



**KRAKOWSKA AKADEMIA
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

Kierunek: Psychologia

Specjalność: Psychologia kliniczno-sądowa

Mateusz Buda

**WPLYW ZAŻYWANIA SUBSTANCJI
PSYCHODELICZNYCH NA SUBIEKTYWNĄ OCENĘ
NASTROJU ORAZ OBJAWÓW DEPRESJI I LĘKU**

Praca magisterska
napisana pod kierunkiem
dr Łukasza Barwińskiego

Kraków 2022 r.

SPIS TREŚCI

	1
STRESZCZENIE	4
SUMMARY	5
WSTĘP	6
I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH	9
1. ZABURZENIA DEPRESYJNE	9
1.1 DEPRESJA- DEFINICJA	9
1.2 DEPRESJA - OBJAWY	10
1.3 KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE DEPRESJI	11
1.4 PRZYCZYNY DEPRESJI	16
1.5 SKUTKI DEPRESJI	23
2. ZABURZENIA LĘKOWE	24
2.1 LĘK - DEFINICJA	24
2.2 GAD (<i>Generalised anxiety disorder</i>) - ZESPÓŁ LĘKU UOGÓLNIONEGO	24
2.3 FOBIA SPOŁECZNA	26
2.4 ZESPÓŁ LĘKU NAPADOWEGO	27
2.5 OCD (<i>Obsessive-compulsive disorder</i>) - ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE	28
2.6 PTSD (<i>Post-traumatic stress disorder</i>) - ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO	31
2.7 FOBIE SPECYFICZNE	32
2.8 ZABURZENIA LĘKOWE - TRUDNOŚCI W LECZENIU	33
3. HISTORIA ZAŻYWANIA PSYCHODELIKÓW	34
3.1 PIERWSZA FALA	34
3.2 DRUGA FALA	36
3.2.1 TERAPIA PSYCHODELICZNA, A TERAPIA PSYCHOLITYCZNA	38
3.2.2 EFEKTYWNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO TERAPII PSYCHODELICZNEJ	40
3.2.3 DELEGALIZACJA I PRZERWANIE BADAŃ	41
3.3 TRZECIA FALA – „RENEZANS” PSYCHODELICZNY	42
4. POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY PSYCHODELIKÓW	45
4.1 PSYCHODELIK - DEFINICJA	45
4.2 JAK DZIAŁAJĄ PSYCHODELIKI - POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY	46
4.3 BEZPIECZEŃSTWO SUBSTANCJI	49
4.4 POWODY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHODELICZNYCH	50
4.5 JAK WYGLĄDA TERAPIA WSPOMAGANA PSYCHODELIKAMI	51
4.6 PODZIEMNE TERAPIE PSYCHODELICZNE	55

4.6.1 DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE ORGANIZOWANE WE WŁASNYM ZAKRESIE	56
4.6.2 DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE Z PRZEWODNIKIEM / PODZIEMNYM TERAPEUTĄ	57
4.6.3 RYTUALNE CEREMONIE	59
4.6.4 LEGALNE TERAPIE W HOLANDII	61
II. CZĘŚĆ BADAWCZA	63
5. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH	63
5.1 PROBLEM BADAWCZY	63
5.2 PRZEDMIOT BADAŃ	64
5.3 PYTANIA BADAWCZE	64
5.4 BADANE ZMIENNE	65
5.4.1 WSKAŹNIKI ZMIENNYCH	65
5.5 OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH	66
5.5.1 NARZĘDZIE NR 1 - KWESTIONARIUSZ DO POMIARU DEPRESJI (KPD)	66
5.5.2 NARZĘDZIE NR 2 - SKALA UCZUĆ POZYTYWNYCH I NEGATYWNYCH (SUPIN)	67
5.5.3 NARZĘDZIE NR 3 - SZPITALNA SKALA DEPRESJI I LĘKU (HADS)	68
5.5.4 NARZĘDZIE NR 4 - ANKIETA WŁASNA	68
5.6 ORGANIZACJA BADAŃ	68
5.7 CHARAKTERYSTYKA BADANEJ PRÓBY	69
6. PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	70
6.1 METODY STATYSTYCZNE	70
6.2 WYNIKI BADAŃ	70
7. DYSKUSJA WYNIKÓW	81
7.1 ZABURZENIA DEPRESYJNE I ICH OBJAWY	81
7.2 LĘK	84
7.3 UCZUCIA POZYTYWNE I NEGATYWNE	84
7.4 POZOSTAŁE ZALEŻNOŚCI	85
8. WNIOSKI	87
8.1 OGÓLNA KONKLUZJA	87
8.2 OGRANICZENIA ZASTOSOWANEJ PROCEDURY	87
8.3 IMPLIKACJE PRAKTYCZNE I DALSZE KIERUNKI BADAŃ	88
LITERATURA CYTOWANA	90
SPIS TABEL I RYSUNKÓW	99
ANEKS	101

STRESZCZENIE

Substancje psychodeliczne były stosowane przez ludzi od zarania dziejów. Przez wiele wieków używane były w formie ceremonialnej przez kultury na całym świecie. Przełomem, jeśli chodzi o badanie ich potencjalnej użyteczności w psychoterapii były dopiero lata 50 i 60-te XX wieku. Okazało się, że oprócz wysokiej skuteczności w leczeniu zaburzeń takich jak lęk, depresja czy uzależnienia, używane w kontrolowanych warunkach są również stosunkowo bezpieczne. Badania jednak zostały przerwane po politycznej decyzji o zdelegalizowaniu tych substancji. Przez kolejne kilkadziesiąt lat, pomimo narastającego kryzysu zdrowia psychicznego nie wynaleziono żadnej przełomowej metody w leczeniu najczęściej diagnozowanych zaburzeń. Część naukowców postanowiła wznowić badania nad psychodelikami. Obecnie prowadzone badania, z zachowaniem naukowych standardów potwierdzają wysoką skuteczność tych substancji w leczeniu m.in. zaburzeń lękowych i depresji, choć w Polsce należą one do rzadkości. W swojej pracy postanowiłem sprawdzić jak osoby przyjmujące psychodeliki w celach terapeutycznych oceniają ich wpływ na objawy o takim charakterze. Zrealizowany projekt badawczy objął 150 osób, zarówno posiadających formalne rozpoznania zaburzeń psychicznych, jak i doświadczających obniżenia nastroju, stanów lękowych oraz innych objawów depresyjnych, ale dotąd psychiatrycznie niezdiagnozowanych. Pomiaru dokonano za pomocą kwestionariuszy oceniających nasilenie objawów depresji i lęku, a także poziom subiektywnie doświadczanych emocji pozytywnych oraz negatywnych, przed i po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Uzyskane wyniki wykazały, że objawy depresji oraz lęku wyraźnie zmniejszyły się u badanych po ostatniej sesji psychodelicznej, a wielkość ujawnionych zależności osiągnęła w przypadku większości zmiennych wysoki poziom. Rezultaty przeprowadzonych badań pozwalają sformułować wniosek zbieżny z wieloma doniesieniami, iż substancje psychodeliczne istotnie mogą posiadać potencjał terapeutyczny w zakresie wspomagania leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz prowadzić do obniżania subiektywnego nasilenia doświadczanych objawów w tym zakresie. Uzyskane wyniki mogą stanowić przyczynek do podejmowania dalszych badań w tym obszarze, szczególnie w kontekście pomiaru nieograniczającego się wyłącznie do retrospektywnej oceny kwestionariuszowej.

SUMMARY

Psychedelic substances have been used since the beginning of human history. For centuries they have been used for ceremonial purposes by cultures all over the world. The breakthrough came in the 50s and 60s of the twentieth century when the research in their potential use in psychotherapy began. It turned out that apart from being highly efficient in treating disorders such as anxiety, depression, or addiction, they are also relatively safe when used in controlled environment. However, the research was cancelled after political decisions to delegalize those substances. For the next few decades, despite growing mental health crisis, no revolutionary method of treating most commonly diagnosed disorders was discovered. Some scientists decided to resume research on psychedelics. Current studies, in accordance with scientific standards, confirm the high effectiveness of these substances in treatment, among others, anxiety disorders and depression, although they are rare in Poland. In my work I decided to determine how people who take psychedelics for therapeutic purposes evaluate their impact on symptoms of this nature. The research project involved 150 people, both with formal diagnoses of mental disorders and experiencing lower mood, anxiety, and other depressive symptoms, but not yet psychiatrically diagnosed. The questionnaires assessing the severity of depressive and anxiety symptoms, as well as the level of subjectively experienced positive and negative emotions were used, before and after the last psychedelic experience. The results showed that the symptoms of depression and anxiety clearly decreased in the subjects after the last psychedelic session, and the size effects of the revealed relationships, reached a high level for most variables. The results of the study allow to formulate a conclusion consistent with many reports that psychedelic substances may indeed have therapeutic potential to support the treatment of depressive and anxiety disorders and lead to a decrease in the subjective intensity of experienced symptoms. The results obtained may contribute to further research in this area, especially in the context of measurement not limited to retrospective questionnaire assessment.

WSTĘP

Według najnowszych statystyk na zaburzenia psychiczne (w tym uzależnienia) na świecie cierpi niemal miliard ludzi (Dattani, Ritchie i Roser, 2021). Depresja, lęk, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa i dystymia zostały zidentyfikowane jako główne przyczyny niepełnosprawności w USA. Szacuje się, że zaburzenia psychiczne są przyczyną 14,3% zgonów na całym świecie, czyli około 8 milionów zgonów każdego roku (Murray, 2013). Globalne obciążenie ekonomiczne zaburzeniami psychicznymi oszacowano na 8,5 biliona USD w 2010 roku zaś The Lancet Commission (2018) w raporcie z 2018 roku dotyczącym zdrowia psychicznego stwierdziła, że zaburzenia te będą kosztować globalną gospodarkę 16 bilionów dolarów do 2030 r. W ostatnich dziesięcioleciach nie nastąpił żaden znaczący przełom w dziedzinie opieki psychiatrycznej w zakresie skuteczniejszych metod leczenia chorób, takich jak PTSD, depresja, zaburzenia lękowe czy też uzależnienia. Najczęściej stosowane terapie w obecnym modelu konwencjonalnej opieki psychiatrycznej obejmują leki psychotropowe, techniki psychoterapeutyczne, takie jak terapia zorientowana na wgląd i terapia poznawczo-behawioralna, terapia elektrowstrząsowa i przezczaszkowa stymulacja magnetyczna. Pomimo stosunkowo dobrej skuteczności są one jednak wciąż trudno dostępne, kosztowne bądź efekty pojawiają się po długotrwałym leczeniu. Średnio od pojawienia się pierwszych objawów depresji do wyleczenia mija 10 lat, a ponad dwie trzecie osób cierpiących na to zaburzenie, w ogóle nie otrzymuje pomocy. Każdego roku od 10 do 20 milionów osób z depresją podejmuje próby samobójcze, a milion popełnia samobójstwo. Pomimo zwiększonej dostępności leków przeciwdepresyjnych w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, ograniczona skuteczność, kwestie bezpieczeństwa i wysokie koszty doprowadziły do poszukiwań skuteczniejszych form leczenia (Lake, 2017). Leki psychotropowe stanowią ważny element opieki psychiatrycznej, zwłaszcza w przypadku ciężkich chorób psychicznych. Wiele osób, u których zdiagnozowano chorobę afektywną dwubiegunową, ciężkie zaburzenie depresyjne i schizofrenię, nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie bez ich pomocy. Jednak po dziesięcioleciach badań, dowody wspierające farmakologiczne leczenie wielu poważnych zaburzeń psychicznych nie są przekonujące. Badania wykazały, że aż 10-30% pacjentów z depresją jest opornych na leczenie, podczas gdy 30-50% pacjentów nie reaguje w pełni na istniejące farmakoterapię (Kelly, 2010). Oprócz obaw o ich skuteczność, wiele powszechnie przepisywanych leków psychotropowych, w tym antydepresantów i leków przeciwpsychotycznych, wiąże się z występowaniem poważnych skutków ubocznych, takich

jak przyrost masy ciała, zwiększone ryzyko cukrzycy i chorób serca, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia snu oraz możliwość uzależnienia (Eisenberg, 2016). Istnieje pilna potrzeba nowych rozwiązań, które wykraczają poza tradycyjną opiekę psychiatryczną. Z każdym dniem pogłębia się przepaść między zapotrzebowaniem na leczenie zdrowia psychicznego a zasięgiem istniejących terapii i klinik. W poszukiwaniu bardziej skutecznych metod, oczy naukowców ponownie zwróciły się ku substancjom psychodelicznym. Psychodeliki stosowane były już z powodzeniem przez psychiatrów na przełomie lat 50 i 60 ubiegłego wieku. Według ówczesnych doniesień, terapia wspierana LSD wykazywała wysoką skuteczność w leczeniu lęku, depresji czy uzależnień. Prowadzonym wtedy badaniom często brak było jednak standaryzowanych technik diagnostycznych, miar nasilenia objawów oraz randomizacji i stosowania grup kontrolnych. W momencie kiedy coraz więcej psychodelików trafiało na ulicę, rząd USA zdelegalizował ich używanie znacznie utrudniając stosowanie ich podczas badań, przez co zostały zapomniane na kolejne kilkadziesiąt lat. Od początku roku 2000 nastąpił jednak ponowny zwrot w ich kierunku, szczególnie po pierwszych badaniach potwierdzających ich skuteczność w przypadku leczenia OCD, depresji i lęku (Davis i in., 2021). Rządy niektórych zachodnich państw zaczęły ponownie wydawać pozwolenia na kolejne badania. Również do opinii publicznej zaczęły coraz częściej docierać relacje ludzi, którzy z powodzeniem stosowali psychodeliki w kontekście terapeutycznym. Rosnące zainteresowanie społeczne psychoterapią wspomaganą psychodelikami znajduje odzwierciedlenie w Global Drug Survey z 2020 roku. Prawie 6% z 110 000 respondentów przyznało się do stosowania psychodelików w ubiegłym roku. Jednym z najczęściej podawanych powodów była próba samodzielnego leczenia zaburzeń psychicznych (Argento, Christie, Mackay, Callon, Walsh, 2021). Chociaż wszystko wskazuje na to, że substancje psychodeliczne mogą być w przyszłości używane podczas legalnie stosowanych terapii, obecnie wciąż pozostają one nielegalne w większości państw w tym w Polsce.

Rosnące zainteresowanie idące za obiecującymi wynikami badań powoduje, że coraz więcej osób decyduje się na samodzielne zażycie tej substancji w celu samoleczenia. Brak badań w tym temacie w Polsce połączony z docierającymi informacjami o narastającym kryzysie psychicznym (Dattani, Ritchie, Roser, 2021) był dla mnie bodźcem do przeprowadzenia własnych badań. Postanowiłem sprawdzić jak badani oceniają wpływ ich ostatniego doświadczenia psychodelicznego na objawy lęku i depresji. W badaniu wzięły udział osoby mające za sobą co najmniej jedno doświadczenie psychodeliczne, które odbyło się w kontekście terapeutycznym. Badanie to polegało na dwukrotnym wypełnieniu kilku

kwestionariuszy mierzących wyżej wymienione parametry. W pierwszej części osoby odpowiadały na pytania o swoje średnie samopoczucie na kilka tygodni przed ostatnim doświadczeniem psychodelicznym. Podczas drugiej części, badani wskazywali, jak wyglądało ich średnie samopoczucie na kilka tygodni po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Następnie za pomocą testów statystycznych sprawdziłem, jakie wystąpiły różnice oraz czy były istotne statystycznie. Chciałem tym samym zweryfikować doniesienia o wyjątkowej skuteczności psychodelików w łagodzeniu objawów depresji i lęku.

W rozdziale pierwszym zostaną przedstawione zaburzenia depresyjne. Wyjaśnię czym się one charakteryzują, jaka jest ich przyczyna oraz na czym polegają dotychczasowe sposoby leczenia. W rozdziale drugim skupię się na przybliżeniu tematu zaburzeń lękowych, gdzie opiszę ich rodzaje, charakterystykę oraz potencjalne przyczyny ich powstawania. Poruszę również temat współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych. W rozdziale trzecim przyjrę się psychodelikom, w tym ich historii, począwszy od czasów prehistorycznych poprzez początki XX wieku, przełomowe lata sześćdziesiąte, kończąc przeglądem obecnie prowadzonych badań. Opiszę również ich działanie, zagrożenia z nimi związane oraz postaram się wyjaśnić, dlaczego ich skuteczność w leczeniu wyżej opisanych zaburzeń może być tak wysoka. Metodologia badań w tym zastosowane metody i opis grupy zawiera się w rozdziale 5. Wyniki badań zostały zaprezentowane w rozdziale 7, a ich analiza, interpretacja oraz wnioski wraz z podsumowaniem w rozdziale 8.

I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

1. ZABURZENIA DEPRESYJNE

Poniższy rozdział skupia się na zaburzeniach depresyjnych. Zostanie opisana w nim historia występowania tego zaburzenia oraz jak zmieniała się jego definicja na przestrzeni wieków. Poruszona została również jego charakterystyka, występowanie oraz teorie wyjaśniające to, jaka może być jego główna przyczyna. Na końcu przedstawione zostaną obecnie stosowane metody leczenia oraz ich skuteczność.

1.1 DEPRESJA- DEFINICJA

Depresja jest znanym ludzkości od wieków zjawiskiem. W swoich dziełach wspominali o niej już autorzy klasycznych dzieł rzymskich czy greckich. Hipokrates w swoich pismach nazywał ją melancholią. Uważał, że jej przyczyną jest nierównowaga substancji biologicznych w organizmie ludzkim. Podkreślał również neuronalne podłoże zaburzeń nastroju, wychodząc z założenia, że to nieprawidłowo funkcjonujący mózg odpowiada za uczucie permanentnego przerażenia, lęku i bezsensowności. Z teoriami Hipokratesa zgadzał się inny starożytny lekarz, Galen. Zauważył on dodatkowo, że podatność na melancholię może być wrodzona. Uważał, że pewne uwarunkowania temperamentu mogą czynić danego człowieka bardziej podatnego na zachorowanie oraz utrudniać lub w skrajnych przypadkach uniemożliwić pełne wyleczenie. Nie wszyscy starożytni myśliciele zgadzali się z teoriami Galena czy Hipokratesa. Wśród teoretyków religijnych panowało przekonanie, że zaburzenia nastroju czy też problemy psychiczne są efektem klątwy zesłanej przez bogów. Z drugiej strony, rzymscy stoicy w swoich rozważaniach na temat melancholii zwracali uwagę na to, że często jest ona skutkiem zniekształconej subiektywnej oceny własnej sytuacji. Pomimo pewnych różnic wszyscy oni ostatecznie zwracali uwagę na większość kluczowych elementów patogenezy i symptomatologii zaburzenia depresyjnego, takich jak zakłócenia równowagi mechanizmów biologicznych, problemy natury egzystencjalnej czy dysfunkcjonalna percepcja własnej sytuacji. Do osób, które pierwsze opisały zaburzenia depresyjne za pomocą nowoczesnych kategorii klinicznych należy Emil Kraepelin. Ten niemiecki naukowiec na początku XX wieku pomógł opracować pierwszy system klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Depresje opisał jako stan, gdzie nastrój pacjenta zdominowany jest przez nieustające przygnębienie i poczucie beznadziei, a czasem przez ciężki do określenia niepokój. Towarzyszy mu również poczucie wyobcowania, samotności i biernej rezygnacji. Aktywności takiej osoby porównał do

wegetacji i życia z dnia na dzień. Kraepelin zauważył, że w tym stanie mogą się już pojawiać myśli samobójcze (Hammen, 2004).

Pomimo że opis ten w dużym uproszczeniu poprawnie zarysowuje to czego doświadcza większość osób cierpiących na depresję, to definicja tego zaburzenia od czasów Kraeplina znacznie się poszerzyła. Wielu ludzi może zostać zdiagnozowanych jako doświadczających zaburzeń depresyjnych, ale w praktyce każdy z nich może doświadczać objawów o różnym nasileniu. Sama liczba objawów również może być inna. Cztery ogólne dziedziny do których można zaliczyć cechy zespołu depresyjnego to afekt, poznanie, zachowanie oraz funkcjonowanie fizyczne.

1.2 DEPRESJA - OBJAWY

Jak pisze Constance Hammen (2004) depresja to nie tylko przygnębienie, poczucie pustki, bezradności i smutku. Są to objawy typowe nie tylko dla depresji, ale również doświadczane przez ludzi jako normalna i chwilowa reakcja na dane życiowe wydarzenie. W przypadku depresji równie ważne są przejawy nietypowych uczuć i nastrojów. Mowa tutaj o utracie zainteresowania tym, co dotychczas wzbudzało zainteresowanie. Rzeczy wcześniej sprawiające satysfakcję przestają wywoływać jakiegokolwiek uczucie przyjemności. W zamian pojawia się apatia i zniechęcenie. Ludzie cierpiący na depresję stan ten porównali do widzenia świata w czerni i bieli. Według wielu badań przeprowadzanych wśród różnych grup wiekowych w różnych zakątkach świata, doświadczenie zaniku zainteresowania sprawami wcześniej znaczącymi oraz apatia stanowią najczęściej występujące cechy zaburzeń depresyjnych.

Osoby cierpiące na depresję charakteryzuje obniżona samoocena. Wynika ona często z niekończącego się rozpamiętywania dawnych porażek oraz poczucia, że w przyszłości będzie jeszcze gorzej. Poczucie niekompetencji i bezlitosny samokrytycyzm wobec własnych zachowań czy cech wzmacniane jest poprzez przekonanie o tym, że jednostka nie ma żadnego wpływu na swoje życie. Cele i marzenia, do których kiedyś dążyła, wydają się rozmyte i całkowicie poza zasięgiem. Życie postrzegane jest jako szare i pozbawione przyjemności, a każda próba zmiany tego stanu jest bezcelowa i zdana na niepowodzenie. Wyolbrzymione i irracjonalne negatywne myśli zaburzają sposób, w jaki jednostka interpretuje to, co jej się przydarza.

Depresję cechują również częste zaburzenia koncentracji, pamięci, uwagi oraz podejmowania decyzji. Niektóre badania wskazują jednak, że osoby ze zdiagnozowaną depresją faktycznie mają problem z zapamiętywaniem czy też skupieniem uwagi, ale jedynie w przypadku doświadczeń pozytywnych. Mogłoby to wskazywać na fakt, że niektóre spośród wyżej wymienionych problemów związanych z prawidłowym funkcjonowaniem umysłu może wynikać nie z osłabionej pamięci, a z powodu rozproszenia przez wyolbrzymione myśli o treści negatywnej. Tego typu myślenie nie tylko jest objawem depresji, ale również sprawia, że sama choroba ma cięższy i dłuższy przebieg (Hammen, 2004). Osoby doświadczające depresji bardzo często wycofują się z wszelkiej aktywności społecznej, ograniczając się jedynie do tych absolutnie niezbędnych. Chory może spędzać całe dni w łóżku bądź nie opuszczać mieszkania. Nie czuje potrzeby utrzymywania interakcji społecznych. Widząc również, że coraz trudniej porozumiewać mu się z innymi zaczyna unikać ludzi.

Kolejną cechą charakterystyczną mogą być zmiany psychoruchowe. Chory zaczyna poruszać się i mówić wolniej niż zazwyczaj. Unika kontaktu wzrokowego. Jego twarz przestaje wyrażać również jakiegokolwiek pozytywne emocje. U chorych doświadczających dodatkowo objawów lękowych można zauważyć jednak pobudzenie psychoruchowe (Heitzman, 2007). U osób doświadczających depresji oprócz zmian psychoruchowych pojawiają się również zaburzenia apetytu, snu i energii. Każde z tych zaburzeń u różnych ludzi może przybierać różną formę. Ludzie cierpiący na zaburzenia depresyjne mogą podczas choroby przejadać się bądź zupełnie stracić apetyt co wiąże się ze zmniejszającą się masą ciała. W przypadku zaburzeń snu, które według badań dotyka 98% chorych może ono przybierać formę bezsenności bądź spania dłużej niż wcześniej. Objawy te wpływają negatywnie na poziom energii chorego, który przez nieodpowiednią dietę i brak możliwości odpowiedniej regeneracji odczuwa coraz większe zniechęcenie i apatię. Tak duża ilość objawów może wskazywać na to, że istnieje wiele form depresji. Podziału na różne jej rodzaje dokonuje się zazwyczaj według jej przyczyn oraz sposobu leczenia (Łoza, 2012).

1.3 KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE DEPRESJI

Pierwszym diagnostycznym rozpoznaniem jest rozróżnienie pomiędzy depresją jednobiegunową, a zaburzeniem dwubiegunowym. Choroba afektywna dwubiegunowa, wcześniej nazywana depresją maniackalną, jest zaburzeniem, którego najbardziej charakterystycznym objawem są ekstremalne wahania nastroju. W okresach tych chory doświadcza nienormalnego podniesienia poziomu aktywności, samooceny i nastroju (mania

lub hipomania), po których przychodzą okresy charakterystyczne dla klasycznej depresji, będącej przeciwieństwem stanu doświadczanego podczas manii czy hipomanii. Mania i hipomania to dwa różne typy epizodów, ale mają te same objawy. Mania jest poważniejsza niż hipomania i powoduje bardziej zauważalne problemy w pracy, szkole oraz podczas aktywności towarzyskich. Mania może też wywołać epizod psychotyczny i wymagać hospitalizacji. Aby zdiagnozować wystąpienie epizodu maniakalnego bądź hipomaniakalnego, muszą wystąpić co najmniej 3 lub więcej z podanych poniżej objawów: brak potrzeby snu, gonitwa myśli, wzmożona aktywność psychoruchowa, problemy z koncentracją na jednej czynności, zwiększona skłonność do zachowań ryzykownych, rozdrażnienie, utrudniona kontrola nad emocjami. Epizody wahań nastroju mogą występować nawet kilka razy w roku. Ciągłe zmiany nastroju w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić do przeżyć psychotycznych obejmujących urojenia czy halucynacje.

Według badań 10% osób cierpiących na zaburzenia depresyjne przeżywa następnie epizody dwubiegunowe (Bentley, Pagalilauan, Simpson, 2010). Istnieje kilka rodzajów zaburzeń dwubiegunowych. W przypadku zaburzenia dwubiegunowego typu I chory doświadczył przynajmniej jednego epizodu maniakalnego, który mógł być poprzedzony lub po którym następowały epizody hipomanii bądź dużej depresji. W przypadku zaburzenia dwubiegunowego typu II nie występuje epizod manii, a jedynie hipomanii. Dodatkowo wyróżnia się cyklotymię, czyli zaburzenie afektywne polegające na wahaniami nastroju, jednak w łagodniejszej wersji niż w przypadku zaburzenia dwubiegunowego typu I i II. Aby zdiagnozować to zaburzenie, chory musi doświadczać przez co najmniej dwa lata (lub rok w przypadku dzieci) okresów hipomanii i łagodnej depresji. Według badań u nawet 50% osób cierpiących na cyklotymię na pewnym etapie życia będzie można zdiagnozować zaburzenie afektywne typu I bądź II.

Depresja jednobiegunowa może przyjąć jedną z trzech form. Wyróżnia się epizod dużej depresji, zaburzenia dystymiczne lub zaburzenie depresyjne nieokreślone (NCCMH, 2010). Kryteria diagnostyczne zaburzeń depresyjnych można odnaleźć zarówno w klasyfikacji DSM-5, jak i ICD-10. Oba systemy uwzględniają niejednorodność doświadczenia depresyjnego oraz to, że pomiędzy nimi mogą wystąpić różnice indywidualne dla każdego przypadku. W obu systemach, aby móc zdiagnozować epizod dużej depresji, dane objawy muszą występować ciągle bądź przez większość czasu przez co najmniej dwa tygodnie. Objawy te muszą też powodować cierpienie oraz prowadzić do pogorszenia funkcjonowania w najważniejszych

aspektach życia takich jak życie społeczne czy zawodowe. Kryteria rozpoznania epizodu dużej depresji różnią się nieznacznie między wersjami podręcznika DSM IV-TR i 5. Jedyną znaczącą różnicą jest to, że według DSM 5 można rozpoznać epizod dużej depresji u osoby, która doświadczyła śmierci bliskiej osoby przed upływem 2 miesięcy od tego wydarzenia. Dystymia w porównaniu do epizodu dużej depresji charakteryzuje się łagodniejszymi, jednak chronicznymi objawami. Aby mogło dojść do rozpoznania tego zaburzenia, chory musi doświadczać jego symptomów przez co najmniej dwa lata. Diagnozy nie wykluczają okresy normalnego nastroju trwające jednak krócej niż dwa miesiące. Podobnie jak w przypadku epizodu dużej depresji należy mieć pewność, że zaburzenie to wpływa negatywnie w sposób znaczący na funkcjonowanie pacjenta w najważniejszych dla niego obszarach. Według badań u 25% pacjentów cierpiących na to zaburzenie może wystąpić zjawisko nazwane „podwójną depresją”. Diagnozuje się je, kiedy dystymia nakłada się na epizod dużej depresji. Połączenie tych dwóch zaburzeń jest jeszcze bardziej uciążliwe dla osoby go doświadczającej. Leczenie również jest trudniejsze i bardziej długotrwałe, a możliwość nawrotów większa (Łoza, 2012).

Kiedy występujące objawy depresji nie spełniają kryteriów epizodu dużej depresji ani dystymii klasyfikuje się je do kategorii „nieokreślonych zaburzeń depresyjnych”. Przykładem takiego zaburzenia jest „Mała depresja”, którą diagnozuje się w momencie, kiedy przez co najmniej dwa tygodnie utrzymują się objawy charakterystyczne dla dużej depresji jednak tych objawów jest mniej niż pięć. Kolejnym przykładem są „nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne”, które diagnozuje się w przypadku epizodów trwających od dwóch dni do dwóch tygodni pojawiających co najmniej raz w miesiącu przez ostatni rok (Hammen, 2004).

Kryteria diagnostyczne dla dużej depresji (epizodu depresyjnego) oraz dystymii według DSM-5 oraz ICD-10 przedstawia tabela nr 1 i nr 2.

Tabela.1. Kryteria diagnostyczne depresji według DSM-5. Źródło: Opracowanie własne na podstawie APA (2013)

Epizod dużej depresji

A. Pięć lub więcej następujących objawów występuje w ciągu tego samego 2-tygodniowego okresu; aby rozpoznać dużą depresję u danej osoby, musi wystąpić przynajmniej jeden z dwóch objawów wymienionych jako pierwsze: (a) nastrój depresyjny lub (b) utrata zainteresowania dotąd ważnymi czynnościami lub zanik odczuwania przyjemności

a. nastrój depresyjny przez większą część dnia, niemal codziennie (ujawniany w wypowiedziach danej osoby albo zaobserwowany przez innych ludzi). Uwaga: u dzieci młodzieży może to być nastrój rozdrażnienia

b. znacznie zmniejszone zainteresowanie wszystkimi lub niemal wszystkimi czynnościami albo odczuwanie o wiele mniejszej przyjemności wynikającej z tych działań przez większą część dnia, niemal codziennie (opisywane przez daną osobę lub obserwowane przez innych)

c. wyraźna utrata masy ciała bez stosowania diety lub przybieranie na wadze (tzn. zmiana masy ciała o więcej niż 5% w ciągu miesiąca) albo niemal codzienny spadek łaknienia lub wzrost apetytu. Uwaga: u dzieci należy uwzględnić to, jeżeli nie przybierają na wadze tak, jak powinny

d. bezsenność lub nadmierna senność, niemal codziennie

e. pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, niemal codziennie (obserwowane przez innych)

f. zmęczenie lub brak energii, niemal codziennie

g. poczucie braku własnej wartości lub nadmierne czy nieadekwatne poczucie winy, niemal codziennie

h. zmniejszona zdolność do myślenia, czy koncentracji albo niezdecydowanie, niemal codziennie (opisywane przez daną osobę lub obserwowane przez innych)

i. powtarzające się myśli o śmierci (nie jedynie lęk przed umieraniem), powtarzające się myśli samobójcze bez konkretnego planu, próba samobójcza lub konkretny plan popełnienia samobójstwa

Dystymia

A. Nastrój depresyjny utrzymujący się przez większą część dnia, przez ponad połowę dni (ujawniany w wypowiedziach danej osoby lub obserwowany przez innych ludzi), jeśli trwa co najmniej 2 lata. Uwaga: u dzieci i młodzieży może to być nastrój rozdrażnienia i musi się utrzymywać co najmniej przez rok

B. Występowanie podczas depresji dwóch lub więcej spośród następujących objawów:

a) obniżone łaknienie lub nadmierny apetyt

b) bezsenność lub nadmierna senność

c) niski poziom energii lub zmęczenie

d) obniżona samoocena

e) trudności z koncentracją lub podejmowaniem decyzji

f) poczucie beznadziejności

Podczas okresu depresji chory nigdy nie miał przerwy w objawach z grupy A lub B dłużej niż przez 2 miesiące. Co więcej, nie udałooby się lepiej wyjaśnić stanu pacjenta, rozpoznając u niego przewlekłą dużą depresję (lub dużą depresję w częściowej remisji)- to znaczy żaden epizod dużej depresji nie wystąpił podczas pierwszych 2 lat trwania zaburzenia (1 roku dla dzieci i młodzieży).

