Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

VÝZKUMNÉ ZPRÁVY

Psychedelika
v České republice

R. Kočárová, F. Kňažek, B. Bláhová,
M. Plevková a kol.

10

Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Psychedelika v České republice

přehled situace, zkušenosti a názory uživatelů a poskytovatelů péče

Autoři: R. Kočárová, F. Kňažek, B. Bláhová, M. Plevková a kol.

© Úřad vlády České republiky, 2022
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

T A Č R

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ZÉTA.

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost.

Tato publikace vznikla jako výsledek projektu „Aplikace výzkumných metod při tvorbě návrhu systému služeb pro uživatele psychedelických látek" (TJ02000156) spolufinancovaného se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ZÉTA a byla podpořena darem od REDOX, s. r. o. Je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Rita Kočárová byla dále podpořena programem UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí" a prostředky na dlouhodobý rozvoj organizace.

Za odborné konzultace při realizaci projektu i tvorbě publikace děkujeme RNDr. Karlu Valešovi, Ph.D., doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D., Mgr. et Mgr. Heleně Rampachové, Mgr. Jindřichu Vobořilovi, Pg. Dip., MUDr. Stanislavu Kudrlemu, Ing. Janě Michailidu, Robertu Veverkovi a řadě dalších odborníků.

Děkujeme aplikačním garantům projektu – Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a závislosti, Společnosti Podané ruce, A. N. O. – Asociaci nestátních organizací.

Děkujeme Jiřímu Vildovi a Jakubu Gromanovi za pomoc se statistickou analýzou dat.

Děkujeme také všem uživatelům i poskytovatelům péče za vyplnění dotazníku.

Psychedelika v České republice. Přehled situace, zkušenosti a názory uživatelů a poskytovatelů péče
1. vydání
© Úřad vlády České republiky, 2022
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 296 153 222
rvkpp.vlada.cz, drogy-info.cz

Autoři/ Mgr. Rita Kočárová,[1, 2, 8] Mgr. Filip Kňažek,[1, 3] Mgr. Barbora Bláhová,[1, 8]
Mgr. MichaelaPlevková,[1, 4] Mgr. Zuzana Postránecká,[1] RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.,[5]
Bc. Katarína Klobušníková,[6] Mgr. Pavla Chomynová,[1, 7] JUDr. Tereza Dleštíková, Ph.D.,[11, 12]
Luisa Procházková, MSc.,[9] Mgr. Dagmar Civišová, DiS.,[1, 10] Mgr. Barbora Orlíková, Ph.D.,[1]
Bc. Klára Böhmová[8]
Recenzenti/ prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D.
Odpovědný redaktor/ Mgr. Zuzana Tion Leštinová
Jazyková korektura/ Mgr. Zuzana Tion Leštinová
Sazba/ Michal Korecký, TAG

ISBN 978-80-7440-307-1 (on-line; PDF)

Pro bibliografické citace/
Kočárová, R., Kňažek, F., Bláhová, B., Plevková, M., Postránecká, Z., Horák, M. Klobušníková, K., Chomynová, P., Dleštíková, T., Procházková, L., Civišová, D., Orlíková, B., Böhmová, K. 2022. Psychedelika v České republice. Přehled situace, zkušenosti a názory uživatelů a poskytovatelů péče. [Psychedelics in the Czech Republic. Overview of the situation, experiences and opinions of users and caregivers]. Praha: Úřad vlády České republiky.

[1] Národní ústav duševního zdraví, [2] Filozofická fakulta, Univerzita Karlova, [3] Farmaceutická fakulta, Masarykova univerzita, [4] Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, [5] Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií, Mendlova univerzita, [6] Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, [7] Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [8] Beyond Psychedelics, [9] Leiden University, Netherlands, [10] Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, [11] Policejní akademie ČR, [12] Česká psychedelická společnost

Obsah

Souhrn . . . 7

Abstract . . . 11

Úvod . . . 15

Kapitola 1
O projektu Národní psychedelický výzkum . . . 19

Kapitola 2
Úvod do problematiky psychedelik . . . 23
2.1 Metoda . . . 23

Kapitola 3
Vymezení a účinky psychedelik . . . 25

Kapitola 4
Kontext užívání psychedelik – „set“ a „setting“ . . . 31

Kapitola 5
Mikrodávkování . . . 35

Kapitola 6
Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života . . . 39
6.1 Pozitivní účinky . . . 39
6.2 Negativní zdravotní dopady . . . 42

Kapitola 7
Služby a intervence psychedelické péče . . . 47
7.1 Podpůrné, poradenské a krizové služby neposkytující aplikaci látky . . . 47
7.2 Služby poskytující kontrolované užití psychedelik včetně aplikace látky . . . 49

Kapitola 8
Přehled situace v České republice . . . 53

Kapitola 9
Legislativní status psychedelik a související nařízení v České republice . . . 57

Kapitola 10
Možnosti psychedelické péče ve stávající síti adiktologických služeb . . . 63

Kapitola 11
Vzdělávací, osvětové a intervenční organizace a programy zaměřené na psychedelika v ČR . . . 67

Kapitola 12
Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů: sekundární analýzy celopopulačních studií . . . 71
12.1 Metoda . . . 71
12.2 Výsledky . . . 72

Kapitola 13
Zkušenosti a postoje uživatelů psychedelik: průřezová studie . . . 83
13.1 Metoda . . . 83
13.2 Výsledky . . . 86
13.2.1 Sociodemografický popis vzorku . . . 86
13.2.2 Prevalence užívání psychedelik . . . 88
13.2.3 Věk prvního užití . . . 89
13.2.4 Užití v posledním roce . . . 90
13.2.5 Užití v posledním měsíci . . . 91
13.2.6 Vrcholná zkušenost . . . 92
13.3 Vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace . . . 93
13.3.1 Užívání dalších psychoaktivních látek . . . 93
13.3.2 Získávání látky a prostředí užití . . . 94

13.3.3 Přítomnost dalších osob během užití. 100
13.3.4 Vzorce užívání – motivace. 100
13.3.5 Příprava na zkušenost 100
13.3.6 Integrace zkušenosti 103
13.4 Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života. 103
13.4.1 Životní spokojenost a psychická pohoda. 103
13.4.2 Souvislosti s duševním onemocněním. 105
13.4.3 Zlepšení/zhoršení duševního zdraví 106
13.4.4 Trauma 108
13.4.5 Kvalita života. 111
13.4.6 Souvislost zkušenosti s psychedeliky a míry užívání jiných psychoaktivních látek. 116
13.5 Specifická rizika související s užíváním psychedelik. 118
13.5.1 Náročná psychedelická zkušenost. 118
13.5.2 Jiná rizika pojící se s užitím psychedelik 121
13.5.3 Flashbacky, HPPD a psychospirituální krize (PSK) 122
13.6 Mikrodávkování. 124
13.7 Postoje k regulaci a užívání psychedelik 126
13.7.1 Postoje k legislativnímu postavení klasických psychedelik. 126
13.7.2 Postoje k legislativnímu postavení konopí. 128
13.7.3 Subjektivně vnímaná rizikovost psychedelik. 130
13.8 Informovanost a zkušenosti uživatelů psychedelik s pomáhajícími službami 130
13.8.1 Specializované služby pro uživatele psychedelik 132
13.8.2 Testování čistoty látek. 132
13.8.3 Stávající služby v ČR 134
13.8.4 Společenské kluby konopí. 134
13.8.5 Kompetence a vzdělání odborníků ve službách pro uživatele psychedelik. 136

Kapitola 14
Zkušenosti a postoje pracovníků pomáhajících profesích: průřezová studie. . . . 139
14.1 Metoda. 139
14.2 Výsledky. 139
14.2.1 Popis výzkumného souboru 139
14.2.2 Vlastní zkušenost s užitím psychedelické látky. 152
14.2.3 Postoje k legislativní situaci a užívání klasických psychedelik a konopí . . . 157

Kapitola 15
Metodologické aspekty a limity 165

Kapitola 16
Souhrn zjištění 169
16.1 Vymezení a účinky psychedelik. 169
16.2 Kontext užívání psychedelik – „set“ a „setting“ 169
16.3 Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života. 170
16.4 Legislativní status psychedelik a související nařízení v České republice 170
16.5 Služby a intervence psychedelické péče. 171
16.6 Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů: sekundární analýzy celopopulačních studií. 172
16.7 Zkušenosti a postoje uživatelů psychedelik: průřezová studie (n=1415) 172
16.8 Zkušenosti a postoje pracovníků pomáhajících profesí: průřezová studie (n = 65) 175

Kapitola 17
Závěr a diskuze. 179

Zdroje. 185

Přílohy. 201
Slovník pojmů, zkratek a názvů 202
Seznam tabulek. 206
Seznam grafů. 209

Souhrn

Tato publikace představuje komplexní úvod do problematiky a dosud první souhrnný přehled situace v oblasti fenoménu užívání psychedelik v České republice, shrnující výsledky výzkumného projektu Aplikace výzkumných metod při tvorbě návrhu systému služeb pro uživatele psychedelických látek (dále též jako Národní psychedelický výzkum, NPV) realizovaného v letech 2019–2021 v Národním ústavu duševního zdraví.

Cílem projektu bylo zmapovat užívání klasických a atypických psychedelik (vč. MDMA, ketaminu, psychoaktivního konopí aj.) v České republice, na základě výzkumných zjištění vyhodnotit potřebnost specializovaných služeb a vytvořit návrh doporučení pro politiku a systém služeb v oblasti užívání psychedelik. Publikace poskytuje teoretický úvod do problematiky a přehled situace v oblasti užívání psychedelik, s důrazem na současný stav v České republice, včetně zjištění ze studií mapujících zkušenosti a postoje uživatelů a poskytovatelů péče. Mezi hlavní zkoumané oblasti patřily následující: základní vymezení problematiky užívání psychedelik, prevalence užívání v České republice, charakteristiky uživatelů a vzorce užívání psychedelik, dopady na zdraví a rizika spojená s užíváním psychedelik, služby a politika v oblasti užívání psychedelik včetně jejich využití v péči o duševní zdraví.

V rámci projektu byla provedena rozsáhlá nesystematická rešerše publikované a šedé literatury, sekundární analýza dvou celopopulačních studií Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS), celonárodní online průřezová dotazníková studie mezi uživateli látek s psychedelickým účinkem (n = 1 415) a studie mezi pracovníky v pomáhajících profesích (n = 65). Výsledky projektu byly diskutovány s odborníky a nositeli rozhodovacích pravomocí v rámci kulatých stolů a připomínkovacího řízení. Na závěr byla na základě výsledků projektu vytvořena doporučení pro oblast služeb a politiky v oblasti psychedelických látek v České republice.

Výsledky projektu ukazují, že míra zkušeností české populace s užíváním látek s psychedelickým účinkem je značná. Užití psychedelik je i mimo formální léčbu spojeno s řadou převážně

příznivých účinků v oblasti životní spokojenosti a duševního zdraví, psychické i fyzické pohody a kvality života, ale také s riziky včetně po různou dobu přetrvávajících psychických obtíží zejména při nevhodném užití.

Ze strany uživatelů i profesionálů pracujících v pomáhajících službách existuje poptávka po rozšíření nabídky služeb v ČR, aby dokázaly nabídnout kvalifikovanou, dostupnou a adekvátní odbornou pomoc všem uživatelům psychedelik. Důkazní báze o účinnosti a bezpečnosti psychedelik při léčbě širokého spektra duševních nemocí (např. depresivních a úzkostných onemocnění, traumatu a závislostí) se rozšiřuje. Dosud je použití psychedelik v rámci formální i neformální péče o duševní zdraví komplikováno jejich přísnou legislativní kontrolou, s čímž se pojí i výskyt rizik, která nejsou adekvátně podchycena současnou nabídkou služeb.

Tyto výsledky by měly sloužit k informování protidrogové politiky, zdravotnictví, péče o duševní zdraví a poskytovatelů adiktologických služeb, dále také ke stimulaci rozvoje specializovaných služeb zaměřených na skutečné potřeby lidí užívajících psychedelika a další látky s psychedelickým účinkem.

Klíčová slova: psychedelika, halucinogeny, protidrogová politika, veřejné zdraví, adiktologie

Abstract

This publication is a comprehensive introduction to the phenomenon and so far the first complex overview of the situation in the field of psychedelics use in the Czech Republic, summarizing the results of the research project Application of research methods in creating a design of a system of services for users of psychedelics (hereinafter referred to as National Psychedelic Research) implemented in 2019–2021 at the National Institute of Mental Health.

The aim of the project was to map the use of classical, as well as less typical psychedelics (including MDMA, ketamine, psychoactive cannabis, etc.) in the Czech Republic, to evaluate the need for specialized services based on research findings, and to draft recommendations for the policy and system of services in the field of psychedelics use. The publication provides a theoretical introduction to the issue and an overview of the situation in the field of psychedelics use, with an emphasis on the current situation in the Czech Republic, including findings from surveys focusing the experiences and attitudes of users and care providers. The main areas examined include: basic definition of the issue of psychedelics use, prevalence of use in the Czech Republic, characteristics of users and patterns of use of psychedelics, health impacts and risks associated with the use of psychedelics, services and policy on the use of psychedelics, including their use in mental health care.

In the framework of the project, an extensive non-systematic review of published and grey literature was carried out, complemented by secondary analysis of two population-wide surveys of the National Monitoring Centre for Drugs and Addiction (NMS), a nationwide online cross-sectional questionnaire study among users of psychedelic substances (n=1 415) and a study among workers in helping professions (n=65). The results of the project were discussed with experts and decision-makers within the framework of round tables and comment procedures. Finally, based on the results of the project, recommendations for services and policy in the field of psychedelic substances in the Czech Republic were proposed.

The results of the project show that when it comes to the use of substances that have a psychedelic effect, the level of experience

of the Czech population as a whole is considerable. The use of psychedelics, even outside of formal treatment, is associated with a number of mainly beneficial effects in the areas of life satisfaction, mental health and quality of life, as well as increases in psychological and physical well-being – but also with risks, including psychological difficulties that persist for varying periods of time especially when used inappropriately.

There is demand from both users and professionals in helping services to expand the range of services in the Czech Republic in order to offer qualified, affordable and adequate professional help to people using psychedelics. The evidence base for the efficacy and safety of psychedelics in the treatment of a wide range of mental illnesses (e.g., depressive and anxiety disorders, trauma, addiction) is expanding. Until now, the use of psychedelics in the framework of formal and informal mental health care is complicated by their strict legislative control, which is associated with the occurrence of risks that are not adequately captured by the current range of services.

These results shall serve to inform drug policy, public and mental health care and drug services providers, as well as to stimulate the development of special services targeting the real needs of people who use classical psychedelic substances.

Keywords: psychedelics, hallucinogens, drug policy, public health, addictology

Úvod

Tato výzkumná zpráva představuje doposud nejkomplexnější veřejně dostupnou odbornou analýzu situace v oblasti užívání psychedelik (vč. klasických psychedelických látek, konopí a jeho derivátů, disociativ, empatogenů a dalších) v České republice v novém tisíciletí.

Podle dostupných historických pramenů jsou psychedelika vyskytující se v přírodě (houby, kaktusy, liány, byliny a další rostliny) užívána celá tisíciletí. Doklady pro to najdeme v podobě archeologických nálezů a zmínek v literatuře.[1, 2] V moderním světě však největší vlnu zájmu o psychedelika odstartoval objev molekuly diethylamidu kyseliny lysergové (LSD)[3] a jejího terapeutického potenciálu. Tato látka byla zkoumána v souvislosti s léčbou široké škály duševních onemocnění, přičemž významným centrem výzkumů bylo i Československo.[4] Přes převážně pozitivní výsledky docházelo zejména během 60. let celosvětově ke zpřísňování kontroly nakládání s psychedeliky a jejich výzkum byl na 30 let významně omezen.[5] S nástupem nového tisíciletí však významně narůstá zájem o potenciál těchto látek u odborné i laické veřejnosti[6] a počet výzkumných projektů a pracovišť rychle stoupá.

Přibývající studie poukazují na jejich potenciál v péči o duševní zdraví u pacientů (vč. terapie depresivních a úzkostných onemocnění, traumatu a závislostí)[7–9] i zdravých jedinců, kde by hypoteticky mohla sloužit i v rámci prevence duševních onemocnění.[10] Výzkumy dále ukazují i na relativní bezpečnost užití v klinickém,[11] ale i nekontrolovaném kontextu.[12] V současnosti probíhá klinický výzkum psychedelik i v ČR v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ), instituci, která by se dala nazvat kolébkou psychedelického výzkumu u nás, a to do značné míry díky práci psychiatrů a výzkumníků Jiřího Horáčka a Tomáše Páleníčka a jejich týmů.

Publikace je jedním z výsledků projektu Národní psychedelický výzkum (NPV), který byl realizován výzkumným týmem právě v Národním ústavu duševního zdraví. Je nám ctí přispět i touto publikací k rychle se rozvíjející, a přesto stále do jisté míry kontroverzní oblasti výzkumu psychedelik u nás. Naším cílem bylo obohatit poznání v této oblasti a nahlédnout tento poměrně fascinující fenomén (ať už stojíte na straně příznivců či odpůrců užívání těchto látek) komplexně, abychom se podívali nejen na výzkum těchto látek v klinickém prostředí, ale i na to, jak se tyto látky skutečně užívají, a to i přes restriktivní legislativu.

Před několika lety nás překvapilo, jak je možné, že je tento fenomén, dlouhodobě tak rozšířený, zároveň nezmapovaný. Z různých diskuzí, zkušeností a osobních výpovědí víme o možných dopadech této zkušenosti, avšak o jak rozšířený fenomén se jedná? Kdo jsou lidé, kteří tyto látky užívají? Jak, s kým a kde? Jaké s nimi mají zkušenosti? S jakými problémy se potýkají? Jaké jsou jejich potřeby? A jsou tyto potřeby naplňovány? Jaký je jejich názor na současnou podobu služeb a politiku? Věříme, že pokud má být systém kolem tohoto fenoménu postaven na prosociálních hodnotách s ohledem na

ochranu zdraví, měl by být spoluvytvářen společně se samotnými uživateli těchto látek, stejně jako s odborníky podílejícími se na tvorbě politiky a poskytujícími služby široké škále klientů a pacientů.

Uvědomujeme si jak terapeutický, tak rizikový potenciál těchto látek. Uvědomujeme si dále, že při výskytu rizik dnes mají lidé jen omezené možnosti, jak se dostat ke vhodné pomoci. Také si uvědomujeme skutečnost, že i v neregulovaném prostředí jsou lidé, kteří skrze užití psychedelik dosahují různých benefitů. Protože tyto látky mohou mít významné dopady na veřejné zdraví, ať už jde o jejich uživatele, kteří se mnohdy zbytečně dostávají do rizikových situací, nebo o lidi s různými obtížemi, kterým by tyto látky mohly pomoci žít zdravější či spokojenější život, anebo také ty bez závažnějších problémů, kteří zase usilují o to, si své zdraví zachovat anebo používat i tyto prostředky, nástroje k získávání poznání, která mohou přesahovat možnosti běžného vnímání reality.

Jsme si vědomi skutečnosti, že řadě propagátorů pozitivních terapeutických účinků psychedelik může být proti srsti informování o jejich možných nežádoucích účincích. Současně jsme si vědomi toho, že pro odpůrce užívání těchto látek v různých kontextech může být zase problematické, či dokonce nepřijatelné dozvídat se o jejich pozitivních účincích. Další specifickou skupinu tvoří i ti, kteří jsou z různých důvodů přesvědčeni, že užívání psychedelik má mít v naší společnosti jediný konkrétní rámec. Považujeme za důležité, aby před vytvářením jakéhokoliv modelu péče a případně i regulace těchto látek byla nejdříve provedena důkladná a věcná analýza situace.

Věříme, že pro realizaci racionální a smysluplné politiky v oblasti psychoaktivních látek je nezbytná objektivní a vyvážená diskuze, která je schopna reflektovat jak možné přínosy, tak rizika těchto látek. Také věříme, že významným – jestliže ne primárním – principem, který má udávat směr při realizaci takové politiky, je ochrana veřejného zdraví.
A k dosažení tohoto cíle je nezbytné mít nejen dostatek relevantní výzkumné evidence, ale i její smysluplné propojení napříč různými způsoby poznání, stejně jako s praxí a zkušenostmi těch, kterých se tato problematika týká, ať už samotných uživatelů, poskytovatelů péče či dalších osob a odborníků podílejících se na tvorbě politiky a sítě služeb a vzdělávání. Tento projekt se zaměřil na analýzu potřebnosti těchto služeb, nikoliv např. na ekonomickou analýzu jejich zavedení, což by měl být jeden z dalších logických kroků.

Věříme, že tato zpráva bude významným zdrojem pro další výzkumné i praktické aktivity v této oblasti, jako je rozvoj specializovaných pomáhajících služeb, vzdělávání odborníků a aktualizace související legislativy, a to takovým způsobem, aby dávala smysl v kontextu výzkumných zjištění a žité praxe, a sloužila tak k ochraně zdraví. Doufáme, že v námi započatém směru komplexního mapování situace kolem užívání psychedelik i následných aplikacích nového poznání v praxi bude možné dále pokračovat ať už v našem týmu či na jiných pracovištích. Prezentované výstupy mají sloužit pro informování služeb a politiky v oblasti psychedelik, stejně jako širší odborné, akademické i laické veřejnosti.

> 1

Kapitola 1

O projektu Národní psychedelický výzkum

Cílem projektu Národní psychedelický výzkum bylo zmapovat užívání psychedelik (vč. psychoaktivního konopí) v České republice a na základě výzkumných zjištění vytvořit návrh na možnou aktualizaci stávajících a podporu nových specializovaných služeb. Projekt byl realizován v letech 2019 až 2021 v Národním ústavu duševního zdraví za podpory Technologické agentury České republiky v rámci programu Zéta (projekt č. TJ02000156) pod názvem *Aplikace výzkumných metod při tvorbě návrhu systému služeb pro uživatele psychedelických látek*.

V této publikaci používáme pojem „psychedelika" jako souhrnné označení všech látek, které mohou mít psychedelický účinek, včetně klasických a atypických psychedelik (viz kap. Vymezení a účinky psychedelik).

Mezi hlavní zkoumané oblasti Národního psychedelického výzkumu patřily: základní vymezení problematiky užívání psychedelik, shrnutí situace v ČR v oblasti prevalence užívání, sociodemografie uživatelů, vzorců užívání, dopadů na zdraví a rizik spojených s užíváním psychedelik, služeb a politiky v oblasti užívání psychedelik včetně jejich využití v péči o duševní zdraví. Na závěr byla na základě výsledků projektu formulována doporučení pro oblast služeb a politiky v oblasti psychedelik v České republice.

V rámci projektu byly provedeny následující studie a analýzy (podrobnější popis metod se nachází v jednotlivých kapitolách):

1. Rešerše publikované a šedé literatury zaměřená na účinky psychedelik a jejich rizika, harm reduction a léčebné služby pro uživatele psychedelik a použití psychedelik v léčebném kontextu včetně kontextu sebepoznání, seberozvoje a samoléčby duševních potíží (viz kap. Úvod do problematiky).

2. Sekundární analýza dvou celopopulačních studií z let 2016 (n = 2 875) a 2018 (n = 1 665) Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) zaměřená na míru užívání látek s psychedelickým účinkem a sociodemografické charakteristiky uživatelů. Analyzované soubory mají charakter (kvazi) reprezentativních výběrů české dospělé populace. Psychedelika zařazená do studií zahrnují jednotlivé látky nebo kategorie látek, přičemž výběr látek i definice kategorií jsou značně nesourodé (viz kap. Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů).

3. Celonárodní online průřezová dotazníková studie mezi uživateli látek s psychedelickým účinkem z roku 2020 (n = 1 415), která podrobně zkoumala zkušenosti uživatelů s jednotlivými látkami s psychedelickým účinkem, uživatelské vzorce a kontext užívání, negativní a pozitivní dopady, zkušenosti s využitím pomáhajících služeb a názory uživatelů na regulaci a politiku v oblasti psychedelik (viz kap. Zkušenosti a postoje uživatelů psychedelik).

4. Průzkum mezi pracovníky v pomáhajících profesích z roku 2020 (n = 65) zaměřený na jejich zkušenosti a kompetence při poskytování služeb uživatelům psychedelik a názory na podobu existujících služeb a rozvoj služeb v oblasti užívání psychedelik (viz kap. Zkušenosti a postoje pracovníků v pomáhajících profesích).

5. Odborné diskuze, semináře a připomínkové řízení. Předběžné výsledky projektu a zejména doporučení vycházející z teoretického přehledu i výzkumných zjištění byly diskutovány na dvou odborných setkáních s odborníky a nositeli rozhodovacích pravomocí, jichž se celkem zúčastnilo 19 odborníků z celkem 21 organizací a institucí (viz kap. Souhrn zjištění).

Etika výzkumu

Sekundární analýzy dat i oba průzkumy byly schváleny Etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví. Všichni účastníci realizovaných dotazníkových studií museli před vstupem do dotazníku souhlasit s podmínkami popsanými v informacích pro účastníka a potvrdit informovaný souhlas. Informovaný souhlas obsahoval informace o cílech studie, vstupních kritériích, informaci o potenciálních zdravotních a osobních rizicích spojených s účastí v online průzkumu, informaci o dobrovolnosti účasti, anonymitě respondentů a mlčenlivosti o zadávaných údajích v souladu s českým a evropským právem, informaci o ukládání, analýzách a dalším použití anonymizovaných dat. Bez souhlasu s informovaným souhlasem nebylo možné dotazník vyplnit. Účast ve studii nebyla finančně honorována.

≥ 2

Kapitola 2

Úvod do problematiky psychedelik

V úvodu projektu byla provedena nesystematická rešerše článků publikovaných v bibliografických databázích PubMed, Scopus a Science Direct a dalších internetových zdrojů, zpráv a informací, včetně relevantních registrů (např. ÚZIS). Další zdroje byly vyhledávány v referencích relevantní literatury.

Rešerše se zaměřila na klasická psychedelika (tj. psilocybin, DMT, mezkalin, LSD, 5-MeO-DMT v jejich čisté formě i jako součást přírodních i uměle vytvořených produktů), přičemž zmiňujeme i některá specifika dalších nejčastěji užívaných látek s psychedelickým účinkem (tj. psychoaktivní konopí, MDMA a ketamin). Dalším látkám, které také mohou vyvolat psychedelický účinek, se kvůli rozsáhlosti tématu v této části nevěnujeme.

V úvodu projektu byl proveden nesystematický přehled literatury zaměřený na jednotlivé tematické oblasti projektu:

- vymezení a účinky psychedelik,
- legislativní status psychedelik v ČR a související legislativa,
- vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace,
- mikrodávkování,
- terapeutický a pozitivní potenciál psychedelik v péči o zdraví včetně kontextu seberozvoje a samoléčby duševních potíží
- rizika užívání psychedelik,
- služby pro uživatele psychedelik – harm reduction a léčebné intervence,
- výzkumné a vzdělávací programy zaměřené na psychedelika v České republice.

Tato přehledová část publikace byla zpracována ve formě narativní syntézy podle jednotlivých tematických oblastí s důrazem na komplexní kvalitativní představení řešené problematiky a zkoumaných fenoménů takovým způsobem, aby poskytla odborné i laické veřejnosti úvod do problematiky a orientaci v tématu. V přehledu bylo snahou používat zdroje s ohledem na relativní sílu evidence, nicméně i méně silné zdroje včetně nepublikované literatury a dalších zdrojů byly v syntéze využity, zejména pokud obsahovaly informaci o jinak málo zkoumaném či popisovaném fenoménu.

3

Kapitola 3

Vymezení a účinky psychedelik

R. Kočárová, M. Plevková, F. Kňažek, B. Bláhová

Dělení látek s potenciálem vyvolat některou formu psychedelického účinku není ve světové literatuře jednoznačné.[13–17] Jedno z možných dělení je na klasická a atypická (neklasická) psychedelika.[13] Toto dělení jsme se rozhodli z různých důvodů používat i my (mj. v rámci zjednodušení a zpřehlednění) v současné publikaci a realizovaných průřezových studiích. Z farmakologického hlediska je v odborné literatuře skupina psychedelik častěji nazývána jako halucinogeny,[18] podobně jsou někdy klasická psychedelika nazývána jako klasické halucinogeny.[11] Termín „halucinogen" je však někdy považován za stigmatizující a zavádějící, protože např. klasická psychedelika typicky pravé halucinace nezpůsobují,[18] proto i my v současné publikaci používáme termín „psychedelika" pro označení širší skupiny látek s potenciálem navodit psychedelickou zkušenost, tedy klasických i atypických psychedelik a dalších látek s psychedelickým účinkem včetně THC obsaženého v konopí.

Klasická psychedelika působí primárně na receptory serotoninu (nejčastěji podtyp 5-hydroxytryptamin$_{2A}$, 5-HT$_{2A}$). Na základě chemické struktury se dělí na fenetylaminy, tryptaminy a lysergamidy (komplexnější tryptaminy). Mezi fenetylaminy patří 3,4,5-trimethoxyfenethylamin, známý jako mezkalin, který se vyskytuje v určitých kaktusech (peyotl, San Pedro). Mezi tryptaminy řadíme N,N-dimethyl-4-fosforyloxytryptamin (= psilocybin, obsažený např. v houbách rodu *Psilocybe*), N,N-dimethyltryptamin (= DMT), vyskytující se např. v ayahuasce, nápoji používaném v rámci tradiční amazonské medicíny; chanze, bylinné směsi určené ke kouření, či 5-methoxy-dimethytryptamin (= 5-MeO-DMT vyskytující se např. v sekretu žáby *Bufo alvarius* nebo šňupacích směsích nazývaných yopo či vilca ze semen stromu *Anadenanthera peregrina* nebo *Anadenanthera colubrina*). Nejznámější zástupce lysergamidů je diethylamid kyseliny lysergové (LSD).

Atypická psychedelika a další látky s psychedelickým účinkem se do jisté míry liší svým mechanismem účinku. Tuto skupinu lze rozdělit na několik podskupin – disociativa (např. ketamin, fencyklidin (PCP)); empatogeny/entaktogeny (např. *3,4-methylendioxymethamfetamin* = MDMA/„extáze"), rostlinné delirogeny (např. atropin a skopolamin), některé kanabinoidy (např. tetrahydrocannabinol = THC, obsažený v konopí) a další látky, např. salvinorin A vyskytující se v šalvěji divotvorné (lat. *Salvia divinorum*) či ibogain (obsažený v keři rodu *Apocynaceae*, zejména *Tabernanthe iboga*).[13]

Psychedelická zkušenost je charakteristická intenzivní změnou vědomé zkušenosti. Konsensuální definice dnes neexistuje, jedna z možných tyto stavy definuje jako podskupinu nevšedních stavů vědomí (angl. non-ordinary states of consciousness) s významným terapeutickým, transformativním a heuristickým potenciálem, přičemž je nazývá jako stavy holotropní.[19]

Při dostatečné dávce a vhodném kontextu užití jsou účinky psychedelik charakteristické svou schopností navodit prožitky transpersonální či spirituální povahy[20] ve své nejintenzivnější podobě manifestované fenomény popisovanými jako rozpuštění ega (tj. úplná ztráta subjektivní sebeidentity),[21] prožitek jednoty (angl. „unity" nebo „oneness"),[22] oceánská bezbřehost (tzn. překročení „hranice", po kterém člověk prožívá pocity blaženosti či spojení s univerzem),[23] mystická zkušenost[24] či vrcholná zkušenost (angl. peak experience).[25, 26] Tyto zkušenosti bývají hodnoceny jako jedny z nejvýznamnějších a nejspirituálnějších životních zkušeností,[20, 27] neobjevují se však u každého.[26]

Pro přiblížení psychedelického účinku (resp. změněných stavů vědomí) mohou dále dobře posloužit dotazníky používané k měření fenomenologie stavu po užití psychedelik. Jedním z posledních a dosud možná nejkomplexnějších je škála 5 dimenzí změněných stavů vědomí (angl. 5-Dimensions of Altered States of Consciousness, 5D-ASC),[28] která identifikovala a popsala 5 klíčových dimenzí těchto stavů: oceánská bezbřehost, úzkostný rozpad ega, vizuální restrukturalizace, sluchové změny a snížená bdělost; a 11 faktorů: zkušenost jednoty, spirituální zkušenost, blaženost, bystrost, inkarnace, narušená kontrola a kognice, úzkost, komplexní představy, elementární představy, audiovizuální synestézie a změněný význam vnímání.[23]

Konkrétně se může psychedelický účinek projevovat na škále různých fenoménů a prožitků na úrovni změny vnímání (např. zkreslení vizuálních vjemů, halucinace, zjasnění barev, synestezie, neschopnost vnímat čas, derealizace a depersonalizace), afektivní (např. změny nálad, emoční uvolnění, intenzivní pozitivní a negativní emoce), kognitivní (např. originální nápady, úvahy nebo souvislosti, zvýšení kreativity, manifestace nevědomých vzpomínek), behaviorální, somatické (např. závratě, třes, pocení, zvýšený krevní tlak a tělesná teplota) a spirituální/transpersonální úrovni (např. prožitky blízké smrti či umírání, porodu a rození, propojení se světem, s planetou nebo vesmírem, setkání s různými entitami, duchy, zesnulými, mimozemskými civilizacemi, Bohem).[18, 27, 29–34]

Psychedelický účinek lze pozorovat na neurobiologické a psychospirituální úrovni, jež tvoří výsledný efekt látky, který může mít terapeutický i rizikový potenciál (rizikům i terapeutickému potenciálu jsou věnovány samostatné kapitoly v rámci této publikace). Mechanismus účinku dosud není dostatečně prozkoumán a vysvětlen, narůstající evidence a nové teorie však postupně přibližují možné způsoby, jak dochází k navození psychedelického účinku. Představíme obecně farmakologický mechanismus na úrovni buněčných receptorů, působení na neuronální úrovni a možné související psychologické koreláty. Některé mechanismy jsou sdílené mezi různými látkami s psychedelickým účinkem, jiné jsou specifické pro konkrétní látku či skupinu látek. Pokusili jsme se rozdílné mechanismy zejména těch dnes nejvíce užívaných a zkoumaných látek přiblížit, nicméně pro komplexitu a limitované poznání doporučujeme vyhledat si další tematické zdroje,[10, 35, 36] v případě konopí a kanabinoidů může dobře posloužit kniha Konopí a konopné drogy: adiktologické kompedium.[37]

Klasická psychedelika působí agonisticky nebo parciálně agonisticky na serotoninových 5-HT receptorech, především 5-HT_{2A}, 5-HT_{1A} a 5-HT_{2C}. Disociativa nebo disociativní anestetika (např. ketamin) působí převážně antagonisticky na glutamátovém NMDA receptorovém komplexu.[38] Ketamin se s vysokou afinitou váže i na D_2 dopaminové receptory[39] a s nižší afinitou na 5-HT_1 a 5-HT_{2A} serotoninové receptory, čím zvyšuje extraneuronální uptake dopaminu a serotoninu a může přispívat k možnému rozvoji závislosti.[40] Dále blokuje HCN1 receptory, má mírnou afinitu k μ, κ a δ opioidním receptorům, AMPA glutamátovým receptorům a dalším.[41] MDMA (3,4-methylendioxy-methamfetamin), extáze a jiné empatogeny se chemickou strukturou velmi neliší od jiných amfetaminů. MDMA zvyšuje uvolňování serotoninu (5-HT_2), dopaminu (D_1 a D_2 receptory)[42, 43] a noradrenalinu (α_1 a α_2 receptory)[44] do synaptické štěrbiny a brání jejich reuptaku. Konopí působí hlavně přes endokanabinoidní systém $CB_{1, 2}$ receptorů.[45]

Za jeden z v současnosti velmi diskutovaných možných mechanismů účinku látek s psychedelickým účinkem, včetně klasických psychedelik, MDMA a ketaminu, je považována jejich schopnost zvýšit neuroplasticitu, tedy schopnost nervového systému změnit strukturu, funkci a spojení vytvořená v mozku v reakci na měnící se prostředí,[35, 46] která může souviset s mentální plasticitou (viz Kočárová et al., 2021).[10] Se zvyšováním neuroplasticity souvisí i teorie „entropického mozku“, která vysvětluje účinek psychedelik skrze zvýšení entropie v určitých vybraných oblastech mozku. Tato teorie je asociována s kolapsem vysoce organizované řídicí struktury v rámci default mode network (DMN)[47] a současně popisuje zvýšenou interkonektivitu a dezintegraci lokálních neuronových sítí.[48] Zvýšení plasticity může vést k vytvoření prostoru pro změnu na neuronové, psychické i behaviorální úrovni, přičemž výsledný dopad takové zkušenosti souvisí do značné míry na kontextu užití.[10, 49] Ačkoliv se neuroplasticita v současnosti diskutuje zejména v souvislosti s terapeutickým účinkem psychelik,[50] protože jde hypoteticky o mechanismus, který zvýší neřízenou citlivost na různé stimuly a tím zvětší prostor ke změně,[51] lze se domnívat, že bude významný i v případě negativních dopadů zkušenosti, pakliže se látka neužije ve vhodném kontextu a adekvátním způsobem. Pokud jde o konopí a THC, dostupná evidence se přiklání k tomu, že jejich užívání neuroplasticitu spíše narušuje.[52] Nejsme si však vědomi studie, která by sledovala neuroplastické změny při užívání konopí ve vhodném kontextu tak, jak se to nyní děje v případě výše zmíněných psychedelik (tj. klasických, MDMA a ketaminu).

Další teorie považují za možný mechanismus účinku klasických psychedelik působení na změnu genové exprese, čímž se dostáváme na úroveň epigenetiky.[53] V literatuře se vyskytují i hypotézy o možných protizánětlivých účincích,[54] čímž by bylo možné potenciálně vysvětlit dlouhodobý terapeutický účinek psychedelické zkušenosti.[48]

Se zmíněným zvyšováním neuroplasticity souvisí řada konkrétních účinných faktorů či mechanismů účinku. Tyto mechanismy lze pro přehlednost velmi obecně rozdělit do procesů, kdy dochází k a) vyjevování nevědomého či neuvědomovaného obsahu („mind-manifesting“), b) změně psychických procesů a způsobu reagování na podněty z vnitřního i vnějšího prostředí („mind-modifying“) a c) mimořádným (např. mimotělovým, mystickým) prožitkům. Tyto procesy jsou navzájem velmi úzce propojeny a jde do jisté míry o umělé rozdělení (viz Kočárová & Preiss, 2020).[55]

Zejména současné studie ukazují, že psychedelika mají potenciál posilovat řadu různých psychologických faktorů, procesů či osobnostních charakteristik. Nedávná rešerše

klinických a epidemiologických studií (n = 77; celkem s 9 876 účastníky) dokumentovala, že užívání psychedelik v různých prostředích a populacích souviselo s akutním či dlouhodobým pozitivním účinkem na náladu, duševní pohodu, prosociální chování, empatii, kognitivní flexibilitu, kreativitu, osobnostní faktory, jako otevřenost, hodnotové orientace, vztah k přírodě, spiritualitu, transcendenci či všímavost.[56] Kromě toho byla psychedelika v kvalitativních studiích identifikována jako účinné faktory kontaktu/napojení (orig. connectedness) se sebou, s druhými či s okolním světem nebo napomáhají k (sebe)přijetí.[57, 58]

MDMA je mezi popisovanými látkami specifické tím, že zesiluje empatii (odtud pojmenování skupiny „empatogenů", kam se řadí), tedy schopnost vcítit se do druhého, zesilující schopnost odpouštět, důvěřovat, milovat a být otevřený. Ketamin je specifický svým analgetickým disociativním působením.[59] V případě konopí je hodno pozornosti, že ačkoliv má potenciál vyvolat psychedelický účinek včetně prožitků spirituální povahy (viz výše),[25, 60, 61] této souvislosti se výzkum věnuje jen zřídka. Ač se tyto prožitky v souvislosti s konopím vyskytují s menší prevalencí,[60] nakolik je to důsledkem nižšího potenciálu látky je vyvolat a do jaké míry způsobem a kontextem užití, zůstává zatím spíše možným tématem budoucích studií.

Samostatné téma tvoří mechanismus účinku při užívání psychedelik ve formě mikrodávek, kde se předpokládá, že mechanismus působení by se mohl lišit. Více viz kap. Mikrodávkování.

4

Kapitola 4

Kontext užívání psychedelik – „set“ a „setting“

F. Kňažek, M. Horák, M. Plevková, B. Bláhová, R. Kočárová

Významnou roli při užívání psychedelických látek hraje kontext užívání, který se liší mezi látkami a různými skupinami lidí užívajících psychedelika. Specifickým způsobem užití psychedelik je tzv. mikrodávkování, kterým se zabýváme v samostatné kapitole (viz kap. Mikrodávkování). V následujícím textu je představen přehled různých způsobů užití se zaměřením na kontext užití včetně fáze před a po samotném užití látky. Naopak se zde nevěnujeme aspektům na úrovni látky, tedy například formě aplikace, dávky nebo kombinování substancí.

Set a setting

Kontext užití[62] je v literatuře i praxi zabývající se psychedeliky známý jako tzv. set a setting. Zavedení konceptu těchto termínů set a setting je v západní společnosti přisuzováno Timothy Learymu, kontroverznímu psychologovi z Harvardu a jednomu z pionýrů psychedelického výzkumu v 60. letech. Jde o nefarmakologické faktory, které představují zásadní složky samotné zkušenosti s psychedeliky, které spolu s faktory na úrovni látky (typ, forma užití, dávka, kombinace aj.) formují výsledný efekt Za set je považováno psychické a osobnostní nastavení uživatele, jeho připravenost, informovanost, očekávání, historie, zdravotní stav, nálada a záměr čili motivace, které bude věnována část této kapitoly. Setting odkazuje k fyzickému, sociálnímu a kulturnímu prostředí, ve kterém je látka užívána.[63]

Psychedelika byla v minulosti a jsou i v současnosti užívána v rámci širokého spektra kontextů, např. jako tradiční medicína[64, 65] v neošamanském kontextu při různých ceremoniích a duchovních praktikách,[66, 67] při undergroundových[68] i legálních[69] terapiích, v rámci klinických studií,[7] s přáteli,[70] doma,[67, 71] v rekreačním a nočním prostředí na hudebních akcích a festivalech[72] i v rámci náboženského rámce.[73]

Konkrétní podoba setu a settingu výrazně ovlivňuje prožívání stavu po užití psychedelik i následné důsledky zkušenosti po uplynutí akutní fáze působení látky (viz kap. Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života). Psychedelické látky mohou být potenciálně přínosné i nebezpečné podle toho, jakým způsobem jsou užívány. Pomocí vhodného setu a settingu lze do jisté míry kontrolovat a optimalizovat samotnou zkušenost.[74] Tyto proměnné mají podstatný vliv na výsledný terapeutický účinek psychedelik a jsou zásadní pro redukci rizik jejich užívání.[63]

Význam kontextu užití má kořeny již v šamanských rituálech, kde jsou set (např. animistická víra) a setting (např. bubnování, tanec, zpěv) společně s ritualizací procesu vnímány jako nástroje k maximalizaci potenciálu psychedelik.[75] Jak v tradičních společnostech, tak v moderních klinických studiích je považováno za vhodné určitým způsobem strukturované užití a omezení užívání zahrnující přítomnost průvodce zkušeností a respekt k síle účinků psychedelik.[11] Za strukturované (kontrolované) prostředí, které pozitivně ovlivňuje bezpečnost i terapeutický potenciál zkušenosti, je v klinických výzkumech považováno užití pod dohledem zkušeného odborníka, zahrnující adekvátní přípravu a následnou péči, ideálně v kontextu psychoterapie či jiné formy psychologické nebo jiné odborné podpory.[11] V současnosti vznikají ve světě manuály a doporučení pro dobrou praxi v oblasti psychedelické / psychedeliky asistované terapie,[76, 77] včetně vhodných kompetencí a vzdělání pro odborníky pracující v této oblasti.[78]

Kontext užití je však zásadní i v neklinických prostředích a výše vypsané faktory jsou shodně považovány za důležité i v různých typech undergroundové i legální terapeutické praxe, které bývají realizovány individuálně i ve skupině.[68, 79, 80] Dále také v rámci služeb psychedelické podpory či harm reduction na hudebních akcích (viz kap. Služby a intervence psychedelické péče) nebo v rámci náboženských společností. Stejně tak však jejich zohlednění může posloužit i v jakémkoliv jiném rámci. Například aspekty jako připravenost na zkušenost, jasný záměr užití a přítomnost důvěryhodných osob se ukázaly sloužit jako protektivní před výskytem náročných psychedelických zkušeností,[49] které mají rizikový potenciál (viz níže). Obecně prostředí založené na informacích, důvěře a podpoře může vést k redukci rizik.[63]

Motivace či záměr k užívání psychedelických látek se dá považovat za významnou součást již zmíněného setu. Psychedelika jsou užívána s různou motivací, včetně rekreace, změny nálady a zábavy, vyhnutí se nebo naopak postavení se náročným emocím, seberozvoje, duchovní, náboženského a spirituálního rozměru, léčení duševních či fyzických obtíží, rozšiřování vědomí nebo hlubšího napojení na přírodu.[66, 67, 81–84]

K bezpečnému settingu může přispět osoba, která je přítomná během akutní fáze účinku. Zpravidla se stará o bezpečