pracujou, to je riziko toho, že nevíte, ke komu jdete, a že je těžký si to ověřit, protože to je ilegální. I ilegalita je nebezpečím samotným. Ilegalita narušuje set, dělá lidi paranoidnější a už to je problém jo. Ilegalita je obrovskej problém. Myslím si, že v optimálním světě, když si můžete vybrat, jdete zdravotnickou cestou, protože ve zdravotnictví je to vlastně safe, připravený pro pacienty, ale zdravotnictví není nastavený na to, že nejste nemocnej. To znamená, tady vždycky bude, buďto se tohleto změní, to by za mě bylo docela zajímavý a umožní, vlastně v dnešní době jako biohackingu. Biohackeři si choděj nechat odebírat krev a starají a zkoumaj různý látky ve svým těle podle toho, jak moc cvičej a tak…Je to jako v pořádku, je to trošku zvláštní, trošku extrémní, ale proč by člověk nemohl prostě nějak jako zjišťovat svůj zdravotní stav a mít nějakej biofeedback, zpětnou vazbu o tom, jak mu je, když vlastně není formálně nemocnej, na tom není nic špatný na tom, je to vlastně prevence. Tohle se třeba časem změní a mohlo by to bejt zajímavý, člověk by si mohl vlastně vybrat. V tom zdravotnictví by měl nějaký reference a všechno, ale v tom zbytku nemá nic. Tam by to mohlo fungovat třeba jako uber s taxislužbou, lidi ratujou zpětně toho zprostředkovatele. To si myslím, že jedině nějaký large scale data můžou umožnit vlastně člověku se líp rozhodovat, kromě toho, co ten člověk sám vo sobě tvrdí. No, a když to není v tom systému, tak jako to nelze ověřit, jestli to tak je, to co kdo tvrdí, takže nějak takovýmhle způsobem. K tomu se

nikdo neuchýlí, dokud to není legální. Takže smích dost komplikovaný téma....A myslím si, že to je těžký pro člověka, kterej do toho chce jít vážně s nějakým dobrým záměrem. Není to úplně možný.