Tabela.2. Kryteria diagnostyczne depresji według ICD-10. Źródło: Opracowanie własne na podstawie WHO (2004)

F32. Epizod depresyjny

- A.** Objawy muszą występować przynajmniej przez 2 tygodnie; dana osoba nigdy nie spełniała kryteriów manii lub hipomanii
- B.** a) depresyjny nastrój utrzymujący się przez większą część dnia i prawie codziennie, niezależnie od okoliczności
b) utrata zainteresowania działaniami, które zazwyczaj sprawiają przyjemność, lub zanik odczuwania przyjemności, której dotychczas dostarczały
c) szybsze męczenie się lub mniej energii
- C.** a) utrata wiary w siebie lub pozytywnej samooceny
b) robienie sobie bezpodstawnych wyrzutów lub nadmierne i nieuzasadnione poczucie winy
c) skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupiania się, lub też takie jej przejawy, jak niezdecydowanie oraz wahanie się
d) zmiany aktywności psychoruchowej w postaci pobudzenia lub spowolnienia (zauważalne subiektywnie bądź obiektywnie)
e) zaburzenia snu wszelkiego typu
f) zmiany łaknienia (zwiększenie lub zmniejszenie), wraz ze zmianą masy ciała

Uwaga: Epizody depresyjne mogą zostać rozpoznane jako: łagodne (przynajmniej dwa spośród objawów z grupy B i przynajmniej dwa z grupy C, przy czym całkowita liczba objawów musi wynosić przynajmniej 4); umiarkowane (przynajmniej dwa objawy z grupy B oraz trzy lub cztery z grupy C, a ich całkowita liczba musi wynosić przynajmniej 6); epizody ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych (przynajmniej trzy objawy z grupy B oraz przynajmniej cztery z grupy C, przy czym całkowita ich liczba musi wynosić 9; nie występują omamy, urojenia ani osłupienie depresyjne).

F34.1 Dystymia

- A.** Stale lub stale nawracające obniżenie nastroju, które trwa co najmniej przez 2 lata; okresy normalnego nastroju rzadko trwają dłużej niż kilka tygodni; nie występują epizody hipomanii
- B.** Żaden pojedynczy epizod w ciągu tego 2-letniego okresu nie jest na tyle poważny czy długotrwały, by spełnił kryteria łagodnej postaci depresji nawracającej (lub zdarzyły się tylko bardzo nieliczne pojedyncze epizody spełniające te kryteria)
- C.** Podczas przynajmniej kilku okresów depresji wystąpiły co najmniej trzy z następujących objawów:
- a) ograniczenie aktywności lub obniżenie poziomu energii
 - b) bezsenność
 - c) utrata wiary w siebie i poczucie niesprawdzania się
 - d) trudności z koncentracją
 - e) skłonność do płaczu
 - f) utrata zainteresowania seksem i innymi działaniami sprawiającymi przyjemność lub zanik odczuwania przyjemności, której dotychczas dostarczały
 - g) uczucie braku nadziei lub rozpacz
 - h) dostrzegalna nieumiejętność radzenia sobie ze zwykłymi obowiązkami codziennego życia
 - i) pesymizm dotyczący przyszłości lub rozpamiętywanie przeszłości
 - j) wycofanie się z kontaktów społecznych
 - k) zmniejszona rozmowność

1.4 PRZYCZYNY DEPRESJI

Niezależnie od formalnych kryteriów diagnostycznych (opierających się na poziomie nasilenia choroby czy czasie jej trwania) wyodrębnionych w DSM czy ICD, różni się również postacie depresji na podstawie kryteriów jakościowych. W przypadku zaburzenia, jakim jest depresja, objawy mogą przybierać bardzo różne formy zależnie od osoby, która ich doświadcza. Punktem wyjściowym wszystkich badań było założenie, że depresja może mieć głównie podłoże „biologiczne” czyli endogenne lub podłoże „psychologiczne” czyli egzogenne. Ludzie z depresją endogenną mieli odczuwać, że ich objawy występują „bez powodu”, przynajmniej w tym sensie, że nie ma widocznej przyczyny zewnętrznej. Zamiast tego uważało się, że przyczyna w ich przypadku jest biochemiczna i/lub genetyczna. Na przykład osoba z rodzinną historią chorób psychicznych może być bardziej narażona na rozwój depresji. Depresja egzogenna (lub reaktywna) miała być wywoływana przez zewnętrzny stresor, taki jak utrata bliskiej osoby, rozwód lub utrata pracy. Ludzie, którzy doświadczyli lub są świadkami traumatycznego wydarzenia, mogą również rozwinąć depresję bezpośrednio w wyniku tej ekspozycji. Osoba taka nie musi być genetycznie narażona na jej wystąpienie, aby na nią zachorować. Do dziś brak jednak jednoznacznych dowodów na to, że depresja może mieć tylko jedno podłoże. W praktycznie każdym przypadku to szereg różnych zależnych od siebie czynników decyduje o tym, czy dana osoba zachoruje na depresję, czy też nie. Często jednak da się wyróżnić czynnik przeważający. Istnieje kilka teorii na temat tego, co może być głównym powodem depresji (Łoza, 2012).

Jak zostało wykazane wcześniej, depresja można przybierać różne formy, więc przypuszcza się, że w przypadku każdej z nich przyczyna może być nieco inna. Poniżej postaram się przybliżyć wszystkie najpopularniejsze obecnie teorie. Zacznę od wyjaśnień zakładających, że główną przyczyną depresji jest zaburzona równowaga chemiczna w mózgu. Teoria ta głosi, że przyczyną depresji może być zbyt mała ilość neuroprzekaźników występujących w mózgu chorego. Neuroprzekaźniki są wykorzystywane przez komórki mózgowe do porozumiewania się ze sobą. Uważa się, że wysyłane przez nie informacje odgrywają rolę m.in. w regulacji nastroju. Przestrzeń między dwiema komórkami nerwowymi nazywana jest synapsą. Podczas komunikacji neuroprzekaźniki uwalniane są z końca komórki (aksonu), a następnie odbierane przez dane receptory innej komórki. Różne receptory przystosowane są do odbierania różnych neuroprzekaźników. Na przykład receptory serotoniny wychwytyją cząsteczki serotoniny. Każdy rodzaj neuroprzekaźnika może nieść

inne informacje, odgrywając wyjątkową rolę w tworzeniu chemii mózgu danej osoby. Brak równowagi w tym obszarze może przyczyniać się do chorób psychicznych, takich jak depresja. W kontekście zbadania przyczyn depresji naukowcy największą uwagę zwracają na trzy neuroprzekaźniki: dopaminę, noradrenalinę oraz serotoninę.

Dopamina tworzy pozytywne uczucia związane z czekającą w przyszłości nagrodą, co motywuje do podjęcia i kontynuowania danej aktywności. Istnieją dowody na to, że obniżony poziom dopaminy może przyczyniać się do depresji u niektórych osób. Gdy inne metody leczenia zawiodą, często osobom chorym podawane są leki wpływające na układ dopaminowy, które w niektórych przypadkach okazują się pozytywnie wpływać na ich stan (Palazidou, 2012).

Kolejnym neuroprzekaźnikiem, o którym warto wspomnieć jest noradrenalina. Noradrenalina jest zarówno neuroprzekaźnikiem, jak i hormonem. Odgrywa rolę w „reakcji walki lub ucieczki” wraz z adrenaliną. Pomaga wysyłać wiadomości z jednej komórki nerwowej do drugiej. W 1960 roku Joseph J. Schildkraut zasugerował, że noradrenalina jest substancją chemiczną występująca w mózgu, która może mieć związek z występowaniem depresji. Schildkraut starał się udowodnić tezę, według której zbyt mała ilość noradrenaliny w mózgu była odpowiedzialna za występujący stan depresyjny. Twierdził również, że gdy dochodzi do odwrotnej sytuacji (zbyt duża ilość noradrenaliny), u pacjenta można zaobserwować stan manii. Istnieją dowody na poparcie tej hipotezy, jednak nie została ona jednogłośnie potwierdzona przez innych badaczy. Inne badania wskazały przede wszystkim, że zmiany poziomu noradrenaliny nie wpływają na nastrój u każdej osoby. Co więcej, leki mające za zadanie regulować poziom noradrenaliny również nie działają w przypadku każdej osoby (Heitzman, 2007).

Innym neuroprzekaźnikiem często pojawiającym się w kontekście występowania depresji jest serotonina. Dzięki pojawieniu się takich leków jak Prozac i inne selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), substancja ta zajęła centralne miejsce w badaniach nad potencjalnymi przyczynami depresji. Naukowcy badali rolę serotoniny w zaburzeniach nastroju przez prawie 30 lat. Arthur J. Prange, Jr. i Alec Coppen sugerowali, że niski poziom serotoniny wpływa również na spadek noradrenaliny, więc manipulując poziomem serotoniny można pośrednio podnieść poziom noradrenaliny.

Nowsze leki przeciwdepresyjne zwane inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), takie jak Effexor (wenlafaksyna), oddziałują zarówno na serotoninę, jak i noradrenalinę. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TCA) również wpływają na noradrenalinę i serotoninę, ale mają dodatkowy efekt oddziaływania na histaminę i acetylocholinę. Substancje te jednak wywołują działania niepożądane, takie jak suchość w ustach, niewyraźne widzenie, zaparcia i problemy z oddawaniem moczu, dlatego powoli zaprzestaje się ich stosowania.

Leki przeciwdepresyjne w teorii miały pomóc przywrócić równowagę biochemiczną. W praktyce jednak rozwiązanie to u wielu osób okazało się nieskuteczne. Począwszy od tego, że różne rodzaje leków działają w różny sposób u różnych ludzi, to dochodzi również do sytuacji, gdzie ten sam lek u tej samej osoby początkowo działa prawidłowo, a po jakimś czasie albo nie wykazuje żadnych efektów, albo wywołuje skutki uboczne (Palazidou, 2012). Obecny stan wiedzy nie pozwala jednak stwierdzić, jaka jest tego przyczyna. W praktyce często psychiatra, przepisując lek pacjentowi, nie ma pewności, jaki efekt on wywoła i to pacjent w razie zauważenia działań niepożądanych ma zgłosić się po nowy zestaw leków. Sytuacja ta może powtarzać się wielokrotnie. Według badań nieodpowiednio dobrane leki są jedną z głównych przyczyn, przez które ludzie samodzielnie przerywają terapię (Lake, 2017).

Zrozumienie biochemii depresji jest o tyle ważne, że jeśli w przypadku danej osoby okaże się, że to mała ilość któregoś neuroprzekaźnika jest przyczyną depresji to wyleczenie jej może okazać się niemożliwe bez zastosowania leków. Dzieje się tak w przypadku ludzi, którzy korzystając nawet przez wiele lat z klasycznej psychoterapii, nie zauważyli żadnej znaczącej poprawy w swoim samopoczuciu. Z drugiej strony, według badań (Kelley, 2010) leki przeciwdepresyjne działają jedynie u około połowy ludzi je zażywających jednocześnie często powodując skutki uboczne. Warto zwrócić uwagę, że nawet jeśli depresja ma podłoże biochemiczne, to zaczyna ona wpływać dezorganizująco nie tylko na życie wewnętrzne jednostki, ale również na to jak ona funkcjonuje w swoim środowisku zewnętrznym. W takim przypadku same leki mogą być niewystarczające, dlatego u wielu osób dobrze sprawdza się psychoterapia połączona z farmakoterapią (Cuijpers i in., 2014). Istnieją również badania, które sugerują, że na poziom neuroprzekaźników mogą wpływać nie tylko leki, ale także środowisko, w jakim jednostka funkcjonuje. Na przykład stres może przyczyniać się do niskiego poziomu niektórych neurotransmiterów (Palazidou, 2012). Naukowcy badają też inne szlaki molekularne w mózgu (w tym układy glutaminergiczne, cholinergiczne i opioidowe), aby

zobaczyć, jaką rolę mogą odgrywać one w depresji. Może się zdarzyć, że zamiast prostego niedoboru jednej konkretnej substancji chemicznej w mózgu będącej czynnikiem sprawczym, niektóre objawy depresji mogą być związane z niskimi poziomami każdego rodzaju neuromediatora w różnych regionach mózgu albo ich konfiguracji. Obecnie wiemy również, że istnieje wiele czynników prowadzących do depresji, od czynników genetycznych i doświadczeń z dzieciństwa po nasze codzienne życie i relacje. Nawet stan zapalny jest badany jako potencjalny czynnik przyczyniający się do wystąpienia tej choroby (Łoza, 2012). W ostatnich latach niektórzy badacze wyrazili obawy, że firmy farmaceutyczne produkujące leki przeciwdepresyjne mogły wprowadzić pacjentów w błąd, nadmiernie upraszczając lub błędnie przedstawiając badania nad biochemią depresji. Wielu z producentów leków przedstawiało je jako wysoko skuteczne, całkowicie pomijając temat działań niepożądanych takich jak przyrost masy ciała, zwiększone ryzyko cukrzycy i chorób serca, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia snu oraz możliwość uzależnienia (Kelley, 2010). Warto również zwrócić uwagę na to, jaki wpływ na chorych ma sam fakt przedstawiania im, że za ich stan odpowiedzialna jest jedynie biochemia w ich mózgu. Kilka badań wykazało, że gdy mówi się, że depresja jest spowodowana brakiem równowagi chemicznej, ludzie czują się mniej pewnie w swojej zdolności do radzenia sobie z tym stanem. Inne badania wykazały, że gdy depresja jest przedstawiana jako choroba mózgu, inni ludzie częściej odczuwają potrzebę unikania osoby z depresją, co w praktyce powoduje, że ich stan się pogarsza (Hammen, 2004). Zaakceptowanie tego, jak mało naprawdę wiemy o biochemii depresji, może pomóc nam utrzymać odpowiednią perspektywę i oczekiwania dotyczące leków stosowanych w leczeniu tego zaburzenia. Dla osób, które próbują znaleźć odpowiednie leczenie, zrozumienie tego jak złożony jest to proces może być uspokajające, gdy dany lek nie działa lub jeśli muszą wypróbować więcej niż jeden lek przeciwdepresyjny.

Inna teoria głosi, że depresja może być wynikiem nieprawidłowo działających niektórych struktur mózgu. Skany mózgow ludzi cierpiących na zaburzenie depresyjne wskazywały, że obszary mózgu odpowiedzialne między innymi za regulację nastroju są mniejsze i słabiej rozwinięte niż u osób zdrowych. Niemiecki badacz Thomas Frodl (2008) przeprowadził badanie, podczas którego porównał skany mózgow ludzi z depresją z tymi z grupy kontrolnej. Już pierwszy etap badań wykazał różnice między obiema grupami. Badanie trwało przez kolejne trzy lata, podczas których regularnie dokonywano kolejnych skanów. U osób cierpiących na depresję z biegiem czasu udało się zaobserwować ciągle zmniejszający się m.in. hipokamp, korę grzbietowo-przyśrodkową, korę przedczołową oraz przedni zakręt

obřęczy. Zmniejszała się zarówno gęstość komórek nerwowych, jak i liczba ich połączeń z innymi neuronami. Jednocześnie zauważono zwiększoną nadaktywność podwzgórza, które zarządza reakcją na stres oraz ciała migdałowego, które sygnalizuje zagrożenie i generuje związane z nim negatywne emocje. Zmniejszona aktywność w korze przedczołowej, która interpretuje i reguluje sygnały emocjonalne pochodzące z ciała migdałowego, odpowiada za trudności w podejmowaniu decyzji i mgłę poznawczą, której doświadczają osoby z depresją (Frodl i in., 2008). Warto zauważyć, że procesy zachodzące w tym przypadku nie są nieodwracalne. Mózg ludzki ma zdolności do tworzenia nowych połączeń nerwowych. Zjawisko to nazywane jest neuroplastycznością, która jest podstawą adaptacji do zmieniających się warunków oraz uczenia się nowych wzorców zachowań czy myślenia. U osób cierpiących na zaburzenia depresyjne neuroplastyczność, jest osłabiona, zwłaszcza w hipokampie. Ponadto ośrodki nagrody w mózgu kurczą się i nie aktywują w odpowiedzi na stymulację (Palazidou, 2012).

Kolejną z obecnie badanych teorii dotyczącą powstawania depresji jest ta mówiąca, o tym, że depresja może być dziedziczna. Dziedziczenie ryzyka depresji uważa się obecnie za poligenetyczne - to znaczy, że potencjalnie wiele różnych genów przyczynia się do niewielkiego ryzyka w określonych warunkach środowiskowych. Żaden z nich jednak nie sprawia, że depresja jest nieunikniona. Zakłada się, że posiadanie rodzica bądź dziadka cierpiącego na zaburzenie depresyjne, dwukrotnie lub nawet trzykrotnie zwiększa możliwość zachorowania na nie przez dziecko. Badania z udziałem bliźniąt wstępnie potwierdziły możliwość genetycznego podłoża depresji jednak naukowcy nie są jeszcze pewni co do wszystkich genetycznych czynników ryzyka. Nadal nie jest jasne, które dokładnie geny odgrywają rolę w depresji i innych zaburzeniach nastroju. Badacze genów mają nadzieję, że dzięki lepszemu zrozumieniu ich funkcjonowania będą w stanie stworzyć skuteczniejsze metody leczenia (Palazidou, 2012).

Rozregulowanie cyklu snu i czuwania jest jedną z cech charakterystycznych depresji oraz bywa głównym źródłem zaburzeń nastroju podczas epizodów depresyjnych. Brak snu zaburza cykl dobowy organizmu, który koordynuje naturalny rytm większości funkcji biologicznych, w tym wzorce wydzielania, uwalniania i aktywności wielu neuroprzeźkaźników w mózgu. Uważa się, iż brak snu utrudnia przekazywanie sygnałów nerwowych. Badania udowodniły, że niedobór odpowiedniej ilości snu sprawia, iż ludzie stają się bardziej reaktywni emocjonalnie. Brak snu osłabia również zdolność mózgu do kontrolowania negatywnych

myśli. Niewłaściwy dopływ światła wynikający z zaburzeń snu zaburza wrażliwe na dopaminę jądro półleżące. Badania pokazują, że osoby z zaburzeniami nastroju odnoszą korzyści z utrzymywania ścisłej rutyny snu, czyli wstawania i kładzenia się spać o tej samej porze każdego dnia (Nutt, Wilson, Paterson 2008).

Uważa się, że jeden rodzaj depresji, zwany sezonowym zaburzeniem afektywnym, jest spowodowany zaburzeniem normalnego rytmu dobowego organizmu. Wiąże się to z krótszymi, chłodniejszymi dniami, kiedy mniej światła słonecznego dociera do organizmu. Oprócz zaburzeń rytmu dobowego, zmniejszone nasłonecznienie może również prowadzić do spadku poziomu serotoniny w mózgu, co może wpływać na nastrój. Zmiany sezonowe mogą również zmieniać poziom melatoniny w organizmie, co może zakłócać sen i przyczyniać się do zmian nastroju (Łoza, 2012).

Stres może być korzystny dla mózgu, w zależności od tego, jak intensywny i długotrwały jest stresor. W krótkich seriach stres sprzyja czujności, uczeniu się i adaptacji. Silny lub chroniczny stres może jednak zaburzyć wiele aspektów funkcjonowania mózgu i prowadzić do depresji. Długotrwały stres zaburza normalną reakcję na stresor poprzez nadprodukcję kortyzolu. Kortyzol jest szczególnie toksyczny dla komórek w hipokampie mózgu, a jedną z konsekwencji zbyt dużego wytwarzania przez organizm kortyzolu jest kurczenie się hipokampa, objawiające się zaburzeniami pamięci i uczenia się, które są charakterystyczne dla depresji. Kortyzol zaburza również proces neuroplastyczności. Ponadto przedłużona ekspozycja na kortyzol wpływa negatywnie na wytwarzanie izolacyjnej osłonki mielinowej otaczającej komórki nerwowe, zmniejszając ogólną wydajność lub sygnalizację nerwową (Herman, 2013).

Osoby będące w żałobie doświadczają wielu objawów depresji, wśród których najczęściej wymienia się kłopoty ze snem, słaby apetyt i utrata przyjemności lub zainteresowania uprzednio lubianymi aktywnościami. Oczekuje się, że stan ten z biegiem czasu ustąpi, ale kiedy objawy się nasilają, smutek może przerodzić się w depresję. Do niedawna u osób będących w żałobie nie diagnozowało się zaburzenia depresyjnego. Jednak od czasu publikacji DSM-5 jeśli tylko odpowiednie kryteria zostały spełnione można rozpoznać epizod dużej depresji u osoby, która doświadczyła śmierci bliskiej osoby przed upływem 2 miesięcy od tego wydarzenia (American Psychiatric Association, 2013).

Wszelkiego rodzaju uzależnienia od narkotyków, alkoholu, a nawet niektórych leków przepisywanych na receptę mogą być powiązane z depresją. Jak w przypadku innych przyczyn może to działać w obie strony. Przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne są bardziej podatne na uzależnienia. Jednak uzależnienia mogą same w sobie być przyczyną depresji. Nadużywanie substancji po pierwsze uszkadza mózg oraz rozregulowuje jego biochemię, ale również upośledza funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym, co może skutkować depresją u osoby, która wcześniej na nią nie chorowała (Heitzman, 2007).

Rozmyślanie o błędach lub nieprzyjemnych doświadczeniach, wyciąganie katastrofalnych wniosków z jednego lub dwóch niepowodzeń, przesadne uogólnianie na podstawie ograniczonych dowodów, ruminacje – wszystko to negatywne wzorce myślenia lub zniekształcenia poznawcze silnie powiązane z depresją. Takie myślenie pogrąża umysł w negatywizm i jeśli nie jest to kontrolowane, rodzi narastające zwątpienie i poczucie beznadziei. Co więcej, badania pokazują, że negatywne style myślenia, takie jak katastrofizacja, faktycznie zmieniają fizjologię OUN. Naukowcy odkryli, że zwiększają one reaktywność na przykrą sytuację i podnoszą poziom hormonu stresu-kortyzolu oraz czynników prozapalnych we krwi. Reakcja zapalna powoduje zmiany behawioralne powszechnie związane zarówno z chorobą, jak i depresją – zmęczenie, dłuższy czas reakcji, spowolnienie poznawcze i utratę apetytu.

Często, jeśli depresja początkowo miała głównie podłoże biologiczne to z powodu nabytych podczas niej negatywnych wzorców myślenia, zaburzenie to utrzymuje się nadal, nawet jeśli główna przyczyna została wyleczona. Badania dowodzą, że istnieje silny związek między trudnymi doświadczeniami w dzieciństwie, takimi jak przemoc werbalna lub fizyczna albo uzależnienie któregoś z rodziców, a ryzykiem wystąpienia depresji w ciągu całego życia. Przykładowo przemoc werbalna ponad dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia depresji. Oprócz jednak wydarzeń samych w sobie, równie ważny jest kontekst ich wystąpienia. Dziecko stojące w obliczu przemocy w domu lub w szkole, które nie ma możliwości ucieczki od ciągłego stresu, jest bardziej narażone na rozwój depresji (Hammen, 2004). Dodatkowo wykształca wyuczoną bezradność, która później utrudni lub spowolni proces leczenia zaburzenia depresyjnego. Wyuczona bezradność to stan umysłu, w którym ludzie zaczynają wierzyć (często poprzez doświadczenia znęcania się lub zaniedbywania w dzieciństwie), że nie ma skutecznego sposobu na uniknięcie trudnych lub bolesnych okoliczności. Z tego powodu nie starają się wpływać na zmianę swojej sytuacji, nawet jeśli jest to możliwe. Wynikająca z tego bierność może powstrzymywać ich przed podjęciem jakichkolwiek kroków w celu

uniknięcia bądź rozwiązania problemu, gdy takie się pojawią lub szukania pomocy u innych. Postawa ta długoterminowo jeszcze bardziej potęguje cierpienie i wywołuje uczucia takie jak beznadziejność czy apatia, które są cechą charakterystyczną depresji.

Za kolejną z psychologicznych przyczyn depresji uważa się poczucie samotności. Samotność wpływa na ciało i umysł na wiele sposobów. Sama w sobie jest odczuwana jako forma emocjonalnego dyskomfortu i jest związana z uwalnianiem hormonów stresu, o których wiadomo, że zaburzają takie operacje mózgu, jak uczenie się czy prawidłowe funkcjonowanie pamięci. Poczucie wyobcowania sprawia, że osoba chora odczuwa smutek, który może zmienić się w depresję. Dodatkowo osoby samotne doświadczają objawów depresji jeszcze mocniej niż osoby mogące liczyć na wsparcie innych osób (NCCMH, 2010).

1.5 SKUTKI DEPRESJI

Depresja jest główną przyczyną niepełnosprawności na całym świecie oraz powoduje największe obciążenie ekonomiczne ze wszystkich chorób. Cierpią na nią 264 miliony osób na całym świecie, z czego dwukrotnie częściej dotyka ona kobiet niż mężczyzn. W samych Stanach Zjednoczonych z powodu depresji, pracodawcy co roku ponoszą koszt w wysokości 100 miliardów dolarów, z czego prawie połowa wynika z wyraźnego spadku produktywności pracowników (spóźnienia, absencja, zwolnienia lekarskie). Depresja jest przyczyną dwóch trzecich z 30.000 zgłaszanych co roku samobójstw w USA. Ryzyko samobójstwa w ciągu życia wśród pacjentów z nieleczonym zaburzeniem depresyjnym wynosi 20%. Samobójstwo było drugą najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku 10-34 lata i czwartą w kolejności dla ludzi w przedziale wiekowym 35-54 lata. Sam wskaźnik samobójstw między 2001 a 2017 rokiem wzrósł o 31%. Prawie dwie na trzy osoby cierpiące na depresję nie szukają aktywnie ani nie otrzymują odpowiedniego leczenia. Wynika to po pierwsze z trudnej dostępności do specjalistów, szczególnie na terenach wiejskich, długiego czasu oczekiwania na terapię oraz wysokich kosztów w przypadku leczenia w sektorze prywatnym. Jednak nawet wśród ludzi korzystających z obecnie dostępnych form leczenia, statystyki są alarmujące. Nieskuteczne leczenie depresji wynika w 50% przypadków z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich. Pacjenci zbyt wcześnie przerywają leczenie z powodu efektów ubocznych wywoływanych przez źle dobrane leki, finansowych, niezadowalających efektów oraz obaw przed uzależnieniem (Dattani, Ritchie, Roser, 2021).

2. ZABURZENIA LĘKOWE

Dodatkową sytuacją komplikującą leczenie depresji jest jej współwystępowanie z innymi zaburzeniami. Najczęstszym zaburzeniem diagnozowanym u ludzi cierpiących na depresję są zaburzenia lękowe. Ogólnoświatowe badanie wykazało, że 45,7% osób z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi w ciągu życia miało w historii jedno lub więcej zaburzeń lękowych (CDC, 2010). Zaburzenia te również często współistnieją w tym samym przedziale czasowym. Badanie to wykazało również, że 41,6% osób z epizodem depresyjnym trwającym co najmniej 12 miesięcy zachorowało podczas niego na co najmniej jedno z zaburzeń lękowych. Patrząc na te dane z perspektywy osób, które najpierw zachorowały na zaburzenia lękowe to możliwość wystąpienia depresji szacuje się na od 20% do 70% dla pacjentów z fobią społeczną, 50% dla pacjentów z lękiem napadowym, 48% dla pacjentów z zespołem stresu pourazowego (PTSD) i 43% dla pacjentów z uogólnionym zaburzeniem lękowym (Tiller, 2013).

2.1 LĘK - DEFINICJA

Lęk jest normalną reakcją na stres i może być korzystny w niektórych sytuacjach. Może ostrzec nas o niebezpieczeństwach, skupić na nich naszą uwagę i pomóc się na nie przygotować. Zaburzenia lękowe różnią się jednak od normalnego uczucia nerwowości i obejmują nadmierny, chroniczny strach lub niepokój.

Zaburzenia lękowe są najczęstszym zaburzeniem psychicznym i dotyczą w pewnym momencie życia prawie 30% dorosłych. Zaburzenia lękowe mogą powodować, że ludzie starają się unikać sytuacji, które wywołują lub pogarszają ich objawy. Może to mieć wpływ na wyniki w pracy, szkole czy życiu osobistym. Aby zdiagnozowano u osoby zaburzenie lękowe, strach lub niepokój muszą być przede wszystkim nieproporcjonalnie duże w stosunku do sytuacji oraz utrudniać normalne funkcjonowanie (Craske i in., 2011). Nadchodząca klasyfikacja ICD-11, a także aktualnie funkcjonująca klasyfikacja DSM-5 dzieli zaburzenia lękowe na: uogólnione zaburzenia lękowe, zespół lęku napadowego, agorafobię, lęk separacyjny, specyficzne postacie fobii, mutyzm wybiórczy. Poniżej postaram się krótko scharakteryzować każde z nich.

2.2 GAD (*Generalised anxiety disorder*) - ZESPÓŁ LĘKU UOGÓLNIONEGO

Większość ludzi od czasu do czasu odczuwa niepokój, zwłaszcza w sytuacjach stresowych. Jednak osoby z GAD odczuwają lęk przez większość czasu, a do tego często jest

on tak intensywny, że utrudnia im normalne funkcjonowanie. Ich obawy nie dotyczą jednego aspektu życia, a rozlewają się na różne obszary. Kluczową cechą zespołu lęku uogólnionego jest to, że nie jest on związany z żadnym określonym czynnikiem. Nawet drobne sprawy, takie jak prace domowe lub krótkie spóźnienie, mogą stać się przedmiotem niepokoju, prowadzącego do niekontrolowanego zamartwiania się i poczucia, że stanie się coś strasznego.

U osób z GAD stosunkowo często diagnozuje się zaburzenia współwystępujące takie jak depresja bądź fobia społeczna. Osoby cierpiące na to zaburzenie również często nadużywają alkoholu i narkotyków, a także cierpią na szereg fizycznych dolegliwości takich jak bóle głowy czy problemy żołądkowe. Aby zdiagnozować GAD objawy te muszą utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy. Zaburzenie to diagnozuje się u około 3% dorosłych, a zapadalność w ciągu całego życia szacowana jest na 5-9%. Najbardziej zagrożoną grupą są kobiety w wieku średnim. Wiele osób z GAD nie jest w stanie określić dokładnej przyczyny ani okresu kiedy ich objawy się pojawiły, ale zdają sobie sprawę, że ich skłonność do martwienia się istnieje od dłuższego czasu. Często opisują siebie jako osoby, które zawsze „martwiły się”.

Obecnie uznaje się, że istnieje kilka czynników mogących wpłynąć na ryzyko wystąpienia GAD. Wśród czynników biologicznych wymienia się nieprawidłowo funkcjonujące niektóre obszary mózgu takie jak ciało migdałowate i prążkowie, które powodują nadwrażliwość na bodźce stresowe. Oprócz tego badania wykazały, że ludzie, którzy w najbliższej rodzinie mają zdiagnozowane przypadki GAD, mają pięciokrotnie większą szansę na zachorowanie (Turk i in., 2005). Wśród czynników psychologicznych zwraca się uwagę na to, jaki typ przywiązania do opiekunów dana osoba wykształciła w okresie wczesnego dzieciństwa. Wykazano, że typ lękowo-unikający i ambiwalentny związany jest z późniejszym rozwinięciem się GAD. W tym okresie życia również zwraca się uwagę na często występujący brak poczucia bezpieczeństwa oraz ograniczanie procesów kształtowania się autonomii i zachowań eksploracyjnych dziecka. Przyjmuje się również, że neurotyczność, czyli skłonność do reagowania negatywnymi emocjami na codzienne sytuacje, ma istotny udział w kształtowaniu predyspozycji do wystąpienia GAD. Z perspektywy teorii poznawczo-behawioralnej u osób cierpiących na uogólnione zaburzenia lękowe można zauważyć dysfunkcyjne wzorce reagowania na potencjalne zagrożenia. Można tutaj wyodrębnić: selektywne kierowanie uwagi na negatywne bodźce i zdarzenia, zniekształcenia poznawcze,

ignorowanie swoich zasobów mogących pomóc poradzić sobie z trudnościami (Craske i in., 2011).

2.3 FOBIA SPOŁECZNA

To zupełnie normalne, że denerwujemy się w sytuacjach społecznych, w których możemy znaleźć się w centrum uwagi innych osób, niezależnie od tego, czy są to osoby obce, czy takie, które znamy. Poznawanie dużej liczby nowych osób na przyjęciu, wygłoszenie przemówienia czy też prezentacja dla kolegów z pracy mogą powodować nerwowość i niepokój, zarówno w fazie wstępnej, jak i podczas imprezy. Jednak w przypadku osób z fobią społeczną (czasami znaną jako zespół lęku społecznego), intensywny lęk pojawia się nawet na myśl o codziennych sytuacjach z życia społecznego, jak na przykład zrobienie zakupów, podczas których będzie trzeba wejść w interakcję z kasjerką. Ludzie tacy mogą panicznie obawiać się osądzania, krytyki, wyśmiewania lub poniżania na oczach innych, nawet w najzwyczajniejszych, codziennych sytuacjach. W niektórych przypadkach fobia ta dotyczy jedynie konkretnej sytuacji bądź konkretnych osób, na przykład odczuwania lęku już na samą myśl o przebywaniu wśród innych ludzi w swoim miejscu pracy.

Objawy lęku społecznego dzieli się na fizyczne i psychologiczne. Fizyczne objawy, które mogą być szczególnie uciążliwe dla osób z fobią społeczną obejmują: nadmierne pocenie się, drżenie rąk, rumienienie się, jąkanie podczas próby mówienia, nudności lub biegunkę. Objawy te powodują dalszy niepokój, ponieważ osoba doświadczająca ich zaczyna się obawiać, że inni je zauważą. Osoby z fobią społeczną starają się unikać sytuacji, które wywołują w nich emocjonalny dyskomfort. Jeśli są mimo wszystko zmuszone, aby w nich uczestniczyć są bardzo spięte, niespokojne i szukają sposobu, aby jak najszybciej opuścić to miejsce. Długoterminowo ma to poważny negatywny wpływ na ich relacje osobiste, życie zawodowe i zdolność do wykonywania codziennych obowiązków. Rozpoznanie fobii społecznej opiera się na występowaniu typowych objawów, które powodują znaczny stres oraz upośledzenie codziennego funkcjonowania i utrzymują się co najmniej sześć miesięcy. Warto podkreślić, że w przypadku tego zaburzenia kluczowe jest, aby objawy te występowały w kontekście uczestnictwa w życiu społecznym tzn. podczas poznawania nowych ludzi, spożywania wspólnych posiłków czy też zabierania głosu w dyskusji (Gale, 2000).

W przypadku fobii społecznej badania nie są w stanie jednoznacznie określić, jaki procent populacji cierpi na to zaburzenie. Różne dane sugerują, że może to być od 1% do nawet

9% ludzi w populacji ogólnej, z czego kobiety cierpią na to zaburzenie częściej niż mężczyźni. Trudności w dokładnym oszacowaniu tej liczby wynikają z tego, że ciężko jest odróżnić fobię społeczną od nieśmiałości, czy po prostu niskich umiejętności w kontaktach społecznych.

Wśród przyczyn fobii społecznej wyróżnia się kilka czynników. Jednym z nich może być wcześniejsze odrzucenie przez grupę i strach przed poniżeniem. Pośrednio może przyczynić się do niej obniżone poczucie własnej wartości i niska samoocena. David Clark i A. Wells (1995) stworzyli teorię mającą tłumaczyć powstawanie i utrwalenie tego zaburzenia. Do przyczyn lęku zaliczyli fałszywe wyobrażenie pacjenta o własnym obrazie w oczach innych ludzi, skupianie się na negatywnych interpretacjach doświadczanych wydarzeń, wyolbrzymianie domniemanych zagrożeń, przypisywanie zbyt dużej wagi ocenom otoczenia. Lęk, który powstaje wskutek tych błędów poznawczych jest utrwalany następnie poprzez koncentrację na własnych niepożądanych reakcjach somatycznych (np. jąkanie) i obwinianie się za ich występowanie. Osoba taka stara się coraz bardziej unikać kontaktów społecznych, co uniemożliwia jej zmianę opinii na swój temat, ale także utrudnia naukę wzorców zachowań mogących pomóc jej się czuć bardziej swobodnie wśród innych. Udało się również udowodnić, że fobia społeczna może mieć podłoże genetyczne. Podczas badań na bliźniętach jednojajowych okazało się, że nawet jeśli każde z nich będzie wychowywane osobno, to jeśli u jednego rozwinię się fobia społeczna, drugie z nich ma od 30-50% większe ryzyko na zachorowania względem pozostałej części populacji (Olisah, 2012).

2.4 ZESPÓŁ LĘKU NAPADOWEGO

Zespół lęku napadowego to zaburzenie charakteryzujące się powracającymi napadami intensywnego lęku, którego przyczyn pacjent nie jest w stanie wskazać. Lęk napadowy można scharakteryzować poprzez obecność powtarzających się i nieoczekiwanych ataków paniki. Osoba, która regularnie doświadcza takich ataków zaczyna stale martwić się i „wyczekiwać” kolejnego napadu paniki. Pojawia się obawa o swoje zdrowie fizyczne, co skutkuje coraz częstszymi wizytami u lekarza, nawet pomimo zapewnień, że pacjent nie cierpi na żadne fizyczne dolegliwości. Chory z biegiem czasu zaczyna unikać czynności, które według niego mogą powodować kolejne napady lęku. Dodatkowo zaczyna eliminować ze swojego życia aktywności, które mu o tych atakach przypominają jak, np. aktywność fizyczna, z którą kojarzy się mu kołatanie serca.

Najczęstsze objawy ataku paniki obejmują poczucie przytłaczającej paniki, strachu i utraty kontroli. U takiej osoby może pojawiać się myśl, że jeśli lęk zaraz nie minie to „zwaruje”. Oprócz tego pojawiają się narastające fale zimna lub gorąca, kołatanie serca zawroty głowy i uczucie pustki. Można również zaobserwować przyspieszone tętno, trudności w oddychaniu, nadmierne pocenie oraz drżenie ciała bądź samych rąk. Osoby doświadczające ataku paniki mogą również doświadczyć derealizacji, czyli poczucia, że oni lub otaczający ich świat nie są prawdziwe. Uważa się, że objaw ten jest związany z fizjologicznymi zmianami zachodzącymi w organizmie podczas reakcji lękowej. Atak paniki zazwyczaj osiąga szczyt w ciągu około 10 minut i zwykle trwa do pół godziny, powodując uczucie zmęczenia lub wyczerpania. Atak może wystąpić kilka razy podczas doby, nawet podczas snu.

Według badań (Lochner i in., 2003), 40% populacji ogólnej doświadczy w swoim życiu przynajmniej jednego napadu paniki. Jest to powszechne i nie jest uznawane za zaburzenie, do czasu aż ataki nie staną się regularne. Zespół lęku napadowego diagnozuje się zależnie od kraju w przedziale od 1% do 4% populacji. Najczęstszym okresem rozwinięcia się zaburzenia jest przedział wiekowy pomiędzy 20 a 25 r.ż. Według badań u aż 80% osób cierpiących za zespół lęku napadowego z biegiem czasu rozwinię się agorafobia, czyli lęk przed otwartą przestrzenią i przebywaniem w tłumie. Badacze nie są zgodni co do tego, jaka jest główna przyczyna wystąpienia zespołu lęku napadowego u danej osoby. Tak jak w przypadku pozostałych zaburzeń lękowych zwraca się uwagę na czynnik genetyczny. Dodatkowo zauważono, że osoby cierpiące na niektóre schorzenia natury fizycznej jak na przykład arytmia serca, astma, nadczynność tarczycy częściej zapadają na to zaburzenie. Jeśli chodzi o czynnik psychologiczny to badania potwierdzają, że traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa takie jak na przykład wykorzystywanie seksualne czy przedwczesna śmierć któregoś z rodziców są powiązane z późniejszym wystąpieniem ataków paniki. Doświadczenie przewlekłego stresu i nieumiejętność radzenia sobie z nim również zwiększa szansę wystąpienia tego zaburzenia (Beyond Blue, 2022).

2.5 OCD (*Obsessive-compulsive disorder*) - ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE

Powtarzające się myśli, w pewnych sytuacjach mogą okazać się użyteczne. Na przykład myśl „*Chyba zostawiłem włączony piekarnik*” spowoduje, że upewnimy się, czy na pewno wyłączyliśmy to urządzenie, co pozwoli zapobiec chociażby wybuchowi pożaru. Jeśli jednak ta myśl staje się obsesyjna (powracająca), może wpływać na niezdrowe wzorce zachowań,

które mogą powodować trudności w codziennym funkcjonowaniu. Obsesyjne myślenie „Zostawiłem włączony piekarnik” może prowadzić do wielokrotnego wchodzenia do kuchni, nawet co kilka minut.

W przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych istnieje konflikt pomiędzy naukowcami czy uznawać je za zaburzenia lękowe, czy też nie. Do niedawna oba podręczniki zarówno DSM-IV jak i ICD-10 klasyfikowały OCD jako zaburzenie lękowe. Jednak w DSM-5 umieszczono OCD w odrębnej grupie zaburzeń nazwanych „Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i podobne”. Ze względu jednak na to iż ICD dalej określa OCD jako zaburzenia lękowe postanowiłem je tutaj opisać. W celu wyjaśnienia sytuacji przedstawiono poniżej oficjalne kryteria opisujące OCD zarówno według DSM-5 jak i ICD-10. Według DSM-5 aby zdiagnozować OCD pacjent musi doświadczać obsesji (natrętnych myśli), kompulsji (natrętnych czynności) bądź obu jednocześnie. Obsesje definiowane są jako nawracające myśli, impulsy lub wyobrażenia, które uznawane są jako natrętne powodując znaczny lęk lub cierpienie. Pacjent powinien mieć również za sobą próby ignorowania bądź tłumienia tych myśli, impulsów bądź wyobrażeń. Kompulsje definiowane są jako powtarzające się zachowania (np. mycie rąk) lub czynności umysłowe (np. liczenie), które są wynikiem wewnętrznie odczuwanego przymusu, aby je wykonać. Zachowania te mają zapobiegać bądź zmniejszyć nasilenie niepokoju lub zapobiec zdarzeniom albo sytuacjom budzącym lęk. Zachowania te nie wiążą się w rzeczywistości z tym, co mają neutralizować, są natomiast wyraźnie nadmierne. Dodatkowo obsesje lub kompulsje powinny pochłaniać więcej niż godzinę dziennie lub powodować znaczne cierpienie, bądź upośledzenie funkcjonowania jednostki w ważnych dla niej obszarach życia. Podczas diagnozy zwraca się uwagę, czy pacjent jest świadomy irracjonalności jego obsesji. Im większa jest świadomość (wgląd), tym większa szansa na skuteczne leczenie (American Psychiatric Association 2013). Diagnozę OCD według ICD-10 można postawić, kiedy występują wszystkie z następujących, wspólnych cech obsesji i kompulsji. Muszą być one odbierane jako wpływające z umysłu osoby, a nie jako przymus zewnętrzny. Powtarzają się i wywołują dyskomfort, a przynajmniej jedna z kompulsji uważana jest za coś przesadnego. Próby podejmowane w celu opanowania obsesji lub kompulsji okazują się nieskuteczne. Aby móc zdiagnozować OCD obsesje lub kompulsje muszą występować przez co najmniej dwa tygodnie oraz powodować cierpienie pacjenta oraz znacząco utrudniać mu codzienne funkcjonowanie (WHO, 2004). Osoby z OCD często odczuwają ogromny wstyd z powodu potrzeby wykonywania tych kompulsji. Takie poczucie wstydu może zaostrzyć problem, a w konsekwencji zachowanie tajemnicy związanej z OCD może prowadzić do

opóźnienia w diagnozie i leczeniu. Może to również skutkować niepełnosprawnością społeczną, gdyż natrętne myśli i zachowania znacząco utrudniają prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Problemy, które często dotyczą osób z OCD i prowadzą do zachowań kompulsywnych, obejmują różne obszary. Obsesyjne mycie rąk lub sprząatanie w domu w celu zmniejszenia przesadnego lęku przed brudem. Obsesja na punkcie porządku lub symetrii, z przytłaczającą potrzebą wykonywania zadań lub umieszczania przedmiotów, takich jak książki lub sztuce w określonym miejscu i/lub wzorze. Wielokrotne liczenie przedmiotów, takich jak ubrania lub płyty chodnika podczas chodzenia albo gromadzenie przedmiotów, takich jak nieaktualna poczta i stare gazety. Obsesyjne lęki przed krzywdą wyrządzoną sobie lub innym, które mogą skutkować zachowaniami kompulsywnymi, takimi jak wielokrotne sprawdzanie, czy piec został wyłączony lub czy okna i drzwi są zamknięte. Irracjonalne poczucie wstrętu do aktywności seksualnej. Poczucie przymusu modlitwy określoną liczbą razy dziennie lub w takim stopniu, że zakłóca to ich pracę i/lub relacje. Osoby z OCD mogą również doświadczać innych problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym depresji, innych zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania i/lub problemów z nadużywaniem substancji. OCD może rozwinąć się w dowolnym momencie życia, chociaż u większości ludzi objawy rozwijają się najczęściej w okresie dojrzewania. Na jakimś etapie życia zaburzenie to dotknie około 2,3% populacji ogólnej, a w danym momencie choruje na nie 1,3% populacji (Beyond Blue, 2022). Badania wykazały, że zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne może być dziedziczone tak samo jak pozostałe zaburzenia lękowe. Dodatkowo w niektórych badaniach udało się wskazać związek OCD z serotoniną. Wstępne wyniki sugerują, że zbyt duża ilość serotoniny powoduje nasilenie objawów OCD. Oprócz tego wyróżnia się obszary w mózgu, których podwyższona aktywność może być związana z OCD. Są to jądra podstawy, kora oczodołowo-czołowa oraz zakręt obręczy, odpowiedzialne za zachowania związane z higieną, agresją czy zagrożeniem. Jeśli chodzi o czynniki psychologiczne to niektóre teorie sugerują, że OCD może się wykształcić pod wpływem osobistych doświadczeń danej osoby. Przykładowo osoba, która w dzieciństwie była obiektem takich zachowań jak znęcanie bądź wykorzystywanie seksualne, może nieświadomie wykorzystywać obsesje i kompulsje do radzenia sobie z lękiem. W taki sam sposób OCD może wykształcić się u osoby, która doświadcza chronicznego stresu bądź niepokoju lub przeżyła niedawno jakieś traumatyczne doświadczenie, jak na przykład wypadek samochodowy. Niektóre badania sugerują, że osoby z pewnymi cechami osobowości mogą być bardziej podatne na OCD. Chodzi przede wszystkim osoby skrupulatne, metodyczne, o wysokich wymaganiach wobec siebie (Lochner i in., 2003).

2.6 PTSD (*Post-traumatic stress disorder*) - ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

Zespół stresu pourazowego (PTSD) to szczególny zestaw reakcji, które mogą rozwinąć się u osób, które przeszły traumatyczne wydarzenie, zagrażające ich zdrowiu bądź życiu lub bezpieczeństwu osób w ich otoczeniu. Najczęstszymi wydarzeniami, które powodują PTSD jest gwałt, wypadek samochodowy, napad, katastrofy naturalne bądź udział w działaniach wojennych. W wyniku takich przeżyć jednostka doświadcza uczucia intensywnego strachu, bezradności lub przerażenia, pomimo że obiektywnie rzecz biorąc już nic jej nie zagraża. Osoby z zespołem stresu pourazowego często doświadczają uczucia paniki lub skrajnego strachu, podobnego do strachu, jaki odczuwali podczas traumatycznego wydarzenia. Osoba cierpiąca na PTSD musi mierzyć się z szeregiem trudności. Najbardziej powszechnie znanym objawem jest ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia. Dzieje się to za sprawą niechcianych powracających wspomnień, często w postaci żywych obrazów i koszmarów. Nierzadko w ich wyniku dochodzi do intensywnych reakcji takich jak potliwość, kołatanie serca lub panika. Osoby cierpiące na PTSD często charakteryzuje nadmierna czujność i drażliwość. Częściowo wynika ona z problemów ze snem, ale również z tego, że wyczekuje ona ciągle zbliżającego się zagrożenia. Dodatkowo z powodu ciągle żywych wspomnień, osoba chora zaczyna unikać czynności, miejsc, ludzi, a nawet myśli związanych z danym wydarzeniem. W wyniku postępującej choroby i związanych z nią trudności zaczyna pojawiać się uczucie odrętwienia emocjonalnego. Skutkuje ono brakiem odczuwania przyjemności z czynności, które do tej pory ją sprawiały. Chory czując się odizolowany od rodziny przyjaciół zaczyna zaniedbywać kontakty z bliskimi. Aby można było zdiagnozować PTSD objawy te muszą utrzymywać się co najmniej przez miesiąc.

Zespół stresu pourazowego może wykształcić się u każdego, jednak są ludzie, którzy są na to bardziej narażeni od innych. Poza przeżyciem traumatyzującego wydarzenia ważne jest czy dana osoba miała historię traumy lub problemy ze zdrowiem psychicznym. Według badań, osoby, które po traumatycznym wydarzeniu przebywają dalej w stresującym środowisku bądź nie otrzymują odpowiedniego wsparcia, mają większe szanse na to, że rozwinie się u nich PTSD (Olisah, 2012). Według danych statystycznych, PTSD występuje u około 8–9% populacji ogólnej. Dodatkowo ponad połowa kobiet i mężczyzn potwierdza obecność co najmniej jednego doświadczenia traumatycznego w swoim życiu, a połowa z nich potwierdza, że przeżyło dwa i więcej wydarzeń traumatycznych. Wśród osób cierpiących na PTSD istnieje duża szansa na wystąpienie innych zaburzeń psychicznych. U około 88%

mężczyzn i 79% kobiet u których rozpoznano PTSD, diagnozowano również inne rozpoznania psychiatryczne, najczęściej depresje, inne zaburzenia lękowe oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (Beyond Blue, 2022).

2.7 FOBIE SPECYFICZNE

Strach wywoływany przez konkretne sytuacje, czynności bądź obecność niektórych zwierząt lub przedmiotów nie jest czymś niezwykłym. Wiele osób odczuwa niepokój widząc węża lub pająka. Lęk wysokości czy strach przed lotem samolotem również można uznać za naturalny. Strach to racjonalna reakcja na sytuacje, które mogą stanowić zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa. Jednak niektórzy ludzie reagują na przedmioty, czynności lub sytuacje (bodziec fobiczny), wyobrażając sobie lub irracjonalnie wyolbrzymiając niebezpieczeństwo. Ich uczucia paniki, strachu lub przerażenia są całkowicie nieproporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia. Czasami sama myśl o bodźcu fobicznym lub jego widok w telewizji wystarcza, aby wywołać reakcję. Tego typu nadmierne reakcje mogą świadczyć o wystąpieniu specyficznej fobii. Osoby z fobiami specyficznymi często doskonale zdają sobie sprawę, że ich lęki są przesadzone lub irracjonalne, ale czują, że ich reakcja lękowa jest automatyczna lub niekontrolowana. Fobie specyficzne są często związane z atakami paniki, podczas których osoba doświadcza przytłaczających doznań fizycznych, które mogą obejmować szybkie bicie serca, uczucie duszności, nudności, omdlenia, zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, uderzenia gorąca lub zimna oraz pocenie się.

Fobię specyficzną można zdiagnozować, kiedy osoba odczuwa nadmierny i nieuzasadniony lęk przed określonym przedmiotem, czynnością lub sytuacją, np. spotkanie psa. Z powodu tego lęku unika miejsc i sytuacji, w których mogłaby się zmierzyć z bodźcem fobicznym. Na przykład nie wyjeżdża za granicę ze względu na strach przed lataniem. Jeśli sytuacja jest nieunikniona chory podczas jej występowania odczuwa bardzo silny lęk, a doświadczany niepokój bądź ciągłe próby jego unikania utrudniają codzienne funkcjonowanie. Objawy muszą utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy (Gale, 2000).

Pierwsze objawy fobii specyficzných pojawiają się zwykle w dzieciństwie lub wczesnej młodości. Dorastając, dzieci doświadczają wielu rodzajów lęku (np. lęk przed obcymi, psami, ciemnością). Nauka radzenia sobie z tymi lękami jest normalną częścią dorastania. Niemniej jednak dzieci, nawet małe, mogą rozwijać specyficzne fobie, a nawet mogą doświadczyć ataków paniki. Dzieci częściej rozwijają specyficzne fobie niż inne zaburzenia lękowe i często

nie są świadome, że ich lęki są irracjonalne lub przesadzone. Kilka czynników może zwiększać ryzyko rozwoju określonej fobii. Fobia może być nabyta poprzez warunkowanie klasyczne – gdy dana osoba kojarzy obiekt wywołujący lęk z niebezpieczeństwem. Na przykład, jeśli dziecko było straszone pajakami bądź było świadkiem traumatycznego wydarzenia jak np. pogryzienie przez psa. To jak często wśród populacji występuje konkretna fobia zależy od szerokości geograficznej, kultury danego regionu, poziomu wykształcenia populacji oraz struktury płci i wieku. Zależnie od regionu szacuje się, że doświadcza jej od 5 do 11% populacji ogólnej (Beyond Blue, 2022).

2.8 ZABURZENIA LĘKOWE - TRUDNOŚCI W LECZENIU

Jak widać, zaburzenia lękowe i depresyjne są o wiele bardziej złożone niż można by przypuszczać na podstawie samego opisu zamieszczonego w podręczniku diagnostycznym. Problemem jest przede wszystkim ich złożoność. Pierwsze trudności pojawiają się już na etapie próby opisanego przyczyn ich powstawania. W praktyce przyczyn jest bowiem więcej niż jedna, a dodatkowo z biegiem czasu zaczynają one wpływać na siebie nawzajem. Przykładowo osoba cierpiąca na fobię społeczną nabytą w dzieciństwie, odczuwa chroniczny stres już na samą myśl o codziennych obowiązkach. Zaczyna izolować się od ludzi, a poczucie samotności „zabija” np. za pomocą alkoholu. W efekcie oprócz fobii społecznej zaczyna odczuwać negatywny wpływ kortyzolu na organizm, a nadużywany alkohol oprócz tego, że uszkadza mózg, to wpływa na postrzeganie siebie jako osoby nieradzącej sobie z emocjami. Efektem może być apatia, poczucie beznadziei i myśli o tym, że nic dobrego już jej nie czeka, co może przyjąć formę zaburzenia depresyjnego. Po jakimś czasie ciężko odróżnić, co jest przyczyną, a co jest skutkiem, gdyż wszystko jest już ze sobą tak bardzo powiązane, że trudno wyodrębnić pojedyncze elementy. Utrudnia to jeszcze bardziej podjęcie skutecznego leczenia. Obecnie system ochrony zdrowia ma do zaoferowania różne formy leczenia takie jak przede wszystkim psychoterapię oraz farmakoterapię. Jak pokazują badania nie są one jednak wystarczające (Lake, 2017). Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele. Leki często wykazują działania niepożądane, a do tego nie działają w każdym przypadku. W dużej części przypadków, z powodu wciąż małej wiedzy na temat biochemii zaburzeń nastroju, maskują one jedynie objawy choroby, nie lecząc prawdziwych przyczyn. Do tego aż 30% osób cierpiących na ciężkie zaburzenie depresyjne nie wykazuje żadnej poprawy przy stosowaniu obecnie znanych leków (Kelley, 2010). W przypadku psychoterapii dużym utrudnieniem jest stosunkowo niska dostępność do specjalistów oraz długi czas oczekiwania na leczenie. W przypadku osoby od

wielu lat cierpiącej na dane zaburzenie proces leczenia za pomocą standardowej psychoterapii może być równie długi, co wiąże się z dużymi kosztami. Istnieje również duże ryzyko, że nie widząc oczekiwanych rezultatów, osoba chora przerwie terapię, wracając do punktu wyjścia. Za brak efektów w tym przypadku może odpowiadać również fakt, że, jak zauważają osoby korzystające z takiej formy leczenia, podczas rozmowy nie są w stanie opisać ukrytych, często nieuświadomionych wspomnień i traum (Studerus, Kometer, Hasler, Vollenweider, 2010).

Nadzieją, przede wszystkim dla osób, w przypadku których żadna z obecnie stosowanych form leczenia nie poskutkowała zdają się być psychodeliki. Stosowane w psychoterapii już w latach 60-tych XX w., a następnie zapomniane po delegalizacji, stały się obiektem zainteresowań coraz większej liczby badaczy. Obecnie prowadzone badania powoli potwierdzają ich skuteczność, przy jednoczesnych niewielkich efektach ubocznych. Pojawia się również coraz więcej relacji ludzi, którzy korzystając z „podziemnych terapii” bądź lecząc się na własną rękę pozbyli się zaburzeń, z którymi do tej pory żadna z innych oficjalnie stosowanych form leczenia nie dawała sobie rady (Carhart-Harris, R. L. 2019). Historia stosowania psychodelików przez ludzi jest jednak znacznie dłuższa.

3. HISTORIA ZAŻYWANIA PSYCHODELIKÓW

Pomimo że psychodeliki znane są ludzkości niemal od początków jej historii, w różnych jej okresach stosowano je w inny sposób. Dlatego historię ich używania dzieli się obecnie na trzy fale. Autor opíše po kolei każdą z nich, aby wyjaśnić skąd wzięło się obecnie ogromne zainteresowanie tymi substancjami oraz co dotychczasowa historia mówi o ich potencjale terapeutycznym.

3.1 PIERWSZA FALA

Psychodeliki towarzyszyły ludzkości od zarania dziejów i stosowane były już przez prymitywne kultury w różnych częściach świata. Za jeden z najstarszych przykładów uznawana jest substancja używana w starożytnych Indiach, znana jako Soma (Oldenberg, 1988). Spośród 1200 tekstów hinduskich Rygwedy ponad 100 opisuje tajemniczą substancję, która po spożyciu pozwalała na bezpośrednią komunikację z bogami. Wiele fragmentów opisuje wizje, które można osiągnąć poprzez picie Somy (Singh, 2008). W starożytnej Grecji w wiosce niedaleko Aten, zwanej Eleusis, od XV w p.n.e odbywała się coroczna, całonocna ceremonia będąca częścią Misteriów Eleuzyjskich. Uważa się, że obejmowała spożycie halucynogennego naparu znanego jako Kykeon (Wasson, Ruck, Carl, Hoffman, 1978). Biorący

udział w ceremonii mieli doświadczać trudnych do opisanie wizji (Eliade, 1981). Szamani Azteccy używali grzybów psylocybinowych podczas ceremonii religijnych oraz podczas rytuałów wróżbiarskich. Grzyby te określali mianem *teonanacatl*, co można przetłumaczyć jako „ciało boga” (Ott i Bigwood, 1978). Ślady używania substancji psychoaktywnych można znaleźć również na terenie zamieszkiwanych niegdyś przez kultury Olmeków, Zapoteków czy Majów (Carod-Artal, 2015). Malowidła naskalne w Bradshaw w Australii datowane na około 12.000 p.n.e oraz w regionie Kolo w Tanzanii przedstawiają symbol „grzybowej głowy”, który został zidentyfikowany przez badaczy jako grzyb zawierający psylocybinę. Świadczyć mogą o tym inne malowidła ukazujące szamanów pogrążonych w rytualnym, ekstatycznym tańcu (Pettigrew, 2011). Kultury północnoamerykańskie powszechnie spożywały pejotl, czyli rodzaj kaktusa rosnącego na terenie Meksyku. Spożywany był on głównie podczas rytuałów religijnych. Najstarsze próbki pejtolu jakie udało się odkryć zostały znalezione w jaskini w okolicy rzeki Rio Grande w Teksasie. Naukowcy oszacowali, że pejtol w tych rejonach był używany już co najmniej 5700 lat temu. W Ameryce Południowej prym wiodła Ayahuasca czyli wywar przygotowywany z domieszki dwóch roślin miazdzonej kory winorośli *Banisteriopsis caapi* i liści *Psychotria viridis*. Za psychoaktywne działanie tej substancji odpowiada DMT (Dimetylotryptamina). DMT uznawane jest za jedną z najsilniejszych znanych człowiekowi substancji psychoaktywnych (Ryn, 2007).

Pomimo tak długiej historii badacze w krajach anglosaskich zainteresowali się psychodelikami dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Działo się to przy okazji badań nad nowo odkrytymi substancjami takimi jak heroina, kokaina czy amfetamina. Wyjątkiem w tym czasie była publikacja brytyjskiego psychologa Havelocka Ellisa, który interesował się meskaliną, psychoaktywną substancją zawartą w pejotlu. W 1897 roku opublikował on „The Phenomena of Mescal Intoxication” oraz „Mescal: A New Artifical Paradise” (Sessa, 2019). Ellis swoje prace oparł na wynikach badań przeprowadzonych dziesięć lat wcześniej przez niemieckiego farmakologa Louisa Lewina. Ten ostatni był jednym z pierwszych naukowców, którzy zaczęli łączyć farmakologiczne działanie różnych roślin z ich wpływem na umysł i podjął się próby sklasyfikowania znanych ówczesznie substancji psychoaktywnych w oparciu o ich wpływ na użytkownika. Wprowadził takie nazwy jak „*euforianty*” (heroina), „*odurzacze*” (alkohol) czy też „*phantastica*”, które obejmowały substancje, które dziś znamy jako „*psychodeliki*” (Sessa, 2019). W 1897 roku nastąpił kolejny poważny przełom, gdy niemieckiemu farmakologowi Arthurowi Carlowi Wilhelmowi Heffterowi udało się wyizolować meskalinę z kaktusa o nazwie Jazgrza Williama. Był to pierwszy

zidentyfikowany naturalnie występujący psychodelik wyizolowany w ten sposób (Pollan, 2021). Prawdziwy rozkwit badań nad psychodelikami nastąpił jednak dopiero na początku drugiej połowy XX wieku. Miało to związek z badaniami przeprowadzonymi przez Alberta Hoffmana na przełomie lat 30 i 40-tych.

3.2 DRUGA FALA

Hofmann po raz pierwszy zsyntetyzował LSD w 1936 roku, kiedy pracował jako chemik badawczy w Sandoz Laboratories. Była to firma z branży chemicznej odpowiedzialna za wynalezienie substancji takich jak sacharyna. Hoffman otrzymał zadanie pracy z roślinami leczniczymi w celu wyizolowania, oczyszczenia i syntezy ich aktywnych związków na potrzeby farmaceutyków. Jego badania nad sporyszem, grzybem żytnim i jego różnymi aktywnymi związkami, doprowadziły do stworzenia kilku związków kwasu lizerginowego, a jego 25. próba została nazwana LSD-25 (Lorenc, 2019). Zaplanował on syntezę tego związku z zamiarem uzyskania stymulatora krążenia i oddechu. Nowa substancja nie wzbudziła jednak szczególnego zainteresowania ówczesnych farmakologów i lekarzy. W związku z tym testy zostały przerwane (Hoffman, 2016). Minęło kilka lat, podczas których LSD nie zyskało większego zainteresowania wśród innych badaczy. Hofmann kontynuował swoją pracę, ale nie mógł oprzeć się wrażeniu, że LSD-25 może mieć inne właściwości, których nie udało odkryć się podczas wstępnych testów. Postanowił podjąć kolejną próbę i 16 kwietnia 1943 roku ponownie dokonał syntezy. Tego dnia w laboratorium przypadkowo przyjął około 20 mikrogramów LSD-25 poprzez skórę na opuszkach palców. Zapamiętał jak w środku dnia ogarnął go ciężki do opisanego niepokój połączony z lekkimi zawrotami głowy. Przerwał pracę i wrócił do domu. Kiedy położył się na łóżku zapadł w nieprzyjemny stan, który porównał do upojenia połączonego z byciem w stanie półsnu. Zwrócił uwagę również na to, że jego wyobraźnia była wyraźnie pobudzona, podsuwając mu abstrakcyjne przemyślenia (Sessa, 2019). Kilka dni później, 19 kwietnia, Hofmann postanowił pójść o krok dalej w swoim eksperymencie i za wiedzą swojego asystenta, połknął 250 mikrogramów LSD-25. Pierwszą dawkę przyjął o 16:20; rozcieńczając 250 mikrogramów kryształu w 10 ml wody. Pijąc ten roztwór zauważył, że był bez smaku. O godzinie 17:00 odnotował: początkowe zawroty głowy, uczucie niepokoju, zniekształcenia wzrokowe, objawy paraliżu oraz chęć do śmiechu. Był to jednocześnie ostatni wpis tego dnia. Dwa dni później dodał, że jego doświadczenie była najbardziej intensywne między godziną 18 a 20, akurat w momencie kiedy wracał do domu na rowerze. Podczas powrotu Hofmann doświadczył pełnego działania substancji. Po powrocie

do domu, zaniepokojony Hoffman poprosił o wezwanie lekarza. Ten po przybyciu nie stwierdził żadnych zmian w fizjologii pacjenta z wyjątkiem lekko podniesionego tętna oraz rozszerzonych źrenic. Substancja okazała się niemal całkowicie obojętna dla organizmu pod względem fizjologicznym (Hoffman, 2016).

Z powodu trwającej wojny badania nad tym środkiem zostały odłożone w czasie. Dopiero w 1947 roku współpracownik Hofmanna, Werner Stoll z Uniwersytetu w Zurychu opublikował pierwszy opis akademicki wpływu LSD na psychikę człowieka. Badania laboratoryjne przeprowadzane na zwierzętach potwierdziły, że pomimo intensywnych efektów psychicznych, LSD wydawało się być w dużej mierze obojętne fizjologicznie, powodując niewiele więcej niż łagodne wahania tętna i ciśnienia krwi oraz rozszerzenie źrenic. LSD zostało powszechnie uznane za całkowicie bezpieczne do spożycia przez ludzi (Miller, 2017). Środek ten zaczęto dystrybuować pod nazwą Delysid i udostępniać psychiatrom za darmo pod warunkiem, że będą szczegółowo raportować o jego wpływie na pacjentów (Grof, 2000).

W 1952 roku Dr Ronald Sandison, miał okazję odwiedzić siedzibę firmy Sandoz w Szwajcarii. Do Wielkiej Brytanii wracał z walizką wypełnioną ponad setką buteleczek z Delysidem. Sandison zaczął używać LSD w ramach swojego programu psychoterapii w szpitalu Powick w Gloucestershire. Podawał Delysid pacjentom, których leczenie nie posuwało się do przodu w standardowym procesie terapeutycznym. Wkrótce zebrał pokaźną liczbę przypadków które zgodnie z umową zawartą z Sandoz dokładnie opisał. W 1954 roku opublikował swoje obserwacje w pracy o tytule „The Therapeutic Value of Lysergic Acid Diethylamide in Mental Illness” gdzie opisał grupę 36 pacjentów, w przypadku których zażycie LSD pozytywnie wpłynęło na przebieg leczenia. Jego współpracownicy z Powick potwierdzili wyniki jego badań i w 1954 Sandison założył specjalną klinikę przyległą do szpitala. Stosowano w niej LSD jako element psychoterapii aż do czasu wprowadzenia prohibicji (Miller, 2017). W mniej więcej tym samym czasie odkryto psylocybinę oraz DMT których działanie było zbliżone do LSD. Coraz więcej badaczy zaczęło zauważać, że nowo odkryte substancje mogą posłużyć jako narzędzie zapewniające dodatkowe wsparcie w psychoterapii i zaczęli sprawdzać ich wpływ na pacjentów cierpiących na różne dolegliwości jak np. autyzm, schizofrenia oraz uzależnienia (Lorenc, 2019).

3.2.1 TERAPIA PSYCHODELICZNA, A TERAPIA PSYCHOLITYCZNA

Z biegiem czasu, zaczęły wyłaniać się dwa podejścia, które nieco inaczej podchodziły do zażywania psychodelików w kontekście terapeutycznym. Najpierw opracowano i stosowano tzw. paradygmat psycholityczny szczególnie popularny w Europie oraz stosowany przez część badaczy z USA z Sidneyem Cohenem, Betty Eisner i Oscarem Janigerem na czele (Pollan, 2021).

Terapia psycholityczna została po raz pierwszy opracowana w Anglii w Powick Mental Hospital. Jako pierwszy zastosował ją Ronald Sandison w 1953 roku przy okazji wymyślając dla niej nazwę. W słowie „psycholityk” część -lytic oznacza zanik napięcia lub konfliktów w ludzkiej psychice, co zdawały się ułatwiać LSD i psilocybina – przynajmniej przy stosunkowo niskich dawkach. Terapeuci, którzy podawali pacjentom dawki LSD tak niskie, jak 25 mikrogramów zgłaszali, że mechanizmy obronne ego pacjentów osłabiały się, pozwalając im na osiągnięcie poziomu wglądu, do którego nie mieli dostępu podczas standardowej rozmowy terapeutycznej. Co ważne, dawki te były na tyle małe, że nie wpływały negatywnie na przebieg sesji. Pacjent był w stanie swobodnie rozmawiać i odpowiadać na pytania terapeuty. Był całkowicie świadomy tego gdzie jest i co się z nim dzieje. Po spotkaniu nie miał również problemu, aby przypomnieć sobie jego przebieg (Sessa, 2019). Największą zaletą podejścia psycholitycznego było to, że było spójne z popularnym wówczas modelem psychoanalitycznym. Dużym problemem podczas sesji psychoanalitycznych jest to, że dostęp do nieświadomego umysłu-kluczowe w tym podejściu jest trudne i ograniczone. Dlatego Freud uważał sny za „królewską drogę” do podświadomości, gdyż omijały one zarówno bramy ego jak i superego. Pracę z wykorzystaniem marzeń sennych utrudniało jednak to, że większość pacjentów nie pamiętała swoich snów lub wręcz twierdzili, że nic im się nie śni. Substancje takie jak LSD i psilocybina miały zapewnić lepszą drogę do podświadomości (Miller, 2017). Stanislaw Grof, który z wykształcenia był psychoanalitykiem, stwierdził, że pod wpływem umiarkowanej dawki LSD jego pacjenci szybko uświadamiali sobie emocje związane z przeniesieniem w kontakcie z terapeutą, mieli dostęp do traum z dzieciństwa oraz ponownie odczuwali dawno wyparte emocje. Grof opisywał jak w niektórych przypadkach jego pacjenci ponownie byli w stanie przeżyć doświadczenie narodzin, które badacz uważał za jedno z kluczowych zdarzeń kształtujących osobowość (Grof, 2000). W tym samym czasie w Los Angeles Sidney Cohen, Betty Eisner i Oscar Janiger zaczęli stosować LSD w swoich cotygodniowych sesjach terapeutycznych. Stopniowo zwiększali dawkę na każdym spotkaniu

do momentu, aż ich pacjenci uzyskiwali dostęp do podświadomych treści, takich jak: stłumione emocje, wyparte wspomnienia czy też traumy z dzieciństwa. Pracowali oni z szerokim spektrum pacjentów, począwszy od neurotyków poprzez osoby uzależnione od alkoholu, a kończąc na malarzach, kompozytorach czy pisarzach. Motywacją osób z ostatniej grupy było przede wszystkim wykorzystanie psychodelików do pobudzenia własnej kreatywności. Cohen i Eisner poinformowali, że szesnaścioro z ich pierwszych dwudziestu dwóch pacjentów wykazało wyraźną poprawę. Artykuł przeglądowy z 1967 roku podsumowujący wyniki badań w zakresie skuteczności użycia terapii psycholitycznej szacował, że wskaźnik sukcesu techniki wahał się w okolicy 70 procent w przypadkach lęku i nerwicy, 62 procent w przypadku depresji oraz 42 procent w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Lorenc, 2019).

W pewnym momencie część badaczy postanowiła sprawdzić jaką skuteczność w procesie terapeutycznym będzie miało użycie pojedynczej dużej dawki psychodeliku. Terapię psychodeliczną praktykowali od połowy lat pięćdziesiątych głównie badacze z USA i Kanady. W przeciwieństwie do terapii psycholitycznej zazwyczaj obejmowała ona pojedynczą sesję z użyciem wysokiej dawki psychodeliku. Sesja odbywała się w komfortowym, bezpiecznym i wygodnym otoczeniu. Badany zażywał dawkę leku, kładł się na sofie, zamykał oczy i oddawał się doświadczeniu, będąc pod opieką dwójki terapeutów. Ich obecność zazwyczaj ograniczała się po prostu do przebywania w tym samym pomieszczeniu i ewentualnym zapewnianiu poczucia bezpieczeństwa. Starali się w tym czasie ograniczyć kontakt z badanym do minimum, tak aby nie rozpraszać go podczas „podróży”. Celem było stworzenie warunków do osiągnięcia „doświadczenia szczytowego”, które poprzez swoją intensywność miało pozytywnie wpłynąć na osobę zażywającą psychodelik (Strassman, 1991). W późniejszym okresie swojej kariery Grof często proponował stosowanie pojedynczej wysokiej dawki (do 500 mikrogramów LSD) nie częściej niż raz na miesiąc. Po każdej sesji z psychodelikiem następowało kilka kolejnych, tym razem opierających się na standardowej rozmowie i próbie integracji tego, czego badany doświadczył pod wpływem substancji (Sessa, 2019). Grof prowadził pionierską pracę kliniczną nad wykorzystaniem odmiennych stanów świadomości w łagodzeniu lęku występującego u pacjentów w fazie terminalnej. Wraz z Joan Halifax opublikował swoją pracę dotyczącą terapii pacjentów chorujących głównie na raka, w Maryland Psychiatric Research Center. Swoje badania podsumowali w książce *The Human Encounter with Death* (Lorenc, 2019). Jednym ze sposobów, w jaki badanym pomagała terapia psychodeliczna, było zaakceptowanie przez nich faktu zbliżającej się śmierci. Po wywołanym psychodelikami transcendentnym doświadczeniu duchowym, zaczęli oni postrzegać śmierć nie jako zakończenie, ale jako

kolejny etap podróży. W rezultacie pacjenci często zaczęli odczuwać większy spokój i akceptację, wykorzystując każdą chwilę jaka im pozostała. Dodatkowo poprawiły się ich relacje z rodziną. Innym efektem terapii psychodelicznej, który zauważyli badacze, było chwilowe zmniejszenie subiektywnie odczuwanego bólu (Grof, Halifax, 1977).

Terapią psychodeliczną zainteresowali się również badacze z Kanady. Humphry Osmond razem ze współpracownikami z instytutu w Saskatchewan w późnych latach 50-tych postanowili wykorzystać LSD i sprawdzić, jaki efekt będzie miało podanie go osobom uzależnionym od alkoholu. Delysid zawierający LSD opisywany był wtedy jako środek wywołujący stan podobny do psychozy, będąc jednocześnie bezpiecznym pod względem fizjologicznym. Osmond doszedł do wniosku, że jeśli u pacjentów uda się wywołać stan podobny do delirium tremens to duża część badanych postanowi zerwać z nałogiem (Dyck, 2006). Wychodząc z takiego założenia razem ze swoim współpracownikiem Abramem Hofferem zaczęli podawać swoim klientom LSD. Ku ich zaskoczeniu substancja zadziałała jednak nieco inaczej niż przewidywali. Wielu pacjentów nie dość, że nie doświadczyła, stanu podobnego do delirium, to wręcz uznali to doświadczenie za coś pozytywnego. Pomimo braku „reakcji szokowej” odsetek osób, które nie wróciły do picia był wysoki. Osmond i współpracownicy zachęteni pierwszymi efektami dopracowywali proces dalej, dodając elementy klasycznej psychoterapii. Do końca lat sześćdziesiątych z ich programu skorzystało około 2000 pacjentów. Badacze twierdzili, że kolejne próby w Saskatchewan konsekwentnie dawały te same wyniki – ich badania zdawały się wskazywać, że pojedyncza, duża dawka LSD może być skuteczną metodą leczenia alkoholizmu i donosili, że od 40 do 45% ich pacjentów, którym podano ten lek, po roku wciąż utrzymywało abstynencję. Biuro ds. Alkoholizmu w Saskatchewan było pod takim wrażeniem efektów ich badań, że uznało psychoterapię wspieraną LSD za standardowy model leczenia alkoholizmu i korzystało z niego do czasu wprowadzenia prohibicji (Nichols, 2016).

3.2.2 EFEKTYWNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO TERAPII PSYCHODELICZNEJ

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych na całym świecie dziesiątki tysięcy pacjentów wzięło udział w terapii wspomaganą psychodelikami. Psychiatrzy, którzy coraz częściej wybierali tę metodę leczenia swoich pacjentów, widzieli wyniki, które były wyjątkowo pozytywne, opisując bezpieczne i skuteczne interwencje terapeutyczne (Dyck, 2006). W tym okresie opublikowano ponad 2000 artykułów na temat LSD, w zdecydowanej większości potwierdzających wysoką skuteczność tego typu terapii.

Dr Nicholas Malleon, członek Royal College of Physicians i Advisory Committee on Drug Dependence, pod koniec lat 60-tych przeprowadził metaanalizę badań dotyczących terapii psychodelicznej w Wielkiej Brytanii. Dokonał on przeglądu efektów 20 lat terapii psychodelicznej stosowanej w jego kraju, który obejmował zbiorcze wyniki 4303 pacjentów z ponad 50 000 sesji wspomaganymi lekami psychodelicznymi (z których większość stosowała LSD, choć niektóre obejmowały również badania z użyciem psilocybin i meskaliny). Malleon stwierdził, że miały miejsce wyłącznie dwa zakończone sukcesem samobójstwa, a tylko 37 pacjentów wykazało reakcję psychotyczną trwająca ponad 48 godzin (Pollan, 2021). Dla porównania, według obecnie prowadzonych statystyk, wśród osób przebywających na oddziale opieki psychiatrycznej ryzyko popełnienia samobójstwa wynosi 8,6% (Chang, Gitlin, Patel, 2011). Wyniki badań Mallesona dodatkowo umocniły krążącą wówczas opinię, że terapia psychodeliczna była zarówno skuteczna, jak i bezpieczna pod warunkiem, że była stosowana pod odpowiednim nadzorem medycznym oraz przez starannie wyszkolonych profesjonalistów, stosujących ustrukturyzowane i kontrolowane paradygmaty terapeutyczne (Sessa, 2019).

W skali całego świata między 1950, a połową lat 60-tych opublikowano ponad tysiąc prac klinicznych omawiających przypadki 40000 pacjentów. Wydano również kilkadziesiąt książek oraz zorganizowano sześć międzynarodowych konferencji na temat psychoterapii wspomaganą psychodelikami (Nichols, 2016). Jednak z biegiem czasu zaczęły one być coraz częściej używane bardziej w formie rekreacyjnej niż terapeutycznej. Popularyzacja LSD przez takie osoby jak Aldous Huxley czy Gerald Heard doprowadziła do tego, że coraz więcej osób zaczęło oferować „terapię psychodeliczną” na własną rękę. Niektórzy psychiatry mający dostęp do psychodelików zaczęli podawać je swojej rodzinie i przyjaciołom podczas specjalnie organizowanych imprez (Novak, 1997). Symoblem tych czasów stał się Timothy Leary, psycholog z Harvardu który został jednym z ojców założycieli ruchu kontrkulturowego lat 60.

3.2.3 DELEGALIZACJA I PRZERWANIE BADAŃ

W 1962 roku, kiedy rekreacyjne stosowanie psychodelików stało się powszechne, dr Sidney Cohen opublikował artykuł ostrzegający przed niebezpiecznymi skutkami ubocznymi, które mogą wynikać z niewłaściwego stosowania LSD. Cohen był zaangażowany w badania nad LSD od 1957 roku, kiedy rozpoczął badania nad jego psychologicznymi efektami w Los Angeles. W swoim artykule stwierdził, że LSD jest bezpieczne pod warunkiem, że jest stosowane u starannie przebadanych pacjentów w odpowiednim środowisku (Pollan, 2021).

Pierwsze poważne regulacje zostały wprowadzone w październiku 1962 r. pod postacią poprawek Kefauver-Harris Drug, dzięki którym Agencja ds. Żywności i Leków (*FDA*) uzyskała uprawnienia do wymagania dowodu skuteczności, a nie tylko bezpieczeństwa przed zatwierdzeniem nowego leku. Sandoz nie mógł już dostarczać LSD każdemu lekarzowi, który o to poprosił. Dylisid był od teraz dostępny jedynie dla lekarzy z *NIMH* (*National Institute of Mental Health*) oraz dla stanowych komisarzy zdrowia psychicznego (Sessa, 2019). Gdy popularność LSD rozszerzyła się na „kontrkulturę” lat sześćdziesiątych, rząd wprowadził kolejne regulacje. W 1965 kolejne poprawki zakazały produkcji i sprzedaży leków psychodelicznych, a rok po tym, jak Sandoz całkowicie przestał dostarczać LSD, prawie wszystkie badania zostały wstrzymane. W 1968 r. utworzono Wydział ds. Narkotyków i Nadużywania Narkotyków, a w 1970 roku weszła w życie Ustawa o Substancjach Kontrolowanych, tworząc pięć wykazów narkotykowych obowiązujących do dzisiaj. Substancje z Wykazów I i II (do których trafiła większość psychodelików) wymagały specjalnej licencji od *FDA*, nawet jeśli chciało się je wykorzystywać podczas badań naukowych. Wykaz I jest kategorią najbardziej restrykcyjną, w której substancje są określone jako niemające zastosowania medycznego i jako niebezpieczne w użyciu, nawet pod nadzorem medycznym. Organami rządowymi kontrolującymi aspekty planowania i badań leków stały się *DEA* (*Drug Enforcement Agency*) i *FDA*. Z biegiem czasu, za Stanami Zjednoczonymi podążyła reszta państw. Stan uśpienia trwał mniej więcej do początku XXI wieku (Shulgin, Shulgin, 1997).

3.3 TRZECIA FALA – „RENEZANS” PSYCHODELICZNY

W 2006 *MAPS* (*Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*) zasponsorowało badanie mające sprawdzić, czy zażycie psylocybiny wpłynie na zmniejszenie objawów u pacjentów cierpiących na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Było to pierwsze od ponad 30 lat badanie kliniczne z użyciem psylocybiny, na które *FDA* wyraziło zgodę. Badanie zostało przeprowadzone przez Francisco Moreo na Uniwersytecie w Arizonie i obejmowało 9 osób zmagających się z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Otrzymali oni łącznie 29 dawek psylocybiny. Zmniejszenie objawów zanotowano u każdego z nich (Moreno, Wiegand, Taitano, Delgado, 2006).

Kolejne badanie sponsorowane przez *MAPS* rozpoczęło się w 2007 roku. Peter Gasser podał 10 uczestnikom badania, będącym w schyłkowym stadium raka 200 mikrogramów LSD. Dodatkowo każdy z uczestników wziął udział w 8 standardowych spotkaniach

psychoterapeutycznych. Celem było zbadanie, w jaki sposób LSD wpłynie na ich poziom lęku w związku ze zbliżającą się śmiercią. Dwanaście miesięcy później 10 uczestników zostało przebadanych pod kątem lęku (STAI) i uczestniczyło w częściowo ustrukturyzowanym wywiadzie. Poziom lęku u każdego z badanych utrzymywał się na wyraźnie mniejszym poziomie niż rok wcześniej. Podczas wywiadu, pacjenci zgłaszali wnikliwie, oczyszczające i bardzo osobiste doświadczenia, którym towarzyszyło zmniejszenie niepokoju (77,8%) i wzrost jakości życia (66,7%). Oceny subiektywnych doświadczeń sugerowały ułatwiony dostęp do emocji, konfrontację z nieznanymi wcześniej lękami oraz intensywne emocjonalne doświadczenie szczytowe jako główne psychologiczne mechanizmy odpowiedzialne za ostateczny efekt końcowy doświadczenia (Gasser, Kirchner, Passie, 2014).

Podobne badanie tyle, że z użyciem psylocybiny zorganizował Charles Grob w Centrum Medycznym UCLA w Kalifornii. W przypadku tego badania pacjentów przebadano za pomocą kwestionariusza STAI miesiąc oraz 3 miesiące po podaniu psylocybiny. W obu przypadkach poziom lęku zmniejszył się znacząco w porównaniu do okresu przed eksperymentem. Dodatkowo użyty kwestionariusz depresji Becka stwierdził utrzymujący się podwyższony nastrój 6 miesięcy po przyjęciu psylocybiny (Grob i in., 2011).

Obecnie wiele badań jest w toku, a na ich wyniki będzie trzeba jeszcze poczekać. Są to m.in. badania nad wykorzystaniem LSD przy leczeniu klastrowych bólów głowy (Liechti, Schmid, 2019), ciężkich zaburzeniach depresyjnych (Liechti, Borgwardt, 2019), ciężkich chorobach somatycznych (Gasser, 2017). Bada się również między innymi skuteczność psylocybiny w porównaniu z lekami przeciwdepresyjnymi (Carhart-Harris i in., 2021) oraz skuteczność psylocybiny przy leczeniu uzależnień (ICPR, 2020). Tabela 3 przedstawia wybrane doniesienia badawcze z lat 2006–2020 obejmujące opisywaną wyżej problematykę.

Tabela.3. Zakończona badania na ludziach z użyciem psychodelików w latach 2006-2020.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie Carhart-Harris, R. L., Goodwin, G. M. (2017) oraz Davis, A. K. i in. (2021).

BADANIE	OBSZAR BADAŃ / WIELKOŚĆ PRÓBY	SUBSTANCJA	WYNIKI
Moreno i in. (2006)	Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, n=9	Psylocybina	Wszyscy pacjenci wykazali poprawę już 24 godziny po leczeniu
Grob i in. (2011)	Lęk i depresja u pacjentów terminalnych, n=12	Psylocybina	Zmniejszenie poczucia lęku przez co najmniej 3 miesiące oraz depresji przez co najmniej 6 miesięcy
Johnson i in. (2014)	Uzależnienie od palenia papierosów, n=15	Psylocybina	80% wskaźnik abstynencji pół roku po leczeniu
Gasser i in. (2014)	Lęk i depresja u pacjentów terminalnych, n=12	LSD	Zmniejszenie poczucia lęku utrzymujące się przez co najmniej 12 miesięcy
Bogenschutz i in. (2015)	Uzależnienie od alkoholu, n=10	Psylocybina	Zmniejszenie ilości zachowań związanych z piciem przez co najmniej 9 miesięcy
Osorio i in. (2015); Sanches i in. (2016)	Ciężkie zaburzenie depresyjne, n=6 + przedłużenie badania n=17	DMT	Znaczące zmniejszenie symptomów depresji utrzymujące się co najmniej 21 dni
Carhart-Harris i in. (2016a, b)	Ciężkie zaburzenie depresyjne, n=12 + przedłużenie badania n=20	Psylocybina	Znaczące zmniejszenie symptomów depresji utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy
Ross i in. (2016)	Lęk i depresja u pacjentów terminalnych, n=29	Psylocybina	Znaczący spadek lęku i depresji utrzymujący się co najmniej przez 6 miesięcy
Griffiths i in. (2016)	Lęk i depresja u pacjentów terminalnych, n=51	Psylocybina	Znaczący spadek lęku i depresji utrzymujący się co najmniej przez 6 miesięcy
Alan K. Davis i in. (2020)	Ciężkie zaburzenia depresyjne, n=24	Psylocybina	Znaczący spadek poziomu depresji co najmniej miesiąc po leczeniu

4. POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY PSYCHODELIKÓW

4.1 PSYCHODELIK - DEFINICJA

W latach 50-tych XX wieku substancje te nazwano psychozomimetykami, ponieważ uważano, że są one w stanie wywoływać stan podobny do psychozy. Następnie stosowano nazwę halucynogeny powołując się na to, że środki te wywołują nieistniejące wrażenia zmysłowe. Obecnie określeń tych używa się jednak coraz rzadziej podkreślając, że substancje te ani nie wywołują psychoz ani nie doprowadzają do doświadczania halucynacji (Stefaniuk, 2017).

Nazwa, która coraz częściej pojawia się w naukowych publikacjach to psychodeliki. Określenie to zostało po raz pierwszy użyte przez psychiatrę Humphreya Osmonda w 1956 podczas jego korespondencji z Aldousem Huxleyem (Miller, 2017). Pochodzi od greckich słów *psyche* i *delos*, które połączone oznaczają „objawiający duszę/umysł”. Oznacza to, że mogą one ukazywać niedostępne na co dzień treści umysłu oraz dawać bardzo głęboki wgląd w samego siebie. Grinspoon i Bakalar definiują psychodeliki jako substancje, które bez powodowania fizycznego uzależnienia, poważnych zaburzeń fizjologicznych, majaczenia, dezorientacji lub amnezji, mniej lub bardziej niezawodnie wytwarzają myśli, nastrój i zmiany percepcyjne rzadko doświadczane poza snami, uniesieniem kontemplacyjnym i religijnym. Wszystkie mają wpływ, oddziałując na mózgowo receptory serotoninowe, powodując podobny do marzeń sennych, halucynogeny stan zmienionej percepcji, emocji i poznania. Inne efekty empiryczne obejmują uczucia transcendencji (czasami opisywane jako wznoszenie się ponad lub wychodzenie poza własne „ja”) oraz poczucie silniejszego połączenia z innymi i ze światem (Grinspoon, Bakalar, 1979).

Najczęściej badanymi obecnie psychodelikami są:

- **Psylocybina** – występuje naturalnie w setkach gatunków grzybów psylocybinowych
- **Dietyloamid kwasu lizergowego** – syntetyczny lek, znacznie lepiej znany jako LSD lub „kwas”;
- **Ayahuasca** – najbardziej znana jako psychoaktywny „wywar”, stosowany najczęściej w rdzennych rytuałach duchowych w Amazonii
- **Meskalina** – kolejny naturalnie występujący halucynogen pochodzący z kaktusów peyotlowych.

Wszystkie z nich zaliczają się do tzw. klasycznych psychodelików i efekty terapeutyczne osiągnane za ich pomocą są podobne. Substancje te różnią się przede wszystkim od siebie czasem działania. Najwięcej badań prowadzi się z użyciem psylocybiny ponieważ jest najtańsza w pozyskaniu, ma stosunkowo krótki czas działania (od 4 do 8 godzin) oraz nie ma za sobą kontrowersyjnego bagażu kulturowego tak jak na przykład LSD w Stanach Zjednoczonych (Miller, 2017).

4.2 JAK DZIAŁAJĄ PSYCHODELIKI - POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY

Badania wskazują, że psychodeliki działają na wielu poziomach, począwszy od pojedynczych neuronów, a kończąc na połączeniach między różnymi ośrodkami mózgu (Carhart-Harris, 2019). Wiele zaburzeń nastroju, takich jak depresja, lęk, OCD jest powiązanych z degeneracją lub uszkodzeniem neuronów. Wpływa to negatywnie na ich zdolność do interakcji ze sobą poprzez uwalnianie neuroprzekazników, takich jak serotonina. Psychodeliki zdają się wzmacniać działanie tych ścieżek, zmieniając strukturę samych neuronów bądź też wpływając na połączenia między różnymi obszarami mózgu (Carhart-Harris, 2019).

Kilka niezależnych od siebie badań wykazało, że w mózgu ludzi, którzy zażyli psychodelik można zaobserwować zwiększoną ilość białek BDNF oraz wyższy poziom neurogenezy. BDNF to białko należące do rodziny czynników wzrostu komórek regulujących plastyczność dróg nerwowych. Odpowiada za różnicowanie, przetrwanie i wzrost neuronów w centralnym i obwodowym układzie nerwowym. Kolejne badania udowodniły, że psychodeliki wspomagają wzrost komórek nerwowych i neuroplastyczność. Skuteczne okazują się w tym przypadku zarówno duże dawki psychodeliku jak i mikrodawki, czyli dawki poniżej poziomu psychodelicznego (Hutten i in., 2020). Naukowcy zaobserwowali, że pod wpływem działania substancji psychodelicznej znacznie zmienia się aktywność półkul mózgowych. Podczas jednego z eksperymentów udało się udowodnić, że pod wpływem psylocybiny części mózgu, które zazwyczaj tego nie robią zaczynają się ze sobą komunikować. Powstała hipoteza jakoby dzięki zwiększającej się wtedy neuroplastyczności możliwe było łatwiejsze przebudowanie istniejących w mózgu sieci neuronalnych (Miller, 2017). Zaobserwowano również zmniejszenie przepływu krwi przez ciało migdałowate, które zaangażowane jest w przetwarzanie emocji. Zmniejszyła się również aktywność „sieci standardowej aktywności” (ang. default mode network), która wydaje się odgrywać kluczową rolę w poczuciu „ja”. Pod wpływem psychodeliku osoba doświadczająca „rozpadu ego” na jakiś czas przestaje

identyfikować się z obrazem siebie jako osoby uzależnionej czy cierpiącej na depresję (Carhart-Harriss i in., 2016). Kolejne badania potwierdziły, że pod wpływem DMT zwiększa się aktywność obszarów mózgu odpowiedzialnych za regulację nastroju (Osorio i in., 2015). Innym z wyjaśnień skuteczności psychodelików w leczeniu depresji i lęku jest to, że wywołują one bardzo intensywne emocjonalnie przeżycia szczytowe. Na przykład w jednym z badań (Uthaug i in., 2018) uczestnicy, którzy doświadczyli „rozpadu ego” zanotowali większą i dłuższą poprawę nastroju w porównaniu z innymi badanymi. Podobne wnioski udało się wyciągnąć w trakcie badania nad zastosowaniem użycia psychodelików przy leczeniu alkoholizmu (Bogenschutz i in., 2015) oraz uzależnienia od nikotyny (Garcia-Romeu i in. 2015). Skuteczność ta wynika z tego, że tak głębokie przeżycie przyczynia się do przerwania wyuczonych, sztywnych wzorców myślenia i zachowania, umożliwiając wprowadzenie zmian. Kolejnym wyjaśnieniem jest to, że psychodeliki umożliwiają pogłębione odczuwanie aktualnie doświadczanych emocji. Chociaż potocznie nazywane jest to „*bad tripem*” i wiąże się z chwilowym, dużym dyskomfortem emocjonalnym, to często skutkuje przepracowaniem i uwolnieniem wypartych emocji, a po czasie uważane jest za jedno z najważniejszych doświadczeń w życiu (Gashi, Sanders, Petersen, 2021). Badania jakościowe przeprowadzone na osobach korzystających z terapii wspomaganą psychodelikami, wskazują na dodatkowe elementy leczące. Osoby takie uważają, że sesje z psychodelikiem pozwalały im wejść głębiej w odczuwanie emocji, ucząc się je akceptować. Odbierali to jako inne podejście niż podczas standardowego leczenia, kiedy często odnosili wrażenie, że sprowadza się ono do tłumienia niechcianych objawów. Podobała im się również długość sesji oraz szybkość, z jaką pojawiały się pierwsze efekty. W większości podkreślali oni jednak, że duży wpływ na ostateczny efekt miały sesje przygotowujące ich do doświadczenia, a następnie integrujące całe doświadczenie (Breeksema, Niemeijer, Krediet, 2020). Badani często będąc wcześniej w standardowych terapiach porównywali je do psychoterapii wspomaganą psychodelikami. Jedną z najczęściej przytaczanych różnic było uzyskiwanie głębszych wglądów, przede wszystkim we własne ja, alternatywnie nazywanych poprawą samoświadomości lub samozrozumienia. Wpływało to na lepsze zrozumienie swoich zachowań wobec innych oraz w odniesieniu do relacji z przyjaciółmi, rodziną lub partnerami. Podczas sesji może dojść do doświadczenia samotranscendencji czyli doświadczenia jaźni, która jest większa niż znajoma tożsamość depresyjna. Może doprowadzić to do zmniejszenia utożsamiania się z depresyjną tożsamością, narracjami samokrytycznymi i ruminacjami. W terapii akceptacji i zaangażowania (która często wykorzystywana jest podczas terapii wspomaganą psychodelikami) nazywa się to doświadczeniem „ja jako kontekstu”, w którym „ja” jest postrzegane jako odrębne od myśli,

które pojawiają się w umyśle. Doświadczenie może również ujawnić obszary życia, które zostały zaniedbane, aspekty samoopieki, którą należy się zająć lub sposoby, jak można poprawić relacje międzyludzkie. (Swift i in., 2017). Chwilowa zmiana w odczuwaniu jaźni podczas sesji, odegrała ważną rolę w wielu badaniach. Nacisk na zmianę percepcji i perspektywy własnego ja był wymieniany zamiennie jako zwiększenie poczucia własnej skuteczności, zmniejszenie samokrytycyzmu, ułatwione przez osłabienie psychologicznych mechanizmów obronnych i zwiększenie samoświadomości. Ściśle powiązane były z tym doświadczenia większej miłości do siebie, troski o siebie, pewności siebie, samoakceptacji, samoświadomości, poczucia własnej wartości, samokontroli, współczucia dla siebie i wybaczenia sobie (Gasser i in., 2014). Oprócz dostępu do wcześniej niedostępnych emocji, niektórzy respondenci opisują również poprawę zdolności do przetwarzania nierozwiązanych uczuć. Uczestnicy regularnie wspominali, że sesje z psychodelikiem mogą być trudne lub bolesne. Te trudne emocjonalnie doświadczenia były często uważane za przydatne terapeutycznie, zwłaszcza gdy uczestnikom udało się przekształcić negatywne emocje w pozytywne, co często miało wpływ na trwałą zmianę. Ściśle powiązane było z tym terapeutyczne znaczenie katharsis emocjonalnego, czyli uwolnienia często bolesnych emocji lub wspomnień, połączone ze zdolnością uczestników do zaakceptowania i poddania się trudnym emocjom, których doświadczali (Breeksema i in., 2020). Uczestnicy zgłaszali również poprawę nastroju, oraz większy optymizm oraz wyraźne zmniejszenie poczucia lęku. W niektórych przypadkach obejmowało to zwiększoną pewność radzenia sobie z przyszłymi niepożądanymi sytuacjami. Na ogólnym poziomie, respondenci w tych badaniach opisują pozytywne i często trwałe zmiany jakości życia i dobrostanu, doświadczając zwiększonego poczucia spokoju i poczucia skuteczności w życiu codziennym. Respondenci wspominali również o zwiększonym poczuciu celowości lub sensu życia (Watts, Luoma, 2020). W jednym z badań uczestnicy zgłaszali, że są w stanie utrzymać to dobre samopoczucie nawet po nawrocie objawów. Te pozytywne zmiany w jakości życia znalazły odzwierciedlenie w pozytywnych zmianach dokonanych przez uczestników, takich jak ponowne zaangażowanie w poprzednio lubiane czynności, np. uprawianie sportu, zmiana nawyków żywieniowych, czytanie poezji i inne hobby. Zmiany w jakości życia wydawały się być związane ze zmienionymi priorytetami życiowymi lub większą jasnością wokół wartości (Breeksema i in., 2020).

4.3 BEZPIECZEŃSTWO SUBSTANCJI

Psychodeliki posiadają niską toksyczność fizjologiczną. Mogą umiarkowanie zwiększać puls, skurczowe jak i rozkurczowe ciśnienie krwi oraz doprowadzić do rozszerzenia źrenic, jednak nie wykazano aby efekty te były niebezpieczne dla osoby będącej pod ich wpływem. Badania przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że substancje te, nawet przy długotrwałym stosowaniu nie wywołują potrzeby kompulsywnego poszukiwania narkotyku. W ich przypadku nie występuje również zespół odstawienny (Johnson, Richards, Griffiths, 2008). Do tej pory brak dowodów na to, aby psychodeliki długoterminowo miały negatywny wpływ na psychikę. W artykule opublikowanym w 2015 roku przez zespół naukowców z Johns Hopkins University of Alabama, przeanalizowano dane zebrane od ponad 191.382 osób w latach 2008-2012 podczas corocznego National Survey on Drug Use and Health. Ponad 13 procent ankietowanych (27 235 osób) stosowało w pewnym momencie swojego życia „klasyczne psychodeliki” (które badacze zdefiniowali jako DMT, LSD, meskalina, lub psylocybina). Respondenci, którzy stosowali klasyczny psychodelik, byli o 19 procent mniej narażeni na stres psychiczny, o 14 procent mniej skłonni do myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku, o 29 procent mniej narażeni na plany samobójcze oraz 36 procent mniej prawdopodobne było u nich, że próbowali popełnić samobójstwo w ciągu ostatniego roku niż respondenci, którzy nigdy nie stosowali psychodelików (Hendricks, Thorne, Clark, Coombs, 2015). W tym samym roku Johansen i Krebs opublikowali artykuł, w którym przyjrzeni się odpowiedziom na tę samą ankietę z nieco innego okresu. Spośród 135 000 przebadanych dorosłych Amerykanów, 19 299 stosowało LSD, psylocybinę, meskalinę lub pejotl. Respondenci, którzy stosowali psychodeliki, nie mieli większego prawdopodobieństwa doświadczenia poważnego stresu psychicznego, myśli lub zachowań samobójczych, niepokoju ani depresji. Dodatkowo ludzie, którzy stosowali psychodeliki, mieli mniejsze prawdopodobieństwo, skorzystania z leczenia psychiatrycznego niż osoby nigdy nie stosujące psychodelików (Krebs, Johansen, 2013). Kolejny artykuł z 2010 roku autorstwa Ericha Studerusa, Franza Vollenweidera i współpracowników przeanalizował dane z ośmiu podwójnie ślepych, kontrolowanych placebo badań psylocybinowych przeprowadzonych w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Badacze przyjrzeni się 110 badanym, którzy przeszli łącznie 227 sesji psylocybinowych. Żaden z badanych nie miał przedłużonych reakcji psychotycznych oraz nie zauważono u nich żadnych innych długotrwałych negatywnych zmian psychicznych (Studerus, Kometer, Hasler, Vollenweider, 2010). Najczęstszą niepożądaną reakcją na psychodeliki jest „bad trip”, który może obejmować uczucia strachu, niepokoju, dysforii i/lub

paranoi. Kończy się on jednak wraz z ustaniem działania substancji. Chociaż jest to doświadczenie określane jako nieprzyjemne, zdecydowana większość badanych uznaje je jako jedno z najtrudniejszych, ale również najważniejszych wydarzeń w swoim życiu (Carhart-Harris i in., 2016).

Wśród osób cierpiących na ciężkie zaburzenia depresyjne aż 30% jest odporna na jakąkolwiek obecnie powszechnie stosowaną formę terapii. Najnowsze badania pokazują jednak, że leki przeciwdepresyjne to nie jedyny sposób przywracania równowagi w mózgu. W przypadku osób, u których żaden z leków nie daje zadowalających rezultatów zaskakująco skuteczne okazują się wysokie dawki psylocybiny jak i innych substancji, które zawarte są w tzw. „klasycznych psychodelikach”. Naukowcy pracujący m.in. w badaniu przeprowadzonym w Imperial College of London (Roseman, Nutt, Carhart-Harris, 2018) wykazali, że terapia psychodeliczna jest skuteczna, kiedy inne formy leczenia zawiodą. Właśnie wyniki badań nad skutecznością psylocybiny w leczeniu depresji doprowadziły do tego, że FDA przyznał im status „terapii przełomowej”, co ma za zadanie przyspieszyć procedurę wprowadzania tej substancji na rynek (Pollan, 2021). Podsumowując, dotychczas żadne z badań nie wykazało, aby psychodeliki były zagrożeniem dla zażywających je ludzi, ani pod względem psychologicznym, ani fizjologicznym. Wygląda na to, że stosowane w bezpiecznym i kontrolowanym środowisku nie wywołują żadnych długotrwałych reakcji niepożądanych.

4.4 POWODY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHODELICZNYCH

Na przestrzeni ostatnich kilku lat liczba osób zażywających psychodeliki cały czas wzrasta. Według najnowszego raportu Global Drug Survey z 2020 roku przyczyny tego trendu prezentują się następująco. Ponad połowa ankietowanych przyznających się do zażywania LSD (52%) bierze je w celu poprawy swojego dobrostanu psychicznego, najczęściej poprzez przepracowanie jakichś emocji (32%). Co siódma osoba biorąca, robi to w celu leczenia zdiagnozowanego zaburzenia psychicznego. Praktycznie identycznie rozkłada się to w przypadku użytkowników grzybów psylocybinowych. Zdecydowanie najczęściej wśród powodów zażywania psychodelików pojawia się depresja oraz lęk. Te dwie dolegliwości odpowiadały za ponad połowę przypadków. Pomimo oczywistego ryzyka konsekwencji prawnych, ponad 800 osób udzielających odpowiedzi przeszła doświadczenie psychodeliczne będąc pod opieką osoby trzeciej w celu przepracowania swoich problemów psychicznych. Również tutaj najczęściej adresowanym problemem była depresja oraz lęk. Najczęściej towarzyszem takiej podróży był partner lub przyjaciel, jednak zaraz po nich wskazywany był

szaman bądź terapeuta. Doświadczenie to odbywane było najczęściej w domu oraz w gabinetach bądź domach terapeutów. Podziemne terapie z użyciem psychodelików są często prowadzone równie profesjonalnie jak te legalne. W ponad 70% przypadków osoba chcąc wziąć udział w takim spotkaniu była przepytwana o przebyte choroby, leki, jakie bierze oraz inne dotychczasowe leczenie. W ponad połowie przypadków odbywała się dodatkowa przygotowująca do doświadczenia sesja. Po doświadczeniu organizowane było również spotkanie integrujące, pozwalające zaimplementować swoje przeżycia do codziennego życia. Jeśli chodzi o efekty tych spotkań to 86% ankietowanych uznało je za co najmniej pomocne, 8% badanych nie zauważyło wpływu, zaś jedynie 1% zauważył pogorszenie swojego stanu. Dodatkowo 80% badanych poleciłoby przeżycie takiego doświadczenia innym (Winstock i in., 2020).

4.5 JAK WYGLĄDA TERAPIA WSPOMAGANA PSYCHODELIKAMI

Obecnie równocześnie prowadzonych jest szereg różnych badań z użyciem psychodelików w kontekście terapeutycznym. Pomimo że prowadzą je różne ośrodki badawcze w różnych krajach powoli zaczyna wyłaniać się pewien paradygmat tego, jak taki proces terapeutyczny powinien wyglądać. Termin „psychoterapia wspomagana psychodelikami” odnosi się do szczególnego sposobu stosowania substancji psychodelicznej, w ściśle określonych momentach procesu terapeutycznego, aby ułatwić i przyspieszyć proces leczenia. W terapii tego typu psychodelik jedynie wspomaga cały proces terapeutyczny. Przyjęcie substancji nie jest celem samym w sobie. Proces rozpoczyna się na wiele tygodni przed przyjęciem pierwszej dawki oraz trwa po przyjęciu ostatniej. Obecnie stosowana terapia wspomagana psychodelikami składa się z trzech części: przygotowania do sesji, podczas której podawana będzie substancja, wsparcia podczas doświadczenia psychodelicznego oraz integracji (Pollan, 2021). Przykładowy schemat przebiegu całego procesu terapeutycznego przedstawia Tabela nr 4.

Tabela.4. Proces psychoterapii wspomaganiej psychodelikami, przykładowy schemat.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie Guss, J., Krause, R., & Slosower, J. (2020).

RODZAJ SESJI	CZAS TRWANIA	PRZEBIEG SESJI
SESJA PRZYGOTOWUJĄCA I PSYCHOEDUKACJA NR 1	2 GODZ.	Terapeuta dąży do nawiązania sojuszu terapeutycznego poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • Słuchanie narracji uczestnika o depresji i historii leczenia • Psychoedukację dotyczącą doznania psylocybinowego, ustalenie granic terapeutycznych (np. dotyk) i omówienie środków bezpieczeństwa; technik uspokajających, w tym technik oddechowych • Pomoc uczestnikowi w ustaleniu intencji przed pierwszą sesją dawkowania
SESJA Z UŻYCIEM PSYCHODELIKU NR 1	OD 6 DO 8 GODZ.	Terapeuta poprzez swoją obecność wspiera i dba o bezpieczeństwo badanego <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta obserwuje reakcje badanego na doświadczanie trudnych emocji, jednak stara się nie wchodzić z nim w interakcje W razie wyraźnej prośby działanie substancji może zostać przerwane poprzez użycie środków farmakologicznych
SESJA INTEGRUJĄCA DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE NR 1	OD 1 DO 2 GODZ.	Badany ma okazję do opowiedzenia całego swojego doświadczenia z dnia poprzedniego. Razem z terapeutą starają się znaleźć nowe pozytywne wzorce myślenia i zachowania.
SESJA INTEGRUJĄCA DOŚWIADCZENIE NR 2	OD 1 DO 2 GODZ.	Terapeuta i uczestnik kontynuują pracę z poprzedniej sesji. Badany dzieli się zmianami, jakie u niego zaszły po pierwszej sesji dawkowania. Razem z terapeutą starają się znaleźć nowe pozytywne wzorce myślenia i zachowania.
SESJA PRZYGOTOWUJĄCA I PSYCHOEDUKACJA NR 2	2 GODZ.	Psychoedukacja dotycząca tego jakie procesy poznawcze i zachowania przyczyniają się do powstawania i podtrzymywania depresji. Terapeuta również wyjaśnia jak badany może pokierować swoim zachowaniem podczas

		<p>kolejnej sesji dawkowania tak aby osiągnąć jeszcze głębszy wgląd.</p> <p>Odbywa się również praktyka uważności, podczas której badany uczy się jak być bardziej świadomy chwili obecnej, również podczas doświadczenia psychodelicznego. Pomoc uczestnikowi w ustaleniu intencji przed drugą sesją dawkowania.</p>
<p>SESJA Z UŻYCIEM PSYCHODELIKU NR 2</p>	<p>OD 6 DO 8 GODZIN</p>	<p>Tak samo jak sesja lekowa nr 1</p>
<p>SESJA INTEGRUJĄCA DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE NR 3</p>	<p>OD 1 DO 2 GODZIN</p>	<p>Podobnie jak w sesji integrującej nr 1, dodatkowo badany razem z terapeutą starają się znaleźć punkty wspólne pomiędzy sesjami psychodelicznymi.</p>
<p>SESJA INTEGRUJĄCA DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE NR 4</p>	<p>OD 1 DO 2 GODZIN</p>	<p>Za pomocą technik terapeutyczny terapeuta i badany starają się zastanowić nad tym, jakie wartości w swoim życiu chciałby badany realizować. Określa się również plan działania na kolejne tygodnie</p>
<p>SESJA PODTRZYMUJĄCA NR 1</p>	<p>ZALEŻNIE OD POTRZEB □ 2 TYG. PO SESJI Z UŻYCIEM PSYCHODELIKU NR 2</p>	<p>Terapeuta kontynuuje odkrywanie i wzmacnianie;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wglądów zdobytych podczas doznania psylocybinowego • W jaki sposób sesje dawkowania i terapii wpłynęły na objawy depresji badanego? • Podsumowanie udanych prób zmiany zachowania i wzorców myślowych • Ponownie odbywa się praktyka uważności. <p>Terapeuta przygotowuje badanego do zakończenia terapii</p>
<p>SESJA PODTRZYMUJĄCA NR 2</p>	<p>ZALEŻNIE OD POTRZEB - 4 TYG. PO SESJI Z UŻYCIEM PSYCHODELIKU NR 2</p>	<p>Tak samo jak w sesji podtrzymującej nr 1. Zakończenie terapii.</p>

Sesje przygotowawcze mają na celu przede wszystkim zapoznanie się z historią leczenia potencjalnego pacjenta. Obecnie z badań wyklucza się osoby cierpiące na schizofrenię, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, borderline lub doświadczające w ostatnim czasie epizodów psychotycznych. Ponadto występujące w bliskiej przeszłości myśli samobójcze również mogą uniemożliwić udział w badaniu. Jeśli dana osoba pomyślnie przejdzie badania przesiewowe, rozpoczyna się właściwa część terapii. Psychoterapeuta buduje więź z pacjentem już od samego początku, dlatego zajmuje się on również psychoedukacją, nie tylko w kontekście podejścia terapeutycznego, ale również w kontekście przyszłego doświadczenia psychodelicznego. Wyjaśniana jest również cała logistyka, w tym jak długo cały proces będzie trwał, gdzie będzie się odbywał, pod czyją opieką oraz określone są dopuszczalne granice interakcji między uczestnikiem a terapeutą. Podczas sesji z psychodelikiem, terapeuta stara się przyjmować przez cały proces wspierającą, niedyrektywną postawę. Zachęca się pacjenta, aby skupił się na swoich przeżyciach wewnętrznych oraz angażował się w trudne myśli, doznania lub wspomnienia, które się pojawiają. Uczestnicy są zachęceni do poddania się swojemu doświadczeniu podczas sesji narkotykowych lub do „zaufania, odpuśczenia i bycia otwartym” (W.A. Richards, 2015). Faza integracji zwykle rozpoczyna się następnego dnia po sesji dawkowania. Podczas tego typu sesji pacjent dzieli się swoimi przeżyciami z dnia poprzedniego, a terapeuta za pomocą technik terapeutycznych stara się wzmocnić nowe pożądane wzorce myślenia i zachowania. Innymi słowy, integracja kontynuuje proces terapeutyczny, który rozpoczął się już podczas sesji przygotowawczych oraz osiągnął swój punkt kulminacyjny podczas doznania psychodelicznego. Udowodniono, że subiektywne efekty podania psychodeliku mogą znacząco różnić się od siebie. Wpływ mają na to różne czynniki psychologiczne i środowiskowe określane jako „set and setting”. (Leary, Metzner i Alpert, 1995). „Set” to inaczej nastawienie i intencja osoby przystępującej do doświadczenia. Obejmuje również jej przekonania, nadzieje, lęki, traumy, osobowość i temperament, ale również oczekiwania i fantazje na temat doświadczenia psychodelicznego oraz samych terapeutów. „Setting” odnosi się do fizycznej przestrzeni, środowiska i kontekstu, w którym doświadcza się efektów działania substancji. Duży wpływ na doświadczenie ma obecność terapeutów, co do których pacjent ma zaufanie oraz rodzaj muzyki użytej podczas sesji. Muzyka w każdej sesji jest świadomie dobrana tak, aby towarzyszyć konkretnej części psychodelicznej podróży. Większość muzyki jest instrumentalna lub chóralna z tekstem innym niż angielski po to, aby tekst piosenki nie wpływał na przebieg doświadczenia. Sesje integracyjne wykorzystywane są jako sposób zarówno nadawania sensu, jak i znaczenia przeżytemu doświadczeniu. Pomijając etap, gdzie badany dzieli się swoimi przeżyciami z dnia

dawkowania, sesja taka przypomina standardową sesję psychoterapeutyczną. Podczas obecnych badań nie udało się do tej pory wykazać, czy któryś z nurtów terapeutycznych jest bardziej odpowiedni do integracji doświadczeń psychodelicznych. Najczęściej jednak stosowanymi podejściami są poznawczo-behawioralne (z dużym naciskiem na ACT i MBCT), psychodynamiczne oraz IFS (Watts, Luoma, 2020). Obecnym standardem w klinicznych badaniach psychodelicznych jest stworzenie komfortowego, intymnego i zapewniającego dużą prywatność środowiska, w którym uczestnicy mogą łatwo zrelaksować się i poddać działaniu substancji (Sessa, 2019). Pomieszczenie, w którym odbywa się sesja z psychodelikiem nie przypomina pomieszczenia szpitalnego, a bardziej pokój w mieszkaniu. Pomieszczenie takie dekoruje się dużą ilością obrazów, roślin oraz elementami umeblowania takimi jak wygodne fotele czy sofa (Johnson i in. 2008). Aby umożliwić uczestnikowi osiągnięcie jak najlepszych efektów zachęca się go aby ograniczył, tak jak to możliwe, ekspozycje, na rozpraszające bodźce zewnętrzne. Optymalnym scenariuszem jest, aby badany w czasie trwania sesji założył słuchawki z przygotowaną muzyką, położył się na kanapie i przez większość czasu skupił się na swoich myślach i emocjach. Podczas sesji uczestnicy są zachęceni do poddania się swojemu doświadczeniu, zaufania sobie, odpuszczenia i bycia otwartym na to co się w nich pojawi (W.A. Richards, 2015). Ma to wpłynąć na zmianę postrzegania siebie w celu doświadczenia jedności, lub w skrajnym przypadku, rozpadu ego. W międzyczasie terapeuci starają się ograniczyć kontakt z pacjentem do minimum. Tego typu sesja trwa od sześciu do ośmiu godzin. W momencie, kiedy zespół terapeutów upewni się, że działanie substancji minęło, a badany czuje się na siłach, jest wypisywany do domu w towarzystwie członka rodziny bądź innej osoby wspierającej (MacLean, Leoutsakos, Johnson i Griffiths, 2012).

4.6 PODZIEMNE TERAPIE PSYCHODELICZNE

Obecnie dostęp do badań klinicznych w omawianym zakresie jest bardzo ograniczony. Dlatego wraz ze wzrostem zainteresowania terapią wspomaganą psychodelikami osoby chcące przeżyć doświadczenie psychodeliczne zmuszone zostały do skorzystania z szeregu alternatyw, które oferuje im „czarny rynek”. Szacuje się, że 15% osób w Stanach Zjednoczonych (USA) stosowało w swoim życiu środek halucynogeny. Chociaż w większości przypadków zażywane były one w celach rekreacyjnych, istnieje coraz większa tendencja do zażywania tych środków w celu duchowego oświecenia, zwiększenia samoświadomości czy poprawy zdrowia psychicznego. (Dorsen, Palamar, Shedlin, 2019) Obecnie w Polsce nie prowadzi się żadnych badań z użyciem psychodelików na ludziach. Na

terenie Polski nie ma również żadnej placówki świadczącej oficjalnie terapię wspomaganą psychodelikami. Z powodu obecnie panującej sytuacji prawnej większość osób chcących przeżyć doświadczenie psychodeliczne w kontekście terapeutycznym zmuszona jest korzystać z metod uznawanych w większości krajów za nielegalne. W dalszej części pracy postaram się przybliżyć, jakie alternatywy oferowane są dla ludzi zainteresowanych tego typu doświadczeniem. Jest to ważne z tego względu, że zdecydowana większość osób z opisanej dalej grupy badawczej, która przeżyła doświadczenie psychodeliczne, zrobiła to za pomocą któregoś z niżej opisanych sposobów. Oprócz opisu zwrócę również uwagę na zagrożenia, jakie się z nimi wiążą.

4.6.1 DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE ORGANIZOWANE WE WŁASNYM ZAKRESIE

Według ankiety (Winstock i in., 2020) najbardziej powszechnym sposobem o jakim wspominają badani jest zdobycie substancji na czarnym rynku, po czym przyjęcie jej w samotności w miejscu zamieszkania. Nie znając profesjonalistów zajmujących się terapią psychodeliczną, zmuszeni są oni szukać informacji o działaniu psychodelików w ogólnodostępnych źródłach. W Internecie istnieje wiele poradników opisujących jak samodzielnie przygotować się do doświadczenia psychodelicznego. Zazwyczaj w celu osiągnięcia jak najgłębszych wglądów zaleca się przyjęcie substancji w swoim pokoju, przy włączonej muzyce, a następnie poddaniu się działaniu doświadczenia. Duży nacisk kładzie się na określenie intencji przed dniem dawkowania. W razie wystąpienia „bad tripa” zaleca się skupienie na oddechu bądź wrażeniach płynących z ciała. Kolejny dzień powinien zostać poświęcony na integrację doświadczenia psychodelicznego. Podstawową metodą integracji, którą może zastosować każdy jest spisanie tzw. „trip raportu”, czyli usystematyzowanie i przelanie na papier przebiegu całego doświadczenia. Polecane jest również spisanie swoich wniosków i przemyśleń, a następnie zaplanowanie działań, które można wdrożyć do codziennego życia, które pomogą utrwalić pozytywne zmiany wywołane sesją psychodeliczną (Jarret, 2020).

Istnieje wiele potencjalnych niebezpieczeństw, z którymi musi liczyć się osoba przyjmująca substancję w ten sposób. Po pierwsze naraża się ona na problemy prawne. Posiadanie nawet niewielkiej ilości psychodelików jest w Polsce zagrożone karą bezwzględnego pozbawienia wolności. Po drugie kupując psychodelik na czarnym rynku nie da się określić jego jakości. O ile „klasyczne psychodeliki”, jak zostało udowodnione, są

fizjologicznie nieszkodliwe (Nichols, 2016), o tyle na czarnym rynku pod postacią „LSD” sprzedawane są toksyczne zamienniki takie jak na przykład substancje z grupy NBOME czyli swego czasu legalne aczkolwiek toksyczne związki działające podobnie do LSD. Na pierwszy rzut oka nie da się ich odróżnić od LSD, co skutkowało przypadkami przedawkowania oraz śmierci (Zawilska, Kacela, Adamowicz, 2019). Kolejnym zagrożeniem jest nieprzewidywalny przebieg doświadczenia psychodelicznego. Wykazano, że obecność terapeuty podczas sesji pozytywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa, a także na jakość doświadczenia psychodelicznego. Terapeuta jest w stanie zminimalizować negatywne efekty „bad tripa”, a także nakierować pacjenta w taki sposób, aby mógł on wyciągnąć z doświadczenia jak najwięcej. Dbą również o jego fizyczne bezpieczeństwo, dzięki czemu może on skupić całą uwagę na swoich przeżyciach wewnętrznych. Brak osoby, do której można zwrócić się o pomoc w trakcie doświadczenia może doprowadzić do większego poczucia lęku (Studerus i in., 2011). Zwiększone poczucie lęku może dodatkowo wynikać z faktu angażowania się w nielegalną działalność. Warto zwrócić uwagę również na to, że osoba, która sama organizuje sobie doświadczenie nie analizuje kompleksowo prześwietlenia swojej historii leczenia, co robi się podczas badań, a czego celem jest wykluczenie osób, u których zażycie psychodeliku mogłoby mieć ewentualne długotrwałe i negatywne konsekwencje. Podsumowując, jest to potencjalnie najbardziej niebezpieczna i szacunkowo najmniej efektywna pod względem terapeutycznym metoda z wszystkich tutaj wymienionych. Jednocześnie jest to również najpopularniejszy z wymienionych tu sposobów, z kilku powodów. Po pierwsze jest najtańszy. Nie wymaga ponoszenia kosztów transportu, noclegu ani opieki przez osoby trzecie. Po drugie, substancję można przyjąć dowolnego dnia o dowolnej porze, więc osoba taka może odbyć takie doświadczenie w dogodnym dla niej terminie. Po trzecie, z powodu sytuacji prawnej większość ludzi nie zna nikogo kto mógłby ich pokierować do miejsc bądź osób zajmujących się podziemną terapią psychodeliczną.

4.6.2 DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE Z PRZEWODNIKIEM / PODZIEMNYM TERAPEUTĄ

Podczas zdecydowanej większości obecnie prowadzonych badań nad używaniem psychodelików w kontekście terapeutycznym, w trakcie doświadczenia psychodelicznego badanemu towarzyszy co najmniej jedna osoba, zazwyczaj terapeuta. Według relacji uczestników biorących udział w takich sesjach, samo poczucie bezpieczeństwa, które dawała im świadomość tego, że ktoś nad nimi czuwa była wystarczająca do tego, aby mogli w całości

skoncentrować się na swoich przeżyciach wewnętrznych (Studerus i in., 2011). Osoba mieszkająca w kraju takim jak Polska (gdzie substancje psychodeliczne są nielegalne), chcąc odbyć sesję psychodeliczną w towarzystwie osoby zajmującej się tym profesjonalnie może skorzystać z oferty „przewodników”, którzy udzielają swojego wsparcia podczas całego procesu.

James Fadiman, który prowadził terapię psychodeliczną jeszcze w latach 60-tych, kontynuował swoją działalność kiedy psychodeliki „zeszły do podziemia”. Proponuje on, aby cały proces rozłożyć na co najmniej 3 dni. Pierwszego dnia osoba mająca zamiar przyjąć substancję psychodeliczną spotyka się z przewodnikiem, aby omówić cały proces. Przewodnik przeprowadza wstępny wywiad, tłumaczy jak działa psychodelik oraz czego można się po nim spodziewać. Uczestnik informowany jest jak powinien zachowywać się podczas samej sesji oraz ewentualnego wystąpienia tzw. „bad tripa”. Ustalane są również wzajemne granice jak np. granice dotyku. Następnie pomaga on klientowi ustalić jego intencje. Fadiman zaleca, aby resztę dnia poświęcić na wyciszenie. Tego dnia zdecydowanie zaleca się odłożenie wszelkich używek, spożywanie lekkostrawnych posiłków, oraz wcześniejsze położenie się spać. Dobry stan fizyczny pozytywnie wpływa na samopoczucie, co ma pozwolić osiągnąć lepszej jakości doświadczenie. Kolejny dzień, czyli dzień dawkowania, zaczyna się od zjedzenia lekkiego posiłku. Następnie osoba przyjmuje substancję i podobnie jak w trakcie badań klinicznych zakłada słuchawki z wcześniej przygotowaną muzyką, po czym kładzie się na sofie. Podczas sesji przewodnik stara się nie wchodzić w interakcję bez potrzeby, pozwalając skupić się uczestnikowi na doświadczeniu. Po ustaniu działania substancji, zależnie od tego gdzie odbywało się spotkanie, uczestnik albo zostaje na noc, albo wraca do domu. Ostatni, trzeci dzień polega na integracji doświadczenia psychodelicznego. Uczestnik opisuje przewodnikowi przebyte doświadczenie, a następnie wspólnie starają się znaleźć sposób na wprowadzenie nowych pozytywnych wzorców myślenia czy zachowania do codziennego życia (Fadiman, Lorenc, 2019). Ta metoda jest o wiele bardziej zbliżona do metodologii tradycyjnych badań w porównaniu do samodzielnego przyjęcia substancji. Uczestnik, będąc pod opieką osoby doświadczonej może czuć się pewniej, co wpływa na obniżenie poziomu lęku. Zazwyczaj przewodnicy, świadcząc taką usługę oferują również samą substancję, dzięki czemu uczestnik nie musi kupować jej na czarnym rynku. Największym zagrożeniem w tym przypadku jest to, że często przewodnicy nie mają formalnego wykształcenia medycznego ani psychologicznego. Są to przeważnie osoby na co dzień zajmujące się medycyną alternatywną bądź też wykonujący zawód zupełnie niezwiązany ze zdrowiem psychicznym. Mając jednak duże doświadczenie w

zażywaniu psychodelików oferują usługi tzw „tripsittingu”, czyli towarzyszenia danej osobie podczas całego procesu psychodelicznego (Pollan, 2021). Właśnie z powodu braku formalnego wykształcenia istnieje ryzyko, że przewodnik nie będzie w stanie przeprowadzić odpowiedniego wywiadu, aby wykluczyć osoby dla których doświadczenie psychodeliczne może skutkować negatywnymi konsekwencjami. Przewodnicy nie biorą również odpowiedzialności za to, co dzieje się z taką osobą po sesji. Istnieją relacje osób, które po negatywnym doświadczeniu psychodelicznym nie otrzymały dalszej pomocy od przewodnika, poza podstawową sesją integracyjną. W przypadku nieodpowiedniej bądź źle przeprowadzonej integracji, poziom lęku i depresji może utrzymywać się nawet na wyższym poziomie niż przed samym procesem (Grof, 2000).

4.6.3 RYTUALNE CEREMONIE

W ostatnich latach coraz popularniejsze stało się spożywanie substancji o nazwie ayahuasca (kombinacji roślin z dorzecza Amazonki, która zawiera silny halucynogen DMT), meskaliny oraz ibogainy podczas rytualnych ceremonii w niektórych krajach Ameryki Środkowej i Południowej. Organizacją takich ceremonii zajmują się ośrodki ulokowane w dżungli, na terenach zamieszkałych przez miejscową ludność. Rośliny te przez tubylcze ludy były stosowane od tysięcy lat, dlatego też w tych rejonach używanie ich nie jest zakazane. Ceremonie prowadzone są przez lokalnych szamanów, a cały proces może trwać nawet kilka tygodni. Wielu szamanów sugeruje, aby na kilka tygodni przed samym doświadczeniem przejść na dietę wegetariańską oraz odstawić wszelkie używki w celu uwolnienia organizmu od toksyn. Organizm poddany takiej kuracji ma lepiej znieść działanie substancji (Dorsen, Palamar, Shedlin, 2019). Po przyjeździe do danego ośrodka, pierwsze kilka dni uczestnik poświęca na aklimatyzację, określenie intencji oraz integrację z grupą. Ceremonie ayahuasca ze względu na rytualne tradycje, jakie za nimi stoją, w większości przypadków mają charakter grupowy. Po przygotowaniu i pobłogosławieniu przestrzeni przez szamana prowadzącego ceremonię, uczestnikom podaje się napar, czasami podzielony na kilka dawek. Po spożyciu ayahuaski większość ludzi zaczyna odczuwać jej skutki w ciągu 20-60 minut. Efekty są zależne od dawki, a podróż może trwać od 2 do 6 godzin. Ci, którzy biorą ayahuaskę mogą doświadczać objawów takich jak wymioty, biegunka, uczucie euforii, silne halucynacje wzrokowe i słuchowe, silne poczucie samoświadomości, strach i paranoję. Sama ceremonia odbywa się zwykle w nocy i trwa do momentu, gdy efekty wywołane przyjęciem substancji miną. Należy zauważyć, że niektóre działania niepożądane, takie jak wymioty i biegunka, są uważane za

normalną część doświadczenia oczyszczającego. Podczas podróży uczestnicy są zachęceni do odkrywania między innymi przeszłej traumy i jej wpływu na bieżące funkcjonowanie indywidualne i relacyjne. Udział w tego typu ceremoniach jest szczególnie popularny wśród ludzi cierpiących na wszelkiego rodzaju uzależnienia oraz zmagających się z PTSD (Barbosa, Giglio, Dalgalarondo, 2005). Podczas całego doświadczenia szaman oferuje uczestnikom duchowe przewodnictwo oraz monitoruje przebieg ceremonii pod kątem bezpieczeństwa. Niektóre ośrodki mają również na miejscu personel medyczny gotowy interweniować w nagłych przypadkach. Zazwyczaj ceremonie trwają kilka nocy z rzędu. Jest to możliwe ze względu na to, że DMT nie wywołuje długotrwałej tolerancji w organizmie (Richards, 2015). Kiedy ceremonie dobiegną końca uczestnik poświęca kolejne kilka dni na integrację doświadczenia psychodelicznego. W przypadku grupowych ceremonii ważną metodą integracji jest podzielenie się swoimi doświadczeniami z innymi uczestnikami (tzw. sharing). Coraz więcej ośrodków zatrudnia również psychologa bądź psychoterapeutę, który pomaga zintegrować doświadczenie psychodeliczne (Barbosa, Giglio, Dalgalarondo, 2005).

Wzrost popularności ceremonii wynika z bardzo dużej liczby pozytywnych opinii i doniesień co do efektów, jakie to ze sobą niesie. Badania (Osório i in., 2015) wykazały, że przyjmowanie ayahuaski może zwiększyć zdolność mózgu do uważności i poprawić ogólne samopoczucie psychiczne. Jedno z nich z udziałem 20 osób wykazało, że spożywanie ayahuaski raz w tygodniu przez 4 tygodnie było tak samo skuteczne, jak 8-tygodniowy program uważności, którego celem było zwiększanie akceptacji – elementu, który odgrywa fundamentalną rolę w zdrowiu psychicznym. Autorzy innego badania (Uthaug i in., 2018) uzyskali podobne wyniki wykazując, że ayahuasca może poprawić uważność, nastrój i regulację emocji. Wykazało ono, że objawy depresji i stresu znacznie spadły natychmiast po tym, jak uczestnicy spożyli ayahuascę. Efekty te były nadal widoczne 4 tygodnie później. Ponadto przegląd badań (Santos, Bouso, Hallak, 2017) wykazał, że ayahuasca wykazywała korzystne działanie w leczeniu depresji, lęków, zaburzeń nastroju i uzależnienia od narkotyków.

Pomimo wielu obiecujących wyników badań, spożywanie tego psychodelicznego naparu może prowadzić do poważnych skutków ubocznych. Ayahuasca może niebezpiecznie wchodzić w interakcje z wieloma lekami, w tym antydepresantami, lekami stosowanymi do kontrolowania choroby Parkinsona, lekami na kaszel, lekami na odchudzanie oraz innymi. Osoby z historią zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia czy choroba afektywna

dwubiegunowa, powinny unikać ayahuaski, ponieważ jej przyjmowanie może pogorszyć ich objawy psychiczne i spowodować długotrwały epizod psychotyczny bądź wystąpienie manii. Ponadto przyjmowanie ayahuaski może zwiększyć tętno i ciśnienie krwi, co może powodować niebezpieczne skutki uboczne w przypadku osób cierpiących na choroby serca (Miller, 2017). Oprócz tych niebezpieczeństw udział w ceremonii oznacza w praktyce oddanie swojego życia w ręce szamanów, ponieważ są oni odpowiedzialni za składniki dodawane do naparu, a także ustalanie właściwego dawkowania i monitorowanie przebiegu sesji pod kątem potencjalnie zagrażających życiu skutków ubocznych. Istnieją doniesienia o ceremoniach organizowanych przez osoby nieprzeszkolone, które nie są dobrze zorientowane w przygotowywaniu, dawkowaniu lub skutkach ubocznych ayahuaski, co naraża uczestników na niebezpieczeństwo. Będąc w obcym kraju w środku dżungli, uczestnicy są niemal całkowicie zależni od osób prowadzących takie ośrodki. Istnieją doniesienia o seksualnym wykorzystywaniu kobiet przyjeżdżających na ceremonię. Co więcej, chociaż pojawiły się obiecujące odkrycia związane z korzyściami zdrowotnymi ayahuaski, efekty te były głównie związane z badaniami klinicznymi, w których przygotowywanie i dawkowanie mikstury było dokładnie kontrolowane (Dorsen, Palamar, Shedlin, 2019).

4.6.4 LEGALNE TERAPIE W HOLANDII

Psylocybina jest substancją kontrolowaną w Holandii, więc posiadanie i sprzedaż jakichkolwiek gatunków grzybów zawierających psylocybinę jest zabronione. Jednak zakaz ten nie obejmuje trufli, gdyż oficjalnie nie są one klasyfikowane jako grzyby. Ta luka prawna umożliwia rozprzestrzenianie się ośrodków oferujących możliwość przeżycia doświadczenia psychodelicznego pod okiem profesjonalistów. Cały proces począwszy od zgłoszenia się chętnego uczestnika, poprzez samą sesję dawkowania, a kończąc na integracji jest bardzo zbliżony do tego co można zaobserwować podczas oficjalnych badań klinicznych. Przed przyjazdem na miejsce każdy uczestnik przechodzi obszerny proces przesiewowy. Obejmuje on kwestionariusze i wywiad, w celu sprawdzenia historii leczenia oraz chorób występujących w najbliższej rodzinie. Określa się również gotowość psychologiczną uczestnika do odbycia doświadczenia psychodelicznego. Po pozytywnym przejściu etapu pierwszego mają miejsce sesje przygotowawcze. Pierwsze kilka z nich odbywa się online i obejmuje psychoedukację dotyczącą doświadczenia psychodelicznego. Następnie terapeuta pomaga określić intencję uczestnika do udziału przed samym doświadczeniem. Odbywają się również pierwsze sesje typowo terapeutyczne. Do ośrodka uczestnik zapraszany jest dzień przed sesją dawkowania.

Spotyka się wtedy ze swoim terapeutą i jeszcze raz omawiają zbliżające się doświadczenie. Reszta dnia poświęcana jest na aklimatyzację w nowym miejscu i wyciszenie. Sesja dawkowania odbywa się kolejnego dnia rano. Dzień zaczyna się od zjedzenia lekkiego posiłku, po którym przechodzi się do pomieszczenia przypominającego zwykły pokój. Średnio przyjmuje się 30-40g świeżych trufli. Kiedy uczestnik uzna, że jest to niewystarczające może po 90 minutach przyjąć dawkę wzmacniającą. Po przyjęciu substancji zachęcany jest on do założenia słuchawek z przygotowaną uprzednio muzyką i położenia się na kanapie, gdzie w towarzystwie terapeuty może skupić się na swoim doświadczeniu wewnętrznym. Po zakończeniu doświadczenia, osoba taka udaje się na noc do swojego pokoju. Kolejnego dnia odbywa się integracja doświadczenia psychodelicznego z pomocą przewodnika, która jak w poprzednich przykładach ma doprowadzić do utrwalenia i wprowadzenia nowych pozytywnych wzorców do życia codziennego. Jest to ostatni dzień pobytu, po którym następuje jeszcze jedna bądź dwie sesje integracji w formie online (Lutkajtis, 2021). Ta forma przyjmowania psychodeliku jest względnie najbezpieczniejsza oraz najbardziej zbliżona do tego jak taką terapię prowadzi się podczas badań. Osoba decydująca się na taką formę jest prowadzona przez cały proces od początku do końca. Dzięki temu, że lekarze pracujący w ośrodku wykluczają osoby, w przypadku których doświadczenie psychodeliczne może być niewskazane, każda z osób, która bierze udział w doświadczeniu wie, że nie grożą jej długotrwałe negatywne konsekwencje wynikające z przyjęcia psychodeliku. Wpływa to pozytywnie na obniżenie poziomu lęku podczas samego doświadczenia. Uczestnicy biorący udział w tej formie terapii wspominają, że duże znaczenie dla nich miała relacja zbudowana z przewodnikiem już od pierwszych spotkań przygotowawczych. Wiedząc, że mogą go o wszystko zapytać, oraz że to on będzie nad nimi czuwał podczas samego doświadczenia łatwiej było im skoncentrować całą uwagę na procesie leczenia. Zdecydowana większość oceniła doświadczenie jako pozytywne (Studerus, Kometer, Hasler, Vollenweider, 2010). Warto wspomnieć, że brak oficjalnych doniesień o wystąpieniu jakichkolwiek długotrwałych epizodów psychotycznych u osób, które wzięły udział w takim procesie. Wiąże się to jednak z wysokimi kosztami finansowymi oraz czasowymi, szczególnie dla osób spoza Holandii.

II. CZĘŚĆ BADAWCZA

5. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

5.1 PROBLEM BADAWCZY

Tak jak wspomniano w poprzednich rozdziałach, obecnie znajdujemy się w okresie „renesansu” badań nad psychodelikami. Ich liczba z roku na rok jest coraz większa, a wyniki dotychczas opublikowane są bardzo obiecujące (ICPR, 2020). Aktualny stan wiedzy oraz wyniki zagranicznych badań (Carhart-Harris, 2019) uzasadniają podjęcie badań w celu określenia jak zażywanie substancji psychodelicznych wpływa na subiektywną ocenę nastroju oraz objawy depresji i lęku.

W przypadku substancji psychodelicznych nie występują skutki uboczne charakterystyczne dla leków przeciwdepresyjnych takie jak, na przykład, uzależnienie, potrzeba regularnego przyjmowania, problemy z libido i utrzymaniem wagi. Jednocześnie psychodeliki wykazują się zaskakująco wysoką skutecznością, nieporównywalną do żadnej z innych znanych nam obecnie metod (Carhart-Harris, 2019).

Dotychczas, głównym problemem badań nad skutecznością psychodelików oprócz wciąż stosunkowo małej ilości samych badań jest to, że grupy kontrolne liczą często po kilka bądź kilkanaście osób (Carhart-Harris, Goodwin, 2017). W Polsce, tematyka terapeutycznego zastosowania psychodelików staje się coraz bardziej popularna. W ostatnim czasie rozpoczęto nawet kilka pilotażowych badań prowadzonych przez zespoły naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum UJ, Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN oraz Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Badania te dotyczyły m.in. wpływu zażywania psychodelików na funkcjonowanie mózgu (Głuska-Durenkamp, 2022). Potencjalne zastosowanie tych substancji jest też tematem dyskusji na najbardziej prestiżowych konferencjach naukowych. Również na tegorocznym 47 Zjeździe Psychiatrów Polskich w Łodzi aż cztery panele były poświęcone wykorzystaniu substancji psychodelicznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Jednocześnie na wielu forach internetowych czy też grupach w mediach społecznościowych coraz więcej osób dzieli się swoimi relacjami z podziemnych, czy też samodzielnie przeprowadzanych sesji z psychodelikami. Relacje te jednak najczęściej przedstawione są w sposób chaotyczny.

Pomimo wzrostu popularności nie ma obecnie ani jednego zakończonego w naszym kraju badania, którego celem byłoby sprawdzenie potencjału terapeutycznego substancji

psychodelicznych. Konieczne jest zatem podjęcie badań, które w sposób rzetelny, za pomocą kwestionariuszy psychologicznych zbada jak doświadczenie psychodeliczne wpłynęło na objawy lęku, depresji oraz subiektywną ocenę nastroju ludzi, którzy postanowili skorzystać z nich w kontekście terapeutycznym.

5.2 PRZEDMIOT BADAŃ

Przedmiotem niniejszego badania jest określenie czy średnie natężenie objawów lęku, depresji oraz subiektywna ocena nastroju będą różne przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

Na obecnym etapie nie ma jeszcze jednoznacznej opinii co do tego, która z substancji psychodelicznych jest najskuteczniejsza oraz w przypadku jakich zaburzeń ten rodzaj terapii może dawać najlepsze rezultaty. Bazując jednak na odpowiedziach zawartych w Global Drug Survey (Winstock i in., 2021) oraz na wynikach dotychczas opublikowanych badań postanowiono skupić się na wpływie zażywania psychodelików na objawy lęku i depresji. Decyzję taką podjęto z kilku powodów. Po pierwsze zdecydowana większość badań, do których wyników można dotrzeć, skupiała się na wpływie substancji psychodelicznych na pacjentów cierpiących na te właśnie zaburzenia (Carhart-Harris, Goodwin, 2017). Po drugie, oprócz tego, że zaburzenia depresyjne i lękowe są najczęściej diagnozowanymi obecnie zaburzeniami psychicznymi, to ich objawów doświadcza w różnym natężeniu większość ludzi (CDC, 2010). Po trzecie, w przytaczanej wcześniej ankiecie Global Drug Survey, badani którzy zażywali psychodeliki robili to najczęściej właśnie w celu przepracowania depresji bądź usunięcia objawów lęku (Winstock i in., 2021).

5.3 PYTANIA BADAWCZE

W ramach niniejszych badań postanowiono sformułować następujące pytania badawcze:

- *Czy odbycie sesji psychodelicznej obniża poziom nasilenia objawów depresyjnych?*
- *Czy odbycie sesji psychodelicznej obniża poziom nasilenia lęku?*
- *Czy odbycie sesji psychodelicznej zmniejsza nasilenie negatywnych uczuć, a zwiększa nasilenie uczuć pozytywnych?*

Dodatkowo w przypadku, gdyby udało się potwierdzić pozytywny wpływ psychodeliku na dobrostan psychiczny badanych, zdecydowano o sprawdzeniu, jaka będzie siła tego efektu.

5.4 BADANE ZMIENNE

Udzielenie odpowiedzi na wyżej postawione pytania wymaga zbadania jak zmienna niezależna, jaką jest doświadczenie psychodeliczne wpływa na zmienne zależne, czyli nasilenie objawów depresji, lęku oraz natężenie uczuć związanych z pozytywnym i negatywnym afektem. Według dostępnych badań już pojedyncze doświadczenie psychodeliczne przynosiło obniżenie objawów depresji i lęku, które trwało od kilku do kilkunastu tygodni (Carhart-Harris, 2019).

W niniejszym projekcie postanowiono zweryfikować wpływ pojedynczego doświadczenia psychodelicznego, które odbyło się w kontekście terapeutycznym, przy użyciu wysokiej dawki. Tym samym zdecydowano o wykluczeniu z udziału w badaniach osób przyjmujących tzw. mikrodawkę psychodeliku, czyli zażywające regularnie bardzo małe, niemal niewyczuwalne dawki. Jako kontekst terapeutyczny określa się tutaj substancję psychodeliczną przyjmowaną świadomie, z intencją poprawienia swojego dobrostanu psychicznego. Pomimo pewnych różnic w działaniu pomiędzy psychodelikami (m.in. czas działania) to efekt terapeutyczny każdego z nich jest podobny (Krebs, Johansen, 2013), dlatego też w dalszej części pracy opisując wyniki wszystkie one będą określane jako „psychodeliki”.

5.4.1 WSKAŹNIKI ZMIENNYCH

- *Poziom depresyjności* – suma objawów depresji mierzonych jako suma punktów z wszystkich skal z Kwestionariusza do Pomiaru Depresji (KPD). Poszczególne skale dokładniej zostały opisane w kolejnym podrozdziale. Minimalna ilość punktów, jaką można uzyskać w skali ogólnej to 60, a maksymalna to 240.
- *Poziom lęku* – suma objawów nasilenia lęku mierzona jako suma punktów ze skali służącej do pomiaru lęku, będąc częścią Szpitalnej Skali Depresji i Lęku (HADS; wyłącznie skala A). Minimalna ilość punktów to 0 a maksymalna 21.
- *Poziom nasilenia uczuć pozytywnych i negatywnych* – mierzony za pomocą dwóch podskal, osobno dla uczuć pozytywnych i uczuć negatywnych Skalą SUPIN. W każdej z nich badany mógł uzyskać od 15 do 75 punktów.

5.5 OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH

W badaniu zastosowano zestaw czterech metod: Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD), Skalę uczuć pozytywnych i negatywnych (SUPIN) oraz pytania dotyczące lęku zawierające się w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku (skala A narzędzia HADS). Dodatkowo skonstruowano ankietę, aby zebrać informacje dotyczące danych demograficznych, okoliczności doświadczenia psychodelicznego oraz rodzaju zażywanej substancji.

5.5.1 NARZĘDZIE NR 1 - KWESTIONARIUSZ DO POMIARU DEPRESJI (KPD)

Kwestionariusz do Pomiaru Depresji opracowany przez Emilię Łojek, Joannę Stańczak i Agnieszkę Wójcik jest narzędziem, które służy do kompleksowej oceny nasilenia objawów depresji i może być wykorzystany do rozpoznania stanu depresyjnego.

Kwestionariusz ten składa się z 75 pytań i obejmuje pięć niezależnych od siebie skal:

- Deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE) – skala ta odnosi się do subiektywnego poczucia sprawczości w zakresie procesów poznawczych takich jak: uwaga, uczenie się i pamięć, szybkość psychomotoryczna, funkcje wykonawcze. Mierzy również energię do działania leżącą u podstaw tych funkcji poznawczych.
- Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA) – skala ta bada wycofanie i rezygnację z życia. Stwierdzenia w niej zawarte odnoszą się do subiektywnie doznawanej utraty sensu życia, poczucia pustki i beznadziejności. Mierzy również poczucie wyobcowania, izolacji społecznej i uczuciowej w stosunku do otoczenia i samego siebie.
- Poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL) – skala odnosząca się do sfery problemów emocjonalnych, głównie poczucia winy i lęku. Emocje mierzone w tej skali obejmują przede wszystkim poczucie winy i konieczności poniesienia kary, niepokój, lęk i smutek. Sprawdza także tendencje do rozpamiętywania własnych porażek i trudności.
- Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ) – skala mierząca zakłócenia czynności psychofizycznych. Mierzy subiektywną ocenę własnego zdrowia i sprawności psychofizycznej. Stwierdzenia tu zawarte odnoszą się do osłabienia takich czynności psychofizjologicznych, jak poruszanie się, sen, czuwanie czy zainteresowanie seksem, a także obniżenia odczuwania przyjemności i zainteresowań.
- Samoregulacja (SR) – skala mierząca rezerwy psychologiczne przeciwstawne do depresji, związane z procesami samoregulacji emocjonalnej i poznawczo-behawioralnej. Składa się z pytań mierzących chęć do podejmowania działań, wolę

pokonywania trudności, aktywne radzenie sobie, poszukiwanie rozwiązań, utrzymywanie działań ukierunkowanych na cel oraz zdolność do myślenia w kategoriach pozytywnych, niepoddawanie się, optymizm (Łojek, Stańczak, Wójcik, 2015).

Skale w kwestionariuszu KPD odzwierciedlają objawy ściśle powiązane ze stanem depresyjnym tzn.: utratą energii, anhedonią, myślami samobójczymi, pesymizmem i poczuciem winy (Hammen, 2004). Wynik łączny (WO) stanowi ogólny wskaźnik nasilenia objawów depresyjnych. Zastosowane w badaniu narzędzie KPD zostało użyte dwukrotnie. Po raz pierwszy po to, aby określić nasilenie objawów depresyjnych u badanych przed ostatnim doświadczeniem psychodelicznym, a drugi raz, aby określić nasilenie objawów depresyjnych po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Narzędzie KPD posiada zadowalające wskaźniki trafności i rzetelności.

5.5.2 NARZĘDZIE NR 2 - SKALA UCZUĆ POZYTYWNYCH I NEGATYWNYCH (SUPIN)

Skala uczuć pozytywnych i negatywnych (SUPIN) to narzędzie autorstwa Davida Watsona i Lee Anny Clark (oryg. PANAS: Watson, Clark, Tellegen, 1998 oraz PANAS-X: Watson, Clark, 1994). Wersję polską opracował Piotr Brzozowski. SUPIN mierzy nasilenie pozytywnych i negatywnych emocji. Sprawdza się zarówno podczas mierzenia aktualnych stanów emocjonalnych jak i stałych cech afektywnych.

W badaniu wykorzystano dłuższą wersję narzędzia składającą się z 30 przymiotników stanowiących określenia uczuć pozytywnych i negatywnych oraz mierzącej relatywnie stałe cechy afektywne odnoszące się do dominującego aktualnie nastroju (SUPIN-C30). W tej wersji 15 twierdzeń dotyczy emocji pozytywnych, a 15 negatywnych. Badani mieli za zadanie ocenić na skali od 1 do 5, stopień, w jakim dane przymiotniki określały ich samopoczucie w okresie około 6 tygodni przed i po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Wyniki oblicza się osobno dla dwóch podskal - PU (uczuć pozytywnych) i NU (uczuć negatywnych; Brzozowski, 2010). Na każdej z ww. podskal badany mógł uzyskać wynik między 15 a 75 punktów. Im wyższa punktacja, tym większe jest nasilenie badanych emocji.

5.5.3 NARZĘDZIE NR 3 - SZPITALNA SKALA DEPRESJI I LĘKU (HADS)

Kwestionariusz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji zazwyczaj wykorzystywany jest do oceny lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. Autorami oryginalnej wersji są A. Zigmond i R. Snaith. Wersję polską opracowali M. Majkiewicz, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnacka-Szawłowska. Kwestionariusz zawiera dwie niezależne podskale służące do oceny lęku (A) i depresji (D), a na każdą z nich składa się siedem stwierdzeń (Kozieł, Lomper, Uchmanowicz, B, Polański, 2016). W badaniu wykorzystano wyłącznie pytania dotyczące lęku, ponieważ wynik narzędzia KPD nie był w stanie odzwierciedlić odpowiednio nasilenia tej zmiennej przed i po doświadczeniu psychodelicznym, a jednocześnie znacznie precyzyjniej pozwolił na ocenę nasilenia objawów depresyjnych. Badani udzielali odpowiedzi na 4-stopniowej skali Likerta (0–3). Wynik końcowy mieści się w zakresie 0–21 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejszego nasilenia objawów lęku dana osoba doświadcza.

5.5.4 NARZĘDZIE NR 4 - ANKIETA WŁASNA

Oprócz wypełnienia powyższych kwestionariuszy, badani odpowiedzieli na 16 pytań ankiety: w tym pytania o ich wiek, płeć, ewentualne diagnozy psychiatryczne oraz częstotliwość zażywania substancji psychodelicznych. Dodatkowo odpowiadali czy przystępując do doświadczenia psychodelicznego mieli określoną intencję tego działania oraz, czy podjęli próbę jego późniejszej integracji, a jeśli tak to w jaki sposób. Badani odpowiadali ponadto, jaką substancję przyjęli oraz kto im wtedy towarzyszył. Zapytano również tych, którzy wcześniej korzystali z innych sposobów leczenia, jak w porównaniu do nich oceniają skuteczność działania substancji psychodelicznej.

5.6 ORGANIZACJA BADAŃ

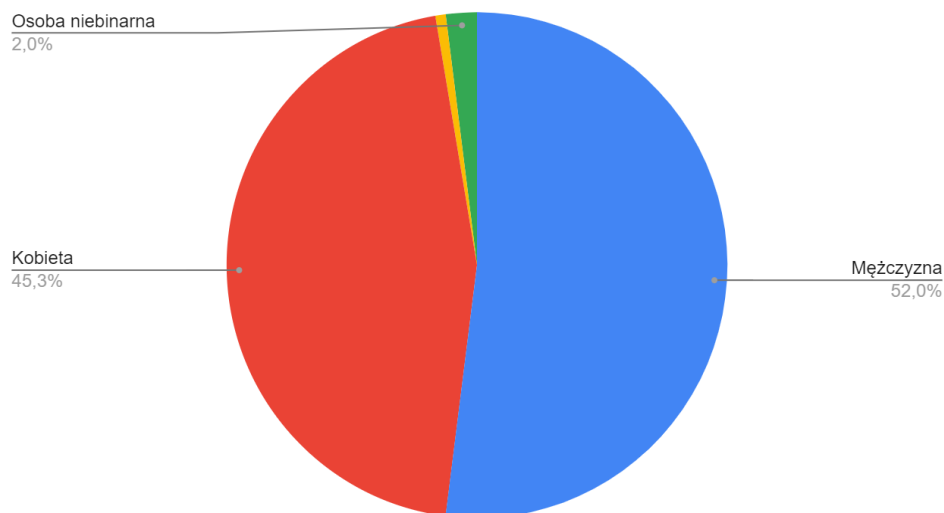
Właściwe badanie odbyło się w okresie od marca do kwietnia 2022 roku. Miało ono formę indywidualną. Łącznie udział w badaniu wzięło 150 osób. Badanych rekrutowano za pośrednictwem ogłoszeń publikowanych przez organizacje takie jak np. Społeczna Inicjatywa Narkopolityki. Dodatkowo o możliwości wzięcia udziału w badaniu informowałem na grupach związanych z terapeutycznym użyciem psychodelików w mediach społecznościowych. Każdy badany został dokładnie poinformowany o celu badania oraz wyraził na nie dobrowolną zgodę. Na początku badań uczestnicy zapoznawali się z pisemną informacją z opisem charakteru oraz celu przeprowadzanego badania. Zawarta była tam również informacja na temat pełnej

anonimowości. Do badania została również dołączona instrukcja ogólna oraz przed każdym kwestionariuszem instrukcja szczegółowa wyjaśniająca sposób jego wypełnienia.

5.7 CHARAKTERYSTYKA BADANEJ PRÓBY

W badaniu wzięło udział 78 mężczyzn, 67 kobiet oraz trzy osoby niebinarne (jedna osoba nie chciała podawać swojej płci). Rysunek 1 prezentuje podział grupy ze względu na płeć.

Z jaką płcią się Pan/Pani identyfikuje?

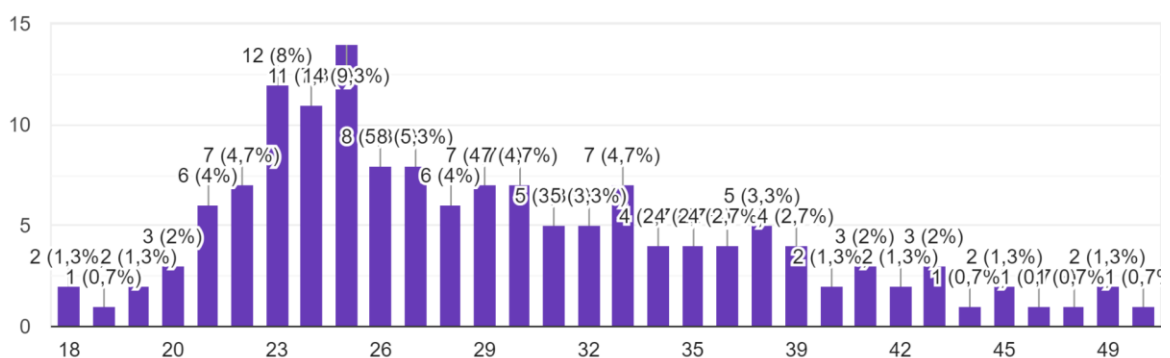


Rysunek 1. Płeć osób badanych (Opracowanie własne).

Wykres na rysunku 2. przedstawia rozkład wieku wśród uczestników. Z przeprowadzonej analizy wynika, że średnia (M) wieku wśród osób badanych wyniosła 29 lat (SD = 7,46).

Ile ma Pan/Pani lat?

150 odpowiedzi



Rysunek 2. Wiek osób badanych (Opracowanie własne)

6. PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

6.1 METODY STATYSTYCZNE

Analizę wyników przeprowadzono w programie Statistica. W celu porównania wyników w zakresie badanych zmiennych przed i po doświadczeniu psychodelicznym, przeprowadzono parametryczny test t-Studenta dla prób zależnych. Test ten stosowany jest w momencie kiedy istnieje potrzeba porównania średnich z dwóch pomiarów wykonanych na tej samej grupie badawczej. Najlepiej sprawdza się przy schemacie badawczym pretest-posttest podczas którego weryfikuje się czy pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem wystąpiła zmiana poziomu zmiennej zależnej. Dlatego test t-Studenta uznano za odpowiedni do analizy wyników badań, ponieważ porównywano wyniki uzyskane przez tę samą grupę badawczą przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

W teorii zastosowanie testu t-Studenta dla prób zależnych wymaga spełnienia dwóch podstawowych założeń. Po pierwsze zmienne muszą być zmiennymi ilościowymi, a po drugie zmienna zależna powinna mieć rozkład normalny. O ile w badaniu, pierwsze założenie udało się spełnić, o tyle test normalności Shapiro-Wilka wykazał, że nie każda zmienna ma rozkład normalny. Test t-Studenta charakteryzuje się jednak dość dużą odpornością na niespełnienie założenia o normalności, szczególnie w badaniu, gdzie dwukrotnie badana jest ta sama, równoliczna grupa, której liczebność również jest stosunkowo wysoka ($n > 30$) (Bedyńska, Brzezicka-Rotkiewicz, 2007) dlatego też postanowiono przy nim pozostać.

6.2 WYNIKI BADAŃ

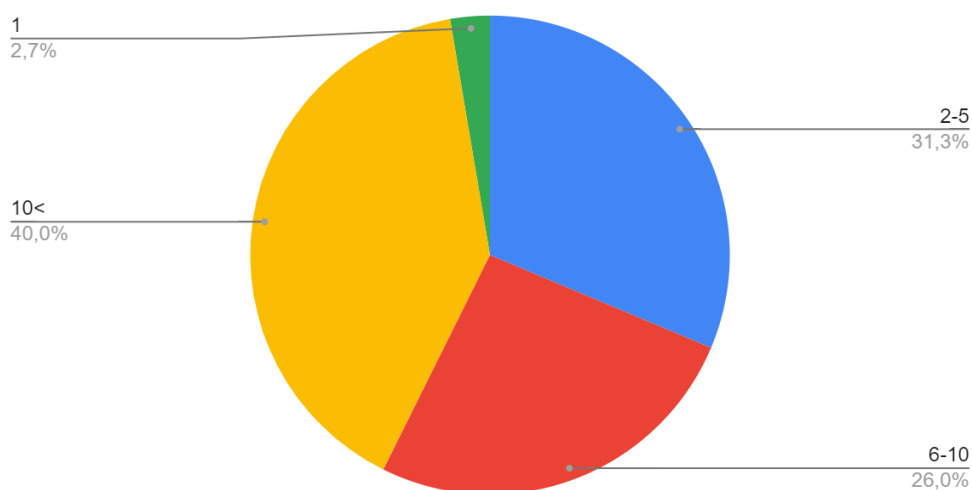
Tabela 5. prezentuje podział badanych uwzględniający to czy przed doświadczeniem psychodelicznym mieli zdiagnozowane jakieś zaburzenie psychiczne. Zgodnie z przewidywaniami wśród osób posiadających wcześniejszą diagnozę, przeważają osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych bądź lękowych. Ponad dwie trzecie badanych stanowiły osoby bez formalnego rozpoznania jakiegokolwiek zespołu psychopatologicznego, wyłącznie zgłaszające subiektywne doświadczenie objawów depresyjno-lękowych.

Tabela 5. Potencjalne diagnozy osób badanych (Opracowanie własne).

DIAGNOZA	N	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Nie mam diagnozy	150	100	67
Zaburzenia depresyjne	150	28	19
Zespół lęku uogólnionego (GAD)	150	12	8
Uzależnienie	150	14	9
Osobowość borderline	150	4	3
Zespół stresu pourazowego (PTSD)	150	3	2
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	150	3	2
Zaburzenia odżywiania	150	3	2
ADHD	150	3	2
Choroba afektywna dwubiegunowa	150	2	1
Fobia społeczna	150	2	1
Schizofrenia	150	1	0,5

Rysunek 3 przedstawia ile razy w przeszłości badanym zdarzyło się przyjąć psychodelik. Ponad połowa badanych odbyła 10 bądź mniej sesji psychodelicznych w swoim życiu. Dla niecałych 3% był to pierwszy i ostatni raz.

Jak często zażywał/zażywała Pan/Pani substancje psychodeliczne w przeszłości

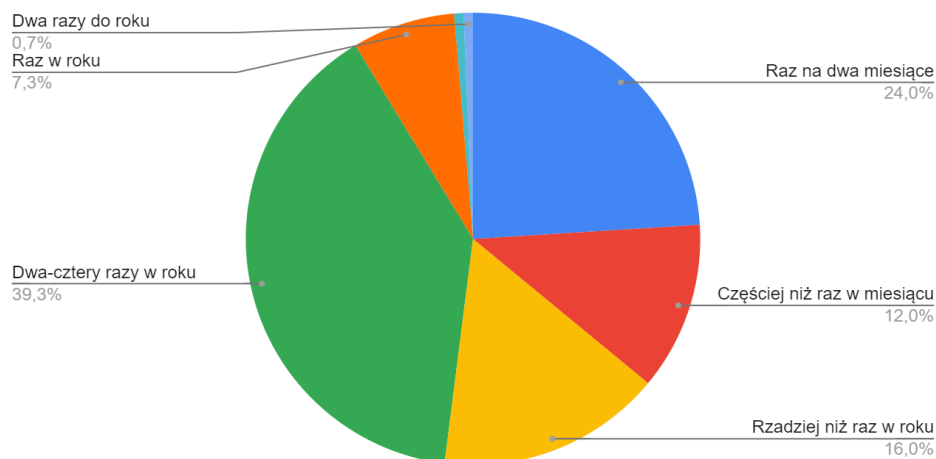


Rysunek 3. Liczba poprzednich doświadczeń psychodelicznych osób badanych (Opracowanie własne).

Rysunek 4. prezentuje częstotliwość zażywania substancji psychodelicznych. U zdecydowanej większości odbywa się to maksymalnie kilka razy w roku. Niejako potwierdza

to tezę, że pomimo pozytywnego wpływu na osoby biorące, substancje te mają niski potencjał uzależniający (Carhart-Harris, 2019).

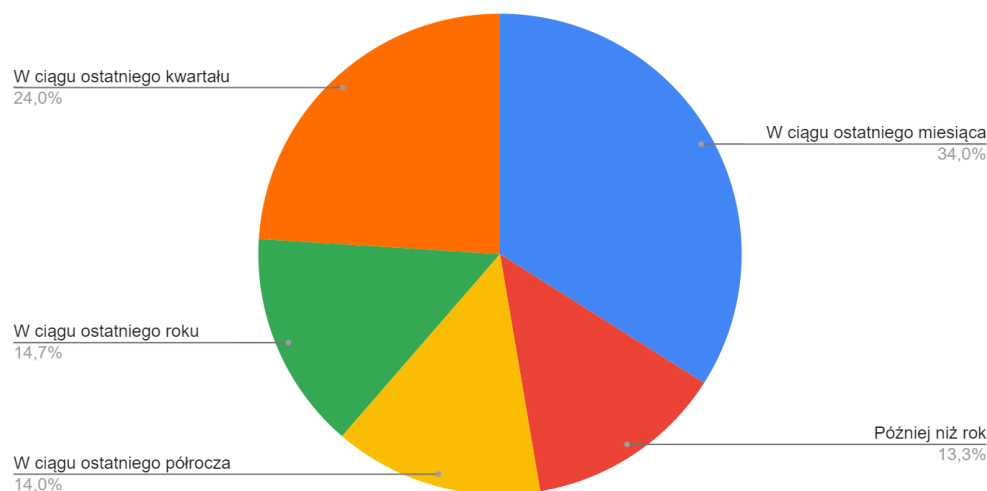
Jak często zażywa Pan/Pani substancje psychodeliczne?



Rysunek 4. Częstotliwość zażywania psychodelików przez badanych (Opracowanie własne).

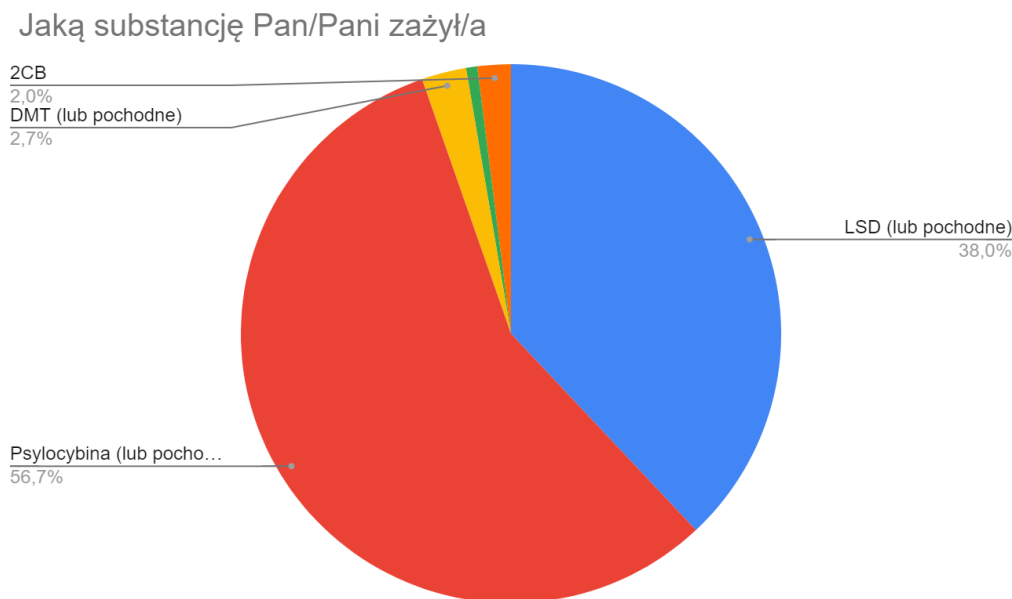
Rysunek 5. Przedstawia, kiedy badani odbyli ostatnie doświadczenie psychodeliczne, czyli to, na którym będzie opierała się dalsza część badania. U większości z nich doświadczenie odbyło się stosunkowo niedawno. 34% odbyło je w ciągu ostatnich 30 dni, 58% w ciągu ostatnich 90 dni. Jedynie 13% badanych ostatni raz psychodelik zażyło później niż rok temu. Jest to o tyle ważne, że im świeższe jest to doświadczenie tym odpowiedzi będą mniej zniekształcone przez upływ czasu.

Kiedy odbył Pan/Pani ostatnie doświadczenie psychodeliczne



Rysunek 5. Upływ czasu od ostatniego doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne).

Rysunek 6. pokazuje, iż podczas ostatniego doświadczenia psychodelicznego zdecydowana większość osób korzystała z LSD bądź psylocybiny. Jest to spowodowane stosunkową niską ceną oraz łatwą dostępnością. Przykładowa psylocybina jest substancją czynną „magicznych trufli”, które legalnie można kupić w Holandii.

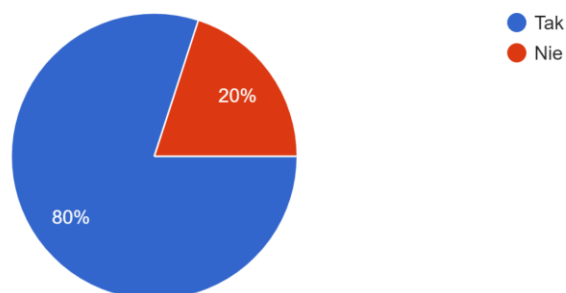


Rysunek 6. Substancja zażyta podczas ostatniego doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne).

Rysunek 7. pokazuje odpowiedź na pytanie o to jak wiele osób przygotowywało swoje nastawienie i otoczenie (*Set & Setting*) przed ostatnim doświadczeniem psychodelicznym. Zrobiło to 80% osób. Według badań (Nichols, 2016), *Set & Setting* jest równie ważne jak samo przyjęcie substancji.

Czy przygotowywał się Pan/Pani przed doświadczeniem psychodelicznym (ustalenie intencji, przygotowanie odpowiedniego otoczenia, muzyki itp.)?

150 odpowiedzi



Rysunek 7. Przygotowanie przed ostatnim doświadczeniem psychodelicznym (Opracowanie własne).

Tabela 6. przedstawia to, które elementy charakterystyczne dla doświadczeń psychodelicznych w kontekście terapeutycznym pojawiły się podczas ostatniej sesji. Najwięcej osób, doświadczyło możliwości spojrzenia na siebie i swoją obecną sytuację z dystansu, jednak pozostałe efekty występowały niewiele rzadziej. Najrzadziej z zaproponowanych efektów wystąpiła “śmierć ego”, co jest zrozumiałe, gdyż doświadcza się jej zazwyczaj przy bardzo wysokich dawkach psychodeliku. Jedynie 3% osób nie doświadczyło żadnego z wyżej wymienionych efektów.

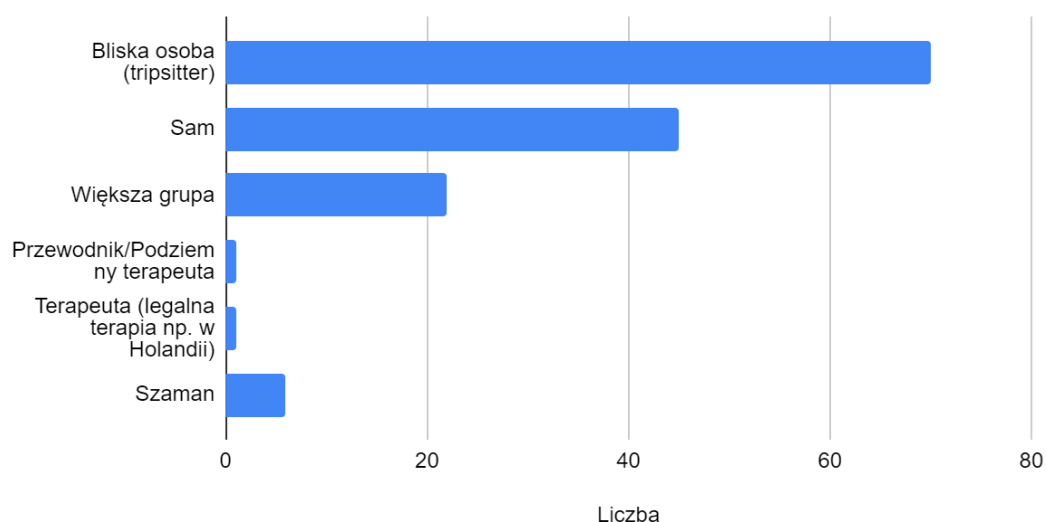
Tabela 6. Charakterystyka ostatniego doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne).

Czy podczas doświadczenia psychodelicznego doświadczył Pan/Pani któregoś z poniższych zjawisk? (możliwe było zaznaczenie kilku odpowiedzi).			
ZJAWISKO	N	liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Spojrzenie za siebie/ swoje życie z innej perspektywy	150	112	74
Zaakceptowanie bądź odpuszczenie pewnych myśli/ emocji	150	100	66
Zdystansowanie się do swoich myśli/ emocji	150	97	64
Uświadomienie sobie ukrytych traum/ emocji/ potrzeb	150	90	60
Przepracowanie sytuacji/ traumy z przeszłości	150	65	43
Śmierć Ego / poczucie, że umieram	150	38	25
Żadna z wyżej wymienionych rzeczy się nie pojawiła	150	5	3
Inne	150	3	2

Rysunek 8. przedstawia w czym towarzystwie badani odbyli swoje ostatnie doświadczenie psychodeliczne. Jedynie jedna trzecia osób odbyła je samotnie. Wśród osób,

które przeżyły je w którymś towarzystwie najczęściej wskazywaną osobą była bliska osoba i/lub tripsitter. Szaman, przewodnik lub terapeuta pojawiał się jedynie w 5% przypadków. Wyniki te nie dziwią, zważając na status prawny tych substancji. Według badań (Roseman, Nutt, Carhart-Harris, 2018), obecność „osoby trzeciej”, która czuwa nad przebiegiem całego procesu ma korzystny wpływ na osobę będącą pod wpływem działania substancji. Daje jej to poczucie bezpieczeństwa, pozwalając skupić się w całości na przeżyciach wewnętrznych. W przypadku doświadczenia tzw. „*bad trip*”, rolą tripsittera jest przypomnieć, że jest to element procesu, a wszystko, co dana osoba odczuwa w końcu przeminie.

W czym towarzystwie odbyło się ostatnie doświadczenie psychodeliczne?



Rysunek 8. W czym towarzystwie odbyło się ostatnie doświadczenie psychodeliczne.

Tabela 7. przedstawia odpowiedź na pytanie o integrację doświadczenia psychodelicznego. Jedynie 15% osób nie podjęło żadnej próby integracji doświadczenia. Wśród najpopularniejszych metod integracji wskazywano spisanie „trip raportu”. Polega to na dokładnym opisaniu możliwie w jak najbardziej uporządkowany sposób tego co wydarzyło się podczas całego doświadczenia jednocześnie skupiając się na elementach mających znaczenie w kontekście terapeutycznym.

Tabela 7. Integracja doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne).

W jaki sposób integrował/ przepracował Pan/Pani doświadczenie psychodeliczne?			
SPOSÓB	N	Liczba odpowiedzi	%odpowiedzi
Rozmowa z bliską osobą	150	82	54
Samodzielnie (np. trip raport)	150	77	51
Nie integrowałem	150	23	15
Z terapeutą/ psychologiem (terapeuta był świadomy mojego doświadczenia)	150	12	8
Z przewodnikiem/ szamanem	150	8	4
Z terapeutą/ psychologiem (terapeuta nie był świadomy mojego doświadczenia)	150	4	2

Kolejne dwie tabele przedstawiają, jakie aspekty życia polepszyły bądź pogorszyły się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Według odpowiedzi zaprezentowanych w tabeli 8, jedynie u 9% osób sesja z psychodelikiem nie przyniosła poprawy w żadnym aspekcie życia. U 80% badanych sesja psychodeliczna przyniosła poprawę samopoczucia, w dalszej kolejności poprawiły się relacje z innymi, a na końcu produktywność. Tabela 9. przedstawia jakie aspekty życia pogorszyły się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym. Podsumowując 87% osób stwierdziło, że nie pogorszył się żaden z aspektów ich życia co łączy się z odpowiedziami z poprzedniego pytania. Relacje z innymi były wspomniane najczęściej jako ten aspekt, który się pogorszył. Pozostałe takie jak samopoczucie i produktywność były wskazywane na równi.

Tabela 8. Co poprawiło się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym (Opracowanie własne).

Który z poniższych obszarów według Pana/Pani poprawiła się po doświadczeniu psychodelicznym?			
OBSZAR	N	Liczba odpowiedzi	%odpowiedzi
Samopoczucie	150	125	83
Relacje z innymi	150	87	56
Produktywność/ praca	150	64	43
Żaden	150	14	9

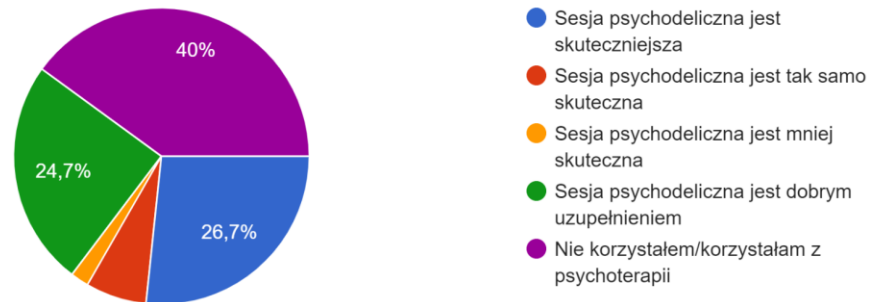
Tabela 9. Co pogorszyło się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym (Opracowanie własne).

Który z poniższych obszarów według Pana/Pani pogorszył się po doświadczeniu psychodelicznym?			
OBSZAR	N	Liczba odpowiedzi	%odpowiedzi
Żaden	150	131	87
Samopoczucie	150	11	7
Relacje	150	7	4
Produktywność	150	5	3

Kolejne dwa wykresy (rysunek 9 i 10) pokazują jak badani oceniają skuteczność działania substancji psychodelicznej w porównaniu do psychoterapii i klasycznej farmakologii. Ponad 50% osób uznało, że sesja psychodeliczna jest skuteczniejsza bądź stanowi dobre uzupełnienie psychoterapii. Jedynie 2% osób uznało ją za mniej skuteczną.

Jakie są Pana/Pani subiektywne odczucia jeśli chodzi o porównanie sesji psychodelicznej do standardowej psychoterapii?

150 odpowiedzi

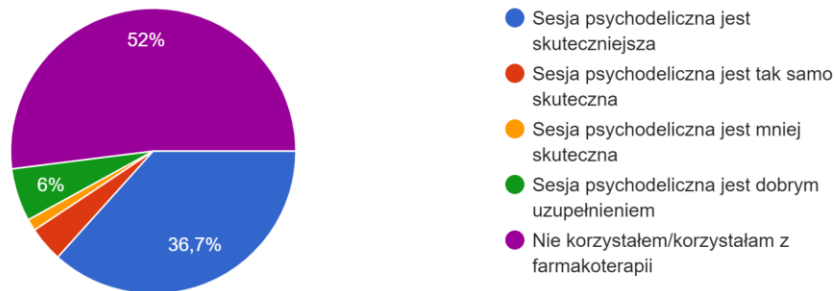


Rysunek 9. Porównanie doświadczenia psychodelicznego do psychoterapii (Opracowanie własne).

W przypadku klasycznej farmakologii wśród osób, które niej korzystały, zdecydowana większość uznała działanie substancji psychodelicznej jako skuteczniejsze. Wynik przedstawia poniższy Rysunek 10.

Jakie są Pana/Pani subiektywne odczucia jeśli chodzi o porównanie sesji psychodelicznej do farmakoterapii

150 odpowiedzi



Rysunek 10. Porównanie doświadczenia psychodelicznego do farmakologii (Opracowanie własne).

Pomiaru poziomu **nasilenia depresji** dokonano za pomocą kwestionariusza KPD. Tabela 10. przedstawia statystyki opisowe nasilenia depresji przed i po doświadczeniu psychodelicznym. Przedstawiono wyniki kolejnych obszarów funkcjonowania wyróżnionych w kwestionariuszu oraz ogólne nasilenie objawów depresyjnych.

Tabela 10. Statystyki opisowe KPD przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

KPD	WPLYW PSYCHODELIKU	N	M	SD	Ufność -95%	Ufność +95%
DPUE	Przed	150	41,45	9,26	7,69	10,92
	Po		32,15	10,14		
MSPA	Przed	150	28,65	9,79	2,65	5,45
	Po		24,59	7,16		
PWLN	Przed	150	34,01	11,08	8,04	11,09
	Po		24,45	9,01		
OPSZ	Przed	150	21,97	5,31	4,75	6,40
	Po		16,40	5,01		
SR	Przed	150	39,76	7,33	-7,22	-4,81
	Po		45,78	8,02		
WO	Przed	150	126,09	33,27	23,56	33,44
	Po		97,59	29,58		

KPD – Kwestionariusz do Pomiaru Depresji; DPUE – deficyty poznawcze i utrata energii; MSPA – myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja; PWLN – poczucie winy i napięcie lękowe; OPSZ – objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań; SR – samoregulacja; N- liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Ufność – przedział ufności dla różnicy średnich przed-po

Analiza z użyciem testu t-Studenta wykazała, że deklarowany ogólny poziom objawów depresji (WO) jest istotnie niższy po doświadczeniu psychodelicznym $t(149) = 11,40$; $p < 0,05$, a siła tej zależności jest wysoka (d Cohena = 0,93). Po doświadczeniu psychodelicznym u badanych istotnie rzadziej występowały też deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE) $t(149) = 11,39$; $p < 0,05$ (ponownie silny efekt – d Cohena = 0,93), oraz myślenie o śmierci, pesymizm i poczucie alienacji (MSPA) $t(149) = 5,73$; $p < 0,05$ (umiarkowana siła zależności – d Cohena

= 0,47). Badani po sesji z psychodelikiem deklarowali istotnie niższy poziom poczucia winy oraz napięcia lękowego (PWNL): $t(149) = 12,39$; $p < 0,05$, a zależność ta okazała się silna (d Cohena = 1,01). Ponadto wykazywali wzrost zainteresowań oraz znaczące osłabienie objawów psychosomatycznych (OPSZ) $t(149) = 13,33$; $p < 0,05$ (ponownie silna zależność – d Cohena 1,09). Zwiększyła się także ich zdolność do samoregulacji procesów emocjonalnych (SR) $t(149) = -9,87$; $p < 0,05$ (znaczną siłą efektu: d Cohena = -0,8). Należy podkreślić, że poza tym, że weryfikowane różnice okazały się istotne statystycznie, to niemal każda z nich cechowała się znaczną mocą tego efektu (d Cohena $> 0,8$) z wyjątkiem MSPA gdzie efekt był umiarkowany (d $> 0,5$).

Pomiaru poziomu **nasilenia lęku** dokonano za pomocą skali A kwestionariusza HADS. Tabela 11. przedstawia statystyki opisowe nasilenia lęku przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

Tabela 11. Statystyki opisowe HADS A przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

HADS	WPLYW PSYCHODELIKU	N	M	SD	Ufność -95%	Ufność +95%
HADS A	Przed	150	8,43	5,04	2,54	3,92
	Po		5,20	3,59		

HADS - Szpitalna Skala Depresji i Lęku; HADS A - Szpitalna Skala Depresji i Lęku skala nasilenia lęku; N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Ufność – przedział ufności dla różnicy średnich przed-po

Udało się potwierdzić hipotezę mówiącą, iż osoby po zażyciu substancji psychodelicznej badani odczuwają mniejsze nasilenie lęku: $t(149) = 9,29$; $p < 0,05$. Siła tego efektu była znaczna: d Cohena = 0,76.

Pomiaru poziomu **nasilenia emocji pozytywnych i negatywnych** dokonano za pomocą kwestionariusza SUPIN. Tabela 12 przedstawia statystyki opisowe nasilenia emocji pozytywnych i negatywnych oceniane przez badanych przed i po doświadczeniu psychodelicznym.

Tabela 12. Statystyki opisowe SUPIN przed i po doświadczeniu psychodelicznym

SUPIN	WPLYW PSYCHODELIKU	N	M	SD	Ufność -95%	Ufność +95%
PU	Przed	150	39,65	12,10	-13,22	-9,43
	Po		50,97	11,75		
NU	Przed	150	35,69	15,52	11,66	15,64
	Po		22,03	10,60		

SUPIN - Skala uczuć pozytywnych i negatywnych; PU - uczucia pozytywne; NU - uczucia negatywne; N - liczebność; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; Ufność - przedział ufności dla różnicy średnich przed-po

Analiza wyników w zakresie dominującego afektu u badanych wykazała, że osoby po doświadczeniu psychodelicznym w większym stopniu doświadczają uczuć pozytywnych (PU): $t(149) = -11,82$; $p < 0,05$; d Cohena = $-0,96$. W zakresie doświadczanych uczuć negatywnych (NU) stwierdzono, że osoby po doświadczeniu psychodelicznym odczuwają je w mniejszym stopniu: $t(149) = 13,54$; $p < 0,05$; d Cohena = $1,11$. Siła efektu w obu pomiarach była wysoka ($d > 0,8$). Oba wyniki potwierdzają hipotezę mówiącą, iż po sesji psychodelicznej zwiększa się nasilenie uczuć pozytywnych, a zmniejsza negatywnych.

7. DYSKUSJA WYNIKÓW

W poprzednich rozdziałach omówiono podstawy teoretyczne prowadzonego badania i scharakteryzowano zaburzenie depresyjne oraz szereg zaburzeń lękowych. Ponadto na podstawie najnowszych badań został przedstawiony potencjał terapeutyczny substancji psychodelicznych, szczególnie w przypadku wyżej wymienionych zaburzeń (Carhart-Harris, Goodwin, 2017). Oprócz tego została wyjaśniona metodologia badań, charakterystyka badanej grupy, a następnie opisano uzyskane wyniki oraz ich statystyczną analizę.

W tym miejscu przeprowadzona zostanie interpretacja uzyskanych wyników przy odniesieniu do postawionych wcześniej pytań badawczych i w celu weryfikacji sformułowanych hipotez.

7.1 ZABURZENIA DEPRESYJNE I ICH OBJAWY

Wśród osób biorących udział w badaniu, najczęściej pojawiającą się diagnozą była depresja. Pokrywa się to ze statystykami ogólnoswiatowymi, gdzie WHO uznało depresję za

najczęściej diagnozowane zaburzenie psychiczne (Dattani, Ritchie, Roser, 2021). Nasilająca się liczba stawianych rozpoznań depresji była jednym z powodów, dla których badacze ponownie zainteresowali się wykorzystaniem substancji psychodelicznych w kontekście terapeutycznym. Większość wyników dotychczasowych badań wskazywała na wysoką skuteczność tych substancji w obniżaniu objawów depresji przy jednocześnie bardzo małych efektach ubocznych (Breeksema, Niemeijer, Krediet, 2020). Bazując na wynikach uzyskanych w ramach niniejszego projektu, dotyczących wpływu doświadczenia psychodelicznego na objawy depresji, można hipotezę tą potwierdzić.

Osoby biorące udział w projekcie, po doświadczeniu psychodelicznym charakteryzowały się lepszym funkcjonowaniem w zakresie takich procesów poznawczych jak koncentracja, uczenie się, zapamiętywanie informacji. Przełożyło się to na zwiększenie subiektywnego poczucia sprawczości, o czym świadczy mniejszy średni wynik uzyskany przez nich w skali DPUE. Oprócz lepszego samopoczucia, wpłynęło to pozytywnie na ich produktywność oraz lepsze funkcjonowanie w obszarze zawodowym, co potwierdzają odpowiedzi przedstawione w Tabeli 8.

Wśród innych subiektywnych efektów, jakie osoby po sesji psychodelicznej zauważały, występował wzrost poczucia sensu życia przy jednoczesnym zmniejszeniu odczuwania pustki i beznadziejności. Zmniejszyło się również uczucie wyobcowania i odizolowania od innych. Poza wynikiem ze skali MSPA, ponownie potwierdzają to również odpowiedzi przedstawione w Tabeli 8. Ponad połowa badanych odpowiedziała, że po doświadczeniu psychodelicznym poprawiły się ich relacje z innymi. Pokrywa się to z wynikami badań (Lutkajtis, A, 2021) prowadzonymi w zagranicznych ośrodkach.

Jednym z charakterystycznych objawów zaburzeń depresyjnych jest apatia. Mowa tutaj o poczuciu obojętności wobec tego, co dotychczas wzbudzało zainteresowanie. Rzeczy wcześniej sprawiające satysfakcję przestają wywoływać jakiegokolwiek uczucie przyjemności. W zamian pojawia się obojętność i zniechęcenie (Łoza, Parnowski, 2012). Wyniki niniejszych badań sugerują, że po doświadczeniu psychodelicznym, badani ponownie zaczęli odczuwać większą przyjemność oraz wzrost zainteresowań w kontekstach, które w wyniku depresji stały się dla nich obojętne. Wpływ na to miał niewątpliwie fakt, że wśród osób biorących udział w projekcie zmniejszyła się tendencja do rozpamiętywania własnych porażek i trudności przy jednoczesnym obwinianiu się za nie. Postawa ta, bardzo silna przed doświadczeniem psychodelicznym odpowiadała również za obniżoną samoocenę oraz poczucie braku kontroli nad własnym życiem. Wszystkie te negatywne objawy, również zmniejszyły się po sesji z psychodelikiem, co dodatkowo potwierdzają sami badani, wskazując na „Samopoczucie” jako

najczęściej poprawiający się obszar ich funkcjonowania. Odpowiedzi te zostały przedstawione w tabeli 8 oraz potwierdzają je wyniki ze skal PWNL i OPSZ.

Badania (Hammen, 2004) wskazują, że ponad 90% osób zmagających się z depresją doświadcza również problemów ze snem, apetytem czy też zmniejszonym zainteresowaniem seksem. Wyniki ze skali OPSZ potwierdzają, że po doświadczeniu psychodelicznego objawy te, podobnie jak wcześniej wymienione, uległy osłabieniu.

Podsumowując, wyniki wszystkich skal mierzących objawy depresji, na czele z wynikiem ogólnym, wskazują, że po doświadczeniu psychodelicznym ich nasilenie było istotnie niższe niż przed nim. Wyjątkiem była Samoregulacja, w której średni wynik się zwiększył jednak skala ta mierzy „rezerwy psychologiczne przeciwstawne do depresji”, co oznacza chęć do podejmowania działań, aktywne poszukiwanie rozwiązań oraz zdolność do myślenia w kategoriach pozytywnych (Łojek, Stańczak, Wójcik, 2015)), a taki kierunek zależności jest w pełni zbieżny z oczekiwanym.

Potencjalny mechanizm leżący u podłoża działania substancji psychodelicznych i wywierania przez nie pozytywnego wpływu na poprawę nastroju oraz wzrost efektywności w różnych obszarach funkcjonowania może mieć związek z aktywacją tzw. układu nagrody wskutek zażycia psychodeliku (Bogadi, Kastelan, 2021). Ta neuroanatomiczna sieć w przypadku obniżonej sprawności działania wiązana jest między innymi z objawami depresji i anhedonii, zaś jej pobudzenie może odgrywać istotną rolę w walce z ww. objawami. Dzieje się tak poprzez wzrost gotowości do akceptacji przyjemności i unikania dyskomfortu, a także podtrzymywanie motywacji do poszukiwania tego rodzaju stymulacji i uwrażliwienie na takie doświadczenia. Substancje psychodeliczne wpływają na wzrost stężenia serotoniny i dopaminy w obszarach układu nagrody (zwłaszcza w jądrze półleżącym i przyśrodkowej korze przedczołowej). Zwrotna stymulacja okolic podkorowych oraz kory przedczołowej sprawia, że nawet okazjonalna stymulacja z wykorzystaniem psychodeliku może prowadzić do wytworzenia śladów pamięciowych pozytywnych przeżyć, które następnie ułatwiają aktywację takich pozytywnych schematów poznawczych, zastępując charakterystyczne dla depresji sposoby interpretacji rzeczywistości jak negatywizm i pesymizm. Tym samym zmniejsza się nasilenie anhedonii, a możliwość doświadczenia pozytywnych stanów emocjonalnych zostaje odzyskana. Niektóre doniesienia wyraźnie sugerują, że połączenie doświadczenia psychodelicznego z oddziaływaniem psychoterapeutycznym znacząco zwiększa i utrwała ten efekt, prowadząc do bardziej stabilnej i długotrwałej poprawy funkcjonowania pacjentów depresyjnych, a także osób zdrowych doświadczających przejściowego (subklinicznego) obniżenia nastroju (Bogadi, Kastelan, 2021; Kraehenmann

i in., 2015). Prowadzone metaanalizy zdają się wskazywać, że substancje psychodeliczne mogą wpływać modyfikująco na całość integracji procesów spostrzegania i doświadczania rzeczywistości, doprowadzając do reinterpretacji dotychczasowych, wadliwych depresyjnych schematów poznawczych (Vargas i in., 2020). Rzecz jasna o możliwości zastosowania psychodelików w takim kontekście mówić można wyłącznie wtedy, kiedy ich rodzaj, dawka, droga podania i towarzyszące okoliczności będą nadzorowane przez lekarza oraz na bieżąco monitorowane. Trudno jednocześnie założyć, iż wspomniany mechanizm, przynajmniej w pewnym zakresie, może również zachodzić w przypadku nieprofesjonalnego terapeutycznego stosowania substancji psychodelicznych, a więc w warunkach, w jakich badani w ramach niniejszego projektu oceniali oddziaływanie doświadczenia psychodelicznego na ich funkcjonowanie.

7.2 LĘK

Zaburzenia lękowe zaraz po depresji są najczęściej diagnozowanym zaburzeniem psychicznym (Patel i in. 2018). Również wśród uczestników niniejszego badania, było to drugie najczęściej występujące ze zdiagnozowanych zaburzeń. Porównując wyniki ukazujące średnie nasilenie poziomu lęku przed i po doświadczeniu psychodelicznym można potwierdzić hipotezę mówiącą o tym, iż po doświadczeniu psychodelicznym poziom jego nasilenia będzie się obniżał. Średnie wyniki zarówno w HADS-A jak i jednej ze skal w KPD (PWNL) były znacząco niższe po doświadczeniu psychodelicznym. Analogicznie jak w przypadku wpływu psychodelików na układ nagrody w odniesieniu do osłabienia objawów depresyjnych, również w kontekście symptomów lęku wskazuje się, iż substancje te mogą wzmacniać u przyjmującej je osoby aspekty bezpiecznego przywiązania – na skutek pozytywnych wzmocnień dostarczanych przez pozytywne przeżycia afektywne – osłabiając uprzednie doświadczenia lękowe (Bogadi, Kastelan, 2021). Sugeruje się ponadto wpływ substancji psychodelicznych na modyfikację poziomu aktywacji ciał migdałowatych, odgrywających krytyczną rolę w przetwarzaniu bodźców lękowych (Vargas i in., 2020). Ponownie łączenie psychodelików z psychoterapią, pozwalającą na zrozumienie i przepracowanie źródeł przeżywanego lęku, może przynosić dodatkowe korzyści, przewyższające konwencjonalne oddziaływania terapeutyczne.

7.3 UCZUCIA POZYTYWNE I NEGATYWNE

Udało się również potwierdzić trzecią hipotezę, która częściowo łączy się z zależnościami opisanymi powyżej. Po doświadczeniu psychodelicznym zmniejszyło się

nasilenie emocji negatywnych oraz zwiększyło emocji pozytywnych, co udało się wykazać za pomocą pomiaru narzędziem SUPIN. Dodatkowo większość badanych w ankiecie wskazywała szereg obszarów życiowych, których funkcjonowanie polepszyło się po doświadczeniu psychodelicznym, takie jak; samopoczucie, relacje z innymi, czy produktywność i należy przypuszczać, że zwiększenie odczuwanej satysfakcji oraz zadowolenia w tych obszarach istotnie przełożyło się na silniej odczuwane pozytywne stany afektywne i poprawę nastroju.

7.4 POZOSTAŁE ZALEŻNOŚCI

W tym miejscu warto wspomnieć, że pozytywnego wpływu sesji psychodelicznej na dobrostan psychiczny doświadczyły również osoby, bez zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych. W niniejszym badaniu stanowili oni 67% wszystkich uczestników, co przedstawiono w tabeli 5. Ich udział w badaniu oraz wyniki jakie uzyskali, zdają się być spójne z dotychczasowymi doniesieniami (np. Krebs, Johansen, 2013), wskazującymi, iż również osoby zdrowe mogą czerpać szereg korzyści, jakie daje doświadczenie psychodeliczne w zakresie poprawy jakości funkcjonowania w różnych obszarach życia, w tym poprawy subiektywnie ocenianego nastroju.

Dodatkowo wśród badanych pewną część stanowiły także osoby z diagnozami innymi niż zaburzenia depresyjne oraz lękowe. W ankiecie pojawiły się odpowiedzi opisujące diagnozy takie jak uzależnienie, zaburzenia osobowości z pogranicza, ADHD, ChAD albo zaburzenia odżywiania. Również te osoby zanotowały wyraźny spadek nasilenia objawów lęku i depresji. Na podstawie tego wnioskować można, iż obecny kierunek badań (Breeksema, Niemeijer, Krediet, 2020) zmierzający do wykazania zasadności stosowania psychodelików również w przypadku zaburzeń innych niż zaburzenia depresyjne i lękowe może być uzasadniony.

Cechą odróżniająca psychodeliki od innych substancji jest to, że ich potencjalny terapeutyczny efekt może być większy bądź mniejszy zależnie od nastawienia i otoczenia, w jakim zostaną one przyjęte. Dlatego podczas obecnie prowadzonych na świecie badań, psychodeliki podawane są w specjalnych ośrodkach pod opieką co najmniej dwóch terapeutów (Carhart-Harris, Goodwin, 2017). Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na odpowiedzi badanych, które zostały przedstawione w Tabeli 9, a są związane z ewentualnym niepożądanym lub szkodliwym działaniem przyjmowanych substancji psychodelicznych. Na pytanie o to, który aspekt życia pogorszył się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym, aż 93% osób stwierdziło, że żaden. Jest to szczególnie interesujące zważając na fakt, że zdecydowana większość osób biorących udział w niniejszym badaniu psychodelik przyjęła w

niekontrolowanych warunkach, zazwyczaj w swoim miejscu zamieszkania bądź podczas nieoficjalnej („podziemnej”) ceremonii. Osoby badane przyjmowały substancje albo samodzielnie, albo pod opieką, ale zazwyczaj niewykwalifikowanej osoby, a pomimo tego u większości z nich nie wystąpiły długoterminowe negatywne skutki uboczne. Możliwe, że tak zadowalający efekt udało się uzyskać dzięki temu, że osoby badane w miarę możliwości postępowały zgodnie z zaleceniami mającymi zapewnić bezpieczne przejście przez doświadczenie psychodeliczne (Jarret, 2020). Jak pokazuje Rysunek 7 i Rysunek 8, zdecydowana większość osób przed swoim ostatnim doświadczeniem psychodelicznym określiła intencję, przygotowała swoje otoczenie oraz poprosiła o pomoc osobę trzecią. Kiedy doświadczenie dobiegło końca, 85% osób podjęło się próby zintegrowania swojego doświadczenia, co jak mówią badania pozwala uzyskać lepszy i dłuższy efekt terapeutyczny (Sloshower, 2018). Nie można jednak wykluczyć także wystąpienia efektu nadmiernego entuzjazmu ze strony badanych, którzy koncentrując się na pozytywnych aspektach stosowania psychodelików, pomijali w odpowiedziach negatywne aspekty ich zażycia lub je minimalizowali.

Większość badanych, która miała wcześniej doświadczenie z klasycznymi formami leczenia takimi jak farmakologia czy psychoterapia, bardzo wysoko oceniła skuteczność działania psychodelików, co przedstawia Rysunek 9 oraz Rysunek 10. Aż 70% wśród osób korzystających wcześniej z leczenia farmakologicznego uznała działanie psychodeliku za skuteczniejsze od leków przeciwdepresyjnych. Obecne wyniki badań (np. Nichols, 2016) potwierdzają, że psychodeliki w niektórych przypadkach wykazują wysoką skuteczność jednocześnie wywołując mniej efektów ubocznych niż leki z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI).

Wśród osób będących wcześniej w procesie psychoterapeutycznym prawie połowa uznała tę formę leczenia za mniej skuteczną niż sesja psychodeliczna. Ta odpowiedź również znajduje swoje potwierdzenie w badaniach. Osoby porównujące psychoterapię z doświadczeniem psychodelicznym zwracały uwagę, iż standardowe podejście terapeutyczne wiąże się z długotrwałym oczekiwaniem na efekty przy jednocześnie wysokich kosztach. Dodatkowo wiele osób, szczególnie zmagających się z traumami stwierdziło, że podczas standardowej rozmowy terapeutycznej nie byli w stanie przepracować swoich problemów (Breeksema, Niemeijer, Krediet, 2020). Jednocześnie duża część badanych widzi potencjał w połączeniu psychodelików z terapią, co również potwierdzają wyniki badań mówiące, że efekt terapeutyczny utrzymuje się najdłużej kiedy doświadczenie psychodeliczne jest elementem pełnego procesu terapeutycznego (Carhart-Harris, 2019).

8. WNIOSKI

8.1 OGÓLNA KONKLUZJA

Założono, że pojedyncze doświadczenie psychodeliczne wpłynie na zmniejszenie objawów depresji, lęku i uczuć negatywnych, jednocześnie zwiększając nasilenie uczuć pozytywnych. Oczekiwanie to znajduje swe uzasadnienie w licznych wynikach badań przeprowadzanych w ośrodkach na całym świecie (Breeksema, Niemeijer, Krediet, 2020), a otrzymane podczas niniejszych badań wyniki w całości potwierdzają przyjęte założenia. Choć badana próba oraz konstrukcja badań nie pozwalają z pewnością na sformułowanie kategoriycznych wniosków lub rekomendacji w zakresie możliwości stosowania substancji psychodelicznych oraz oczekiwania ich skuteczności w zakresie poprawy funkcjonowania osób doświadczających objawów depresyjno-lękowych, mogą one stanowić ważną informację na temat potencjału terapeutycznego psychodelików. W tym sensie uzyskane w toku zrealizowanego projektu rezultaty należy traktować jako uzasadnienie dla prowadzenia dalszych wysiłków badawczych w tym obszarze. Trudno pominąć, iż zrealizowane badania, pomimo, iż miały jedynie charakter ankietowy, należą do nielicznych tego typu przedsięwzięć podejmowanych w Polsce, których wyniki byłyby ogólnodostępne.

8.2 OGRANICZENIA ZASTOSOWANEJ PROCEDURY

Przede wszystkim trzeba zaznaczyć, że w ramach realizowanych badań nie podawano substancji psychodelicznej uczestnikom. Obecna sytuacja prawna w zasadzie nie pozwala na przeprowadzenie tego typu eksperymentu, a na pewno czyni próby takich badań niezwykle trudnymi. Badanie opierało się zatem na podstawowym założeniu, iż osoby badane istotnie mają za sobą doświadczenie psychodeliczne, czego oczywiście nie można było zweryfikować.

Kolejne ograniczenie może wynikać ze zniekształceń poznawczych (sposstrzegania, pamięci) uczestników badania. Co prawda większość badanych zażyła psychodelik w ciągu ostatnich kilkunastu tygodni, jednak wyniki byłyby na pewno bardziej rzetelne, gdyby pierwsza część badania odbywała się rzeczywiście przed doświadczeniem psychodelicznym, a druga po nim, a nie wyłącznie retrospektywnie.

Trzecim ograniczeniem był brak standaryzacji okoliczności zażycia psychodeliku, w tym kontroli jego rodzaju, dawki, drogi przyjęcia etc. Każdy z badanych robił to na własną rękę, w otoczeniu różnych osób, które również mogły wpłynąć (tak pozytywnie, jak

i negatywnie) na konkretne doświadczenie psychodeliczne oraz następujące po nim efekty, a także ich późniejszą subiektywną ocenę przez badanych.

8.3 IMPLIKACJE PRAKTYCZNE I DALSZE KIERUNKI BADAŃ

Mając świadomość powyższych ograniczeń można wymienić kilka implikacji wynikających ze zrealizowanego projektu badawczego. Przede wszystkim udało się potwierdzić w polskich warunkach wnioski płynące z zagranicznych doniesień o pozytywnym wpływie substancji psychodelicznych na objawy depresji i lęku. Tego typu ustalenia mogą otworzyć drogę to przeprowadzenia kolejnych badań, być może polegających już na bezpośrednim podaniu substancji psychodelicznej w pełni kontrolowanych warunkach. Projekt ten może zatem stanowić istotny przyczynek do dalszej eksploracji naukowej tego zagadnienia. Badanie pokazało również w przypadku jakich zaburzeń istnieje największa potrzeba potencjalnego wykorzystania tego typu substancji jako elementu leczenia z wykorzystaniem oddziaływań farmakologicznych oraz psychoterapii lub jego wspomagania. Oprócz zaburzeń depresyjnych i lękowych, w badaniu wzięło stosunkowo dużo osób zmagających się z uzależnieniem, więc być może ta grupa również powinna znaleźć się w obszarze zainteresowań przy okazji projektowania kolejnych badań. Warto jednak mieć na uwadze, że również osoby bez formalnie postawionych rozpoznań zespołów psychopatologicznych odnoszą korzyści z działania substancji psychodelicznych, doświadczając szeregu pozytywnych efektów. W sposób pośredni niniejsze badanie to potwierdziło dotychczasowe sugestie odnośnie do bezpieczeństwa używania substancji psychodelicznych. Jak wspomniano w poprzednich rozdziałach, nastawienie i otoczenie (*Set & Settings*) jest jednym z kluczowych elementów doświadczenia psychodelicznego. Pomimo tego, że osoby biorące udział w badaniu pozyskiwały substancje z „czarnego rynku”, a podczas sesji w zdecydowanej większości były albo same, albo w towarzystwie niewykwalifikowanej osoby, to aż 87% z nich nie zauważyło po doświadczeniu psychodelicznym żadnych efektów ubocznych wpływających na ich późniejsze funkcjonowanie. Warto podjąć dalsze starania, aby zweryfikować, czy wynik ten byłby podobny, a może jeszcze wyższy, gdyby doświadczenie odbywało się w bezpiecznych, kontrolowanych warunkach pod opieką profesjonalnych terapeutów. Jest to bardzo ciekawy kierunek, zważając na odpowiedzi z ankiety, w których prawie jedna czwarta badanych uznała doświadczenie psychodeliczne jako potencjalnie dobre uzupełnienie klasycznej psychoterapii.

Warto również rozważyć potencjał zastosowania psychodelików w przypadku takich zaburzeń jak BPD (borderline personality disorder) czy schizofrenia, ponieważ obecnie,

pomimo tego, że zakłada się, że ich zażywanie wiąże się z potencjalnym zagrożeniem, to brak jednoznacznych dowodów powoduje, że osoby cierpiące na te zaburzenia próbują tej metody na własną rękę.

Ostatecznie jednak, pomimo obiecujących wyników, nie należy poddawać się przesadnemu optymizmowi, który można dostrzec w niektórych zagranicznych mediach. Raczej warto podejmować wysiłki, aby przeprowadzić jak najpełniejsze rzetelne badania, traktując psychodeliki nie tyle jako „lek na wszystko”, ile kolejne być może skuteczne narzędzie w walce z narastającym kryzysem psychicznym, podczas którego obecnie znane metody często okazują się niewystarczające.

LITERATURA CYTOWANA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Argento, E., Christie, D., Mackay, L., Callon, C., Walsh, Z. (2021). Psychedelic-Assisted Psychotherapy After COVID-19: The Therapeutic Uses of Psilocybin and MDMA for Pandemic-Related Mental Health Problems. *Frontiers in Psychiatry* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.716593>
- Barbosa, P. C., Giglio, J. S., Dalgarrondo, P. (2005). Altered states of consciousness and short-term psychological after-effects induced by the first time ritual use of ayahuasca in an urban context in Brazil. *Journal of psychoactive drugs*, 37 (2), s. 193–201. <https://doi.org/10.1080/02791072.2005.10399801>
- Bedyńska, S., Brzezicka-Rotkiewicz, A. (2007). *Statystyczny drogowskaz*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L., Simpson, S. A. (2014). Major Depression. *Medical Clinics of North America*, 98 (5), s. 981–1005. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.013>
- Beyond Blue (2022). *Types of anxiety*. Pobrane z: <https://www.beyondblue.org.au/the-facts/anxiety/types-of-anxiety> (24.02.2022)
- Bogenschutz, M. P., Forchimes, A. A., Pommy, J. A., Wilcox, C. E., Barbosa, P., Strassman, R. J. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: A proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology* 29 (3), s. 289–299. <https://doi.org/10.1177/0269881114565144>
- Breeksema, J.J., Niemeijer, A.R., Krediet, E. (2020) Psychedelic Treatments for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Patient Experiences in Qualitative Studies. *CNS Drugs* 34, s. 925–946. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00748-y>
- Bogadi, M., & Kaštelan, S. (2021). A potential effect of psilocybin on anxiety in neurotic personality structures in adolescents. *Croatian medical journal*, 62(5), 528–530. <https://doi.org/10.3325/cmj.2021.62.528>
- Brzozowski, P. (2010). Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN. Polska adaptacja skali PANAS Davida Watsona i Lee Anny Clark. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych PTP

- Carhart-Harris, R. L. (2019). How do psychedelics work? *Current Opinion in Psychiatry* 32 (1), s. 16–21. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000467>
- Carhart-Harris, R. L., Goodwin, G. M. (2017). The Therapeutic Potential of Psychedelic Drugs: Past, Present, and Future. *Neuropsychopharmacology*, 42 (11), s. 2105–2113. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.84>
- Carhart-Harris, R. L., Kaelen, M., Bolstridge, M., Williams, T. M., Williams, L. T., Underwood, R., Feilding, A., Nutt, D. J. (2016). The paradoxical psychological effects of lysergic acid diethylamide (LSD). *Psychological Medicine* 46 (7), s. 1379–1390. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002901>
- Carhart-Harris, R., Giribaldi, B., Watts, R., Baker-Jones, M., Murphy-Beiner, A., Murphy, R., Martell, J., Blemings, A., Erritzoe, D., Nutt, D. J. (2021). Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression. *New England Journal of Medicine* 384 (15), s. 1402–1411. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2032994>
- Carod-Atrial F.J. (2015). Hallucinogenic drugs in pre-Columbian Mesoamerican cultures. *Neurologia* 30 (1), s. 42-49. Pobrane z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21893367/> (24.12.21)
- Catlow, B. J., Jalloh, A., & Sanchez-Ramos, J. (2016). Hippocampal neurogenesis: effects of psychedelic drugs. [w:] Preedy, V. R. (red.) *Neuropathology of drug addictions and substance misuse volume 1: foundations of understanding, tobacco, alcohol, cannabinoids and opioids*, s. 821–831. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800212-4.00077-7>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010). Current depression among adults United States, 2006 and 2008. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 59 (38), s. 1229–1235. (CDC, 2010)
- Chang, B., Gitlin, D., Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency medicine practice* 21 (5), s. 1–23
- Clark, D. M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia [w:] R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, s. 69–93. The Guilford Press
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., Zinbarg, R. E. (2011). What Is an Anxiety Disorder? *FOCUS*, 9 (3), 369–388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>

- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World psychiatry : Official journal of the World Psychiatric Association*, 13 (1), s. 56–67. <https://doi.org/10.1002/wps.20089>
- Dattani, S., Ritchie H., Roser M. (2021). *Mental Health*. Pobrane z: <https://ourworldindata.org/mental-health> (22.12.2021)
- Davis, A. K., Barrett, F. S., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., Finan, P. H., Griffiths, R. R. (2021). Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 78 (5), s. 481–489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3285>
- Dorsen, C., Palamar, J., Shedlin, M. G. (2019). Ceremonial "plant medicine" use and its relationship to recreational drug use: an exploratory study. *Addiction research and theory*, 27 (2), s. 68–75. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1455187>
- Dyck, E. (2006). Hitting Highs at Rock Bottom: LSD Treatment for Alcoholism, 1950–1970. *Soc. Hist. Med.* 19 (2), s. 313-329
- Eisenberg, J. (2016). Nonpharmacological versus pharmacological treatment for patients with major depressive disorder: Current state of the evidence. *FOCUS*, 14 (2), s. 283–293. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140203>
- Eliade, M. (1981). *History of Religious Ideas: From the Stone Age to the Eleusinian Mysteries*. Chicago: University of Chicago Press
- Fadiman, J., Lorenc, M. (2019). *Przewodnik psychodelicznego podróżnika*. Warszawa: Wydawnictwo Cień Kształtu
- Frodl, T. S., Koutsouleris, N., Bottlender, R., Born, C., Jäger, M., Scupin, I., Reiser, M., Möller, H. J., Meisenzahl, E. M. (2008). Depression-Related Variation in Brain Morphology Over 3 Years. *Archives of General Psychiatry*, 65 (10), s. 1156. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1156>
- Gale, C. (2000). Extracts from “Clinical Evidence”: Anxiety disorder. *BMJ*, 321 (7270), s. 1204–1207. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7270.1204>
- Garcia-Romeu, A., Griffiths, R., Johnson, M. (2015). Psilocybin-Occasioned Mystical Experiences in the Treatment of Tobacco Addiction. *Current Drug Abuse Reviews* 7 (3), s. 157–164. <https://doi.org/10.2174/1874473708666150107121331>
- Gashi, L., Sandberg, S., Pedersen, W. (2021). Making “bad trips” good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences.

International Journal of Drug Policy 87, s. 102997.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102997>

Gasser, P. (2017). *LSD Treatment in Persons Suffering From Anxiety Symptoms in Severe Somatic Diseases or in Psychiatric Anxiety Disorders (LSD-assist)*. Pobrane z: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03153579> (24.06.2022).

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), s. 57–68.
<https://doi.org/10.1177/0269881114555249>

Głuska-Durenkamp, M. (2022). *Psychodeliki mogą nas uzdrowić*. Pobrane z: <https://www.womenshealth.pl/lekcja-zycia/Psychodeliki-moga-nas-uzdrowic,16265,1> (20.03.2022)

Grinspoon L, Bakalar JB. (1979). *Psychedelic Drugs Reconsidered*. New York: Basic Books
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), s. 71.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.116>

Grof, A (2000). *Obszary nieświadomości. Raport z badań nad LSD*. Kraków: Wydawnictwo A.

Grof, S., Halifax, J. (1977). *The Human Encounter with Death*. Boston: E. P. Dutton

Guss, J., Krause, R., Slosower, J. (2020). The Yale Manual for Psilocybin-Assisted Therapy of Depression (using Acceptance and Commitment Therapy as a Therapeutic Frame). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, s. 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>

Hammen, C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

Heitzman, J. (2007). *Psychiatria podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL

Hendricks, P. S., Thorne, C. B., Clark, C. B., Coombs, D. W., Johnson, M. W. (2015). Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population. *Journal of Psychopharmacology* 29 (3), s. 280–288.
<https://doi.org/10.1177/0269881114565653>

Herman, J. P. (2013). Neural control of chronic stress adaptation. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7 (61), s. 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00061>

- Hoffman, A (2016). *LSD moje trudne dziecko. Historia odkrycia cudownego narkotyku*. Warszawa: Cień Kształtu
- Hutten, N. R. P. W., Mason, N. L., Dolder, P. C., Theunissen, E. L., Holze, F., Liechti, M. E., Varghese, N., Eckert, A., Feilding, A., Ramaekers, J. G., Kuypers, K. P. C. (2020). Low Doses of LSD Acutely Increase BDNF Blood Plasma Levels in Healthy Volunteers. *ACS Pharmacology and Translational Science*, 4 (2), s. 461–466. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00099>
- ICPR. (2020). *Every psychedelic study currently going on in Europe*. Pobrane z: <https://icpr2020.net/europes-psychedelic-science-renaissance/> (28.12.2021)
- Jarret, C. (2020). *How to have a safe psychedelic trip*. Pobrane z: <https://psyche.co/guides/how-to-have-a-safe-psychedelic-trip> (21.02.2022)
- Johnson, M., Richards, W., Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (6), s. 603–620. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>
- Kelley J. (2010). *Antidepressants: Do they “work” or don’t they?* Pobrane z: www.scientificamerican.com/article/antidepressants-do-they-work-or-dont-they/ (23.12.2021)
- Kozieł, P., Lomper, K., Uchmanowicz, B., Polański, J. (2016). Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 10 (1), 28–36
- Kraehenmann R, Preller KH, Scheidegger M, Pokorny T, Bosch OG, Seifritz E (2015). Psilocybin-induced decrease in amygdala reactivity correlates with enhanced positive mood in healthy volunteers. *Biol Psychiatry*. 78, 572–81. <https://doi:10.1016/j.biopsych.2014.04.010>
- Krebs, T. S., Johansen, P. R. (2013). Psychedelics and Mental Health: A Population Study. *PLoS ONE* 8 (8), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063972>.
- Lake, J., & Turner, M. S. (2017). Urgent need for improved mental health care and a more collaborative model of care. *The Permanente Journal*, 21, s.17–24
- Liechti, M., Borgwardt, S. (2019). *LSD Therapy for Persons Suffering From Major Depression (LAD)*. Pobrane z: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03866252> (28.12.2021).
- Liechti, M., Schmid, Y. (2019). *Lysergic Acid Diethylamide (LSD) as Treatment for Cluster Headache (LCH)*. Pobrane z: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03781128>. (28.12.2021).

- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*, 36 (5), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000073451>
- Lorenc, M (2019). *Czy psychodeliki uratują świat?* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej
- Lutkajtis, A. (2021). Four individuals' experiences during and following a psilocybin truffle retreat in the Netherlands. *Journal of Psychedelic Studies*, 5 (1), s. 22–32. <https://doi.org/10.1556/2054.2021.00162>
- Łojek E., Stańczak J., Wójcik A. (2015). Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD). Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
- Łoza. B., Parnowski. T. (2012). *Nowa depresja. Nowe leczenie.* Warszawa: PZWL
- McGonigle, J., Sereno, M. I., Nichols, D., Hellyer, P. J., . Nutt, D. J. (2016). Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113 (17), s. 4853–4858. <https://doi.org/10.1073/pnas.1518377113>
- Miller, L. R. (2017). *Psychedelic Medicine: The Healing Powers of LSD, MDMA, Psilocybin, and Ayahuasca.* Vermont: Park Street Press
- Moreno, F. A., Wiegand, C. B., Taitano, E. K., Delgado, P. L. (2006). Safety, Tolerability, and Efficacy of Psilocybin in 9 Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 67 (11), s. 1735–1740. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1110>
- Murray, C. J. L. (2013). The State of US Health, 1990–2010. *JAMA* 310 (6), s 590-606. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.13805>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression.* London: Royal College of Psychiatrists
- Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological Reviews* 68 (2), s. 264–355. <https://doi.org/10.1124/pr.115.011478>
- Novak, S. J. (1997). LSD before Leary: Sidney Cohen's Critique of 1950s Psychedelic Drug Research. *Isis* 88 (1), s. 87–110. <https://doi.org/10.1086/383628>
- Nutt, D., Wilson, S., Paterson, L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10 (3), 329–336. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt>
- Oldenberg, H. (1988). *Religion of the Veda.* Delhi: Motilal Banarsidass Pub

- Olisah, V. (2012). *Essential Notes in Psychiatry*. London: Intechopen
- Osório, F. D. L., Sanches, R. F., Macedo, L. R., dos Santos, R. G., Maia-de-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., de Araujo, D. B., Riba, J., Crippa, J. A., Hallak, J. E. (2015). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 37 (1), s. 13–20. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1496>
- Ott, J. Bigwood, J. (1978). *Teonanacatl hallucinogenic Mushrooms*. Seattle: Madrona Publishers
- Palazidou, E. (2012). The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin*, 101 (1), s.127–145. <https://doi.org/10.1093/bmb/lds004>
- Patel, V. i in. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet* 392 (10157), s. 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x)
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R. (2011). *When Groups Meet*. Amsterdam: University Press.
- Pollan, M. (2021). *Jak zmienić swój umysł. Czego nowe badania nad psychodelikami uczą nas o świadomości, umieraniu, uzależnieniu, depresji i transcendencji*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyka Polityczna
- Richards, W. A. (2015). *Sacred Knowledge*. New York: Columbia University Press
- Roseman, L., Nutt, D. J., Carhart-Harris, R. L. (2018). Quality of Acute Psychedelic Experience Predicts Therapeutic Efficacy of Psilocybin for Treatment-Resistant Depression. *Frontiers in Pharmacology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00974>
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., Mennenga, S. E., Belser, A., Kalliontzi, K., Babb, J., Su, Z., Corby, P., Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology* 30 (12), s. 1165–1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>
- Ryn, Z. (2007). *Medycyna indiańska*. Kraków: Wydawnictwo Literackie
- Santos, R. G. D., Bouso, J. C., Hallak, J. E. C. (2017). Ayahuasca: what mental health professionals need to know. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44 (4), s. 103–109. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000130>
- Sessa, B. (2019). *Renesans Psychodeliczny*. Warszawa: Wydawnictwo Okultura
- Shulgin, A., Shulgin, A. (1997). *TIHKAL*. Berkeley: Transform Press
- Singh, U. (2008). *A History of Ancient and Early Medieval India: From the Stone Age to the 12th century*. Londyn: Pearson Education

- Sloshower, J. A. (2018). Integrating Psychedelic Medicines and Psychiatry: Theory and Methods of a Model Clinic [w:] Labate, B. C., Cavnar, C. (red.) *Plant Medicines, Healing and Psychedelic Science: cultural Perspectives*, s. 113–132. Cham: Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-76720-8>
- Sloshower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., Skinta, M. D. (2019). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, s. 12– 19. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>
- Stefaniuk J. (2017). „Terapia szokowa”, czyli agoniści receptor 5-HT_{2A} w leczeniu depresji i lęku, w: M. Dąsala (red.), *Acta Uroboroi. W kręgu alchemii*, Wrocław: Studenckie Koło Naukowe Uroboros
- Strassman R. J. (1995). Hallucinogenic drugs in psychiatric research and treatment. Perspectives and prospects. *The Journal of nervous and mental disease*, 183 (3), s. 127–138. <https://doi.org/10.1097/00005053-199503000-00002>
- Strassman, R. J. (1991). Human Hallucinogenic Drug Research in the United States: A Present-day Case History and Review of the Process. *Journal of Psychoactive Drugs* 23 (1), s. 29–38. <https://doi.org/10.1080/02791072.1991.10472572>
- Studerus, E., Komater, 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), s. 1434–1452. <http://doi.org/10.1177/0269881110382466>
- Swift, T. C., Belsler, A. B., Agin-Liebes, G., Devenot, N., Terrana, S., Friedman, H. L. (2017). Cancer at the Dinner Table: Experiences of Psilocybin-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Cancer-Related Distress. *Journal of Humanistic Psychology* 57 (5), s. 488–519. <http://doi.org/10.1177/0022167817715966>
- Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*, 199 (6), s. 28–31. <https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 89–106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>
- Uthaug, M. V., van Oorsouw, K., Kuypers, K. P. C., van Boxtel, M., Broers, N. J., Mason, N. L., Toennes, S. W., Riba, J., Ramaekers, J. G. (2018). Sub-acute and long-term effects of ayahuasca on affect and cognitive thinking style and their association with ego dissolution.

Psychopharmacology 235 (10), s. 2979–2989. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4988-3>

- Wasson, R. Gordon, Ruck, Carl, Hofmann, A. (1978). *The Road to Eleusis: Unveiling the Secret of the Mysteries*. San Diego: Harcourt, Brace, Jovanovich
- Watson, D., Clark, L. A. (1994). The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form. Ames: University of Iowa
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Watts, R., Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 15, s. 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.004>
- Winstock, Adam R and Timmerman, C and Davies, E and Maier, LJ and Zhuparris, A and Ferris, JA and Barratt, Monica J and Kuypers, KPC (2021) *Global drug survey (GDS) 2020 psychedelics key findings report*. London: Global Drug Survey
- World Health Organization. (2004). *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems: ICD-10: Volume 3: Alphabetical Index (Second Edition)*. World Health Organization
- Zawilska, J. B., Kacela, M., Adamowicz, P. (2020). NBOMes–Highly Potent and Toxic Alternatives of LSD. *Frontiers in Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00078>

SPIS TABEL I RYSUNKÓW

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne depresji według DSM-5 Źródło: Opracowanie własne na podstawie APA (2013)	13
Tabela 2. Kryteria diagnostyczne depresji według ICD-10 Źródło: Opracowanie własne na podstawie WHO (2004)	14
Tabela 3. Zakończone badania na ludziach z użyciem psychodelików w latach 2006-2020 Źródło: Opracowanie własne na podstawie Carhart-Harris, R. L., Goodwin, G. M. (2017), oraz Davis, A. K. i in. (2021)	43
Tabela 4. Proces psychoterapii wspomaganiej psychodelikami, przykładowy schemat. Źródło: Opracowanie własne na podstawie Guss, J., Krause, R., Slosower, J. (2020)	51
Tabela 5. Potencjalne diagnozy osób badanych (Opracowanie własne)	70
Tabela 6. Charakterystyka ostatniego doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne)	74
Tabela 7. Integracja doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne)	76
Tabela 8. Co poprawiło się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym (Opracowanie własne)	77
Tabela 9. Co pogorszyło się po ostatnim doświadczeniu psychodelicznym (Opracowanie własne)	77
Tabela 10. Statystyki opisowe KPD przed i po doświadczeniu psychodelicznym	79
Tabela 11. Statystyki opisowe HADS A przed i po doświadczeniu psychodelicznym	80
Tabela 12. Statystyki opisowe SUPIN przed i po doświadczeniu psychodelicznym	81

Rysunek 1. Płeć osób badanych (Opracowanie własne)	68
Rysunek 2. Wiek osób badanych (Opracowanie własne)	69
Rysunek 3. Ilość poprzednich doświadczeń psychodelicznych osób badanych (Opracowanie własne)	71
Rysunek 4. Częstotliwość zażywania psychodelików przez badanych (Opracowanie własne)	71
Rysunek 5. Kiedy badani odbyli ostatnie doświadczenie psychodeliczne (Opracowanie własne)	72
Rysunek 6. Substancja zażyta podczas ostatniego doświadczenia psychodelicznego (Opracowanie własne)	73
Rysunek 7. Przygotowanie przed ostatnim doświadczeniem psychodelicznym (Opracowanie własne)	73
Rysunek 8. W czym towarzystwie odbyło się ostatnie doświadczenie psychodeliczne	75
Rysunek 9. Porównanie doświadczenia psychodelicznego do psychoterapii (Opracowanie własne)	78
Rysunek 10. Porównanie doświadczenia psychodelicznego do farmakologii (Opracowanie własne).	78

ANEKS

NR 1. PYTANIA NARZĘDZIA BADAWCZEGO NR 1 (KWESTIONARIUSZ–METRYCZKA)

1. Ile ma Pan/Pani lat?
2. Z jaką płcią się Pan/Pani identyfikuje?
3. Czy ma Pan/Pani zdiagnozowane jakieś zaburzenie psychiczne? Jakie?
4. Jakie substancje psychoaktywne Pan/Pani przyjmował(a)?
Ile razy brał Pan/Pani psychodelik w przeszłości?
5. Jak często zażywa Pan/Pani psychodeliki?
6. Kiedy odbył Pan/Pani ostatnie doświadczenie psychodeliczne?
7. Jaką substancję Pan/Pani zażył?
8. Czy przygotowywał się Pan/Pani przed doświadczeniem psychodelicznym (ustalenie intencji, przygotowanie odpowiedniego otoczenia, muzyki itp.)?
9. Czy podczas doświadczenia psychodelicznego doświadczył Pan/Pani któregoś z poniższych zjawisk? (Śmierć ego/Poczucie, że umieram, Przepracowanie sytuacji/traum z przeszłości, Uświadomienie sobie ukrytych traum/emocji/potrzeb, Spojrzenie za siebie/swoje życie z innej perspektywy, Zaakceptowanie bądź odpuśczenie pewnych myśli/emocji, Zdystansowanie się do swoich myśli/emocji, Żadna z wyżej wymienionych rzeczy się nie pojawiła)
10. W czym towarzystwie odbyło się to doświadczenie?
11. W jaki sposób integrował/przepracował Pan/Pani doświadczenie psychodeliczne?
12. Który z poniższych obszarów według Pana/Pani poprawił się po doświadczeniu psychodelicznym?
13. Który z poniższych obszarów według Pana/Pani pogorszył się po doświadczeniu psychodelicznym?
14. Jakie są Pana/Pani subiektywne odczucia, jeśli chodzi o porównanie sesji psychodelicznej do standardowej psychoterapii?
15. Jakie są Pana/Pani subiektywne odczucia, jeśli chodzi o porównanie sesji psychodelicznej do farmakoterapii?

NR 2. PYTANIA KWESTIONARIUSZA DO POMIARU DEPRESJI (KPD)

1. Szukałem (szukałam) informacji, aby dowiedzieć się czegoś więcej o tym, co było dla mnie ważne.
2. Czułem (czułam) się samotny i opuszczony przez najbliższe mi osoby.
3. Gdy zdarzyło mi się coś dobrego, mój nastrój poprawiał się.
4. Próbowałem (próbowałam) kolejny raz, jeśli nie udawało mi się zrobić czegoś, co było dla mnie ważne.
5. Szukałem (szukałam) informacji, które pomogłyby mi w lepszym radzeniu sobie z codziennymi sprawami.
6. Chciało mi się płakać.
7. Odkładałem (odkładałam) na później zrobienie różnych rzeczy.
8. Byłem (byłam) napięty (napięta) i niespokojny (niespokojna).
9. Czułem (czułam) się winny (winna), gdy coś złego się zdarzyło.
10. Czułem (czułam) nieprzyjemne napięcie w moim ciele.
11. Myślałem (myślałam) o tym, żeby odebrać sobie życie.
12. Z przyjemnością czekałem (czekałam) na przyszłe wydarzenia.
13. Czułem (czułam), że zasłużyłem (zasłużyłam) na karę.
14. Proste codzienne czynności zabierały mi więcej czasu niż zwykle.
15. Kiedy odwracałem (odwracałam) stronę książki lub gazety, nie pamiętałem (pamiętałam) o czym czytałem (czytałam).
16. Prosiłem (prosiłam) inne osoby, aby pomogły mi w poradzeniu sobie z codziennymi sprawami.
17. Moja energia życiowa zmniejszyła się.
18. Wszystko mnie martwiło.
19. Planowałem (planowałam) odebrać sobie życie.
20. Odkładałem (odkładałam) na bok mniej istotne sprawy, aby zająć się tym, co w danej chwili jest najważniejsze.
21. Było mi trudno przygotować prosty posiłek.
22. Byłem (byłam) szczęśliwy (szczęśliwa).
23. Czułem (czułam) się winny (winna), że czegoś nie zrobiłem (zrobiłam).
24. Szukałem (szukałam) różnych sposobów rozwiązania, gdy miałem (miałam) trudny problem.
25. Miałem (miałam) poczucie winy z powodu rzeczy, które zrobiłem (zrobiłam).
26. Budziłem (budziłam) się w środku nocy lub wcześniej niż zwykle i nie mogłem (mogłam) zasnąć z powrotem.
27. Wracałem (wracałam) myślami do przykrych wydarzeń.
28. Uważałem (uważałam), że jestem wartościową osobą.
29. Wszystko napawało mnie obawą i niepokojem.
30. Chciałem (chciałam) ukryć się przed ludźmi.
31. Trudniami było zebrać myśli.
32. Sprawiałem (sprawiałałam) sobie drobne przyjemności.
33. Czekałem (czekałam) aż sprawy same się ułożą, gdy sobie z czymś nie radziłem (radziłam).
34. Zmuszałem (zmuszałam) się, aby wykonać nawet najprostsze czynności.
35. Czułem (czułam), że nie mam na nic ochoty.
36. Było mi trudno zdobyć się na jakikolwiek wysiłek fizyczny lub umysłowy.
37. W ciągu dnia czułem (czułam) się zmęczony (zmęczona), mimo że spałem (spałam).
38. Było mi obojętne, co się ze mną stanie.
39. Podejmowanie najprostszych decyzji sprawiało mi trudność.

40. Męczyło mnie poruszanie się.
41. Uważałem (uważałam), że wiele rzeczy mi się uda, jeśli tylko będę chciał (chciała).
42. Nie mogłem (mogłam) się skoncentrować i skupić uwagi.
43. Szukałem (szukałam) pomocy innych ludzi, żeby poradzić sobie z moimi codziennymi problemami.
44. Nie mogłem (mogłam) się do niczego zmobilizować.
45. Wolałem (wolałam) być sam (sama) niż z innymi ludźmi.
46. Kiedy odkładałem (odkładałam) słuchawkę telefoniczną, nie pamiętałem (nie pamiętałam), o czym rozmawiałem (rozmawiałam) lub po co dzwoniłem (dzwoniłam).
47. Myślałem (myślałam), że wszystko, co mnie spotyka, to kara.
48. To, co kiedyś ceniłem (ceniłam), straciło dla mnie znaczenie.
49. Myślałem (myślałam), że moja przyszłość jest beznadziejna.
50. Moje przygnębienie nasilało się wieczorem.
51. Cieszył mnie nawet najmniejszy mój sukces.
52. Sporządzałem (sporządzałam) plan, żeby dać sobie radę z codziennymi sprawami.
53. Cieszyłem (cieszyłam) się z życia.
54. Myślałem (myślałam) o własnej śmierci lub o tym, czy mam po co żyć.
55. Gdy myślałem (myślałam) o przeszłości, moje życie wydawało mi się jednym wielkim pasmem nieszczęścia.
56. Czułem (czułam), że inni ludzie mnie nie rozumieją.
57. Zapisywałem (zapisywałam) ważne informacje, żeby o nich nie zapomnieć.
58. To, co wcześniej lubiłem (lubiłam), nie sprawiało mi przyjemności.
59. Czułem (czułam) się, jakbym był (była) bez uczuć.
60. Bałem (bałam) się, że stracę wsparcie bliskich osób.
61. Martwiłem (martwiłam) się moim zdrowiem fizycznym i / lub psychicznym.
62. Nie mogłem (mogłam) skupić się na tym, co robiłem (robiłam) w danej chwili.
63. Odczuwałem (odczuwałam) smutek
64. Nie mogłem (mogłam) zasnąć.
65. To, co wcześniej mnie interesowało, przestało być dla mnie takie zajmujące.
66. Moje przygnębienie nasilało się rano.
67. Czułem (czułam), że nie radzę sobie z moimi codziennymi obowiązkami.
68. Było mi obojętne, co stanie się w przyszłości.
69. Myślałem (myślałam), że nie ma we mnie nic dobrego.
70. Starąłem (staralam) się dbać o swój wygląd.
71. Miałem (miałam) kłopoty ze skończeniem tego, co zacząłem (zaczęłam).
72. Niepowodzenia łatwo mnie załamywały.
73. Uważałem (uważałam), że muszę odkupić swoje winy.
74. Nie miałem (miałam) w ogóle apetytu lub podjadałem (podjadałam) więcej niż zwykle.
75. Moje zainteresowanie sprawami związanymi z seksem, zmniejszyło się.

NR 3. OKREŚLENIA SKALI UCZUĆ POZYTYWNYCH I NEGATYWNYCH (SUPIN)

aktywny(a)
„jak na szpilkach”
mocny(a)
nerwowy(a)
niespokojny(a)
obawiający(a) się
ożywiony(a)
pilny(a)
pełen (pełna) zapału
przerażony(a)
przestraszony(a)
przygnębiony(a)
rażny(a)
roztrzęsiony(a)
silny(a)
stanowczy(a)
uważny(a)
winny(a)
wystraszony(a)
zainspirowany(a)
zainteresowany(a)
załęczniony(a)
zaniepokojony(a)
zapałony(a)
zawstydzony(a)
zdecydowany(a)
zdenerwowany(a)
zmartwiony(a)
żwawy(a)
żywy(a)

NR 4. OKREŚLENIA SZPITALNEJ SKALI DEPRESJI I LĘKU: część dot. lęku (HADS-A)

Czuję się napięta/y
Bywa, że przeżywam lęk do tego stopnia, że czuję drżenie w żołądku
Obawiam się, że wydarzy się coś okropnego
Czuję się, jakbym nie mógł/a znaleźć sobie miejsca
Martwię się:
Miewam napady panicznego strachu
Jestem w stanie odprężyć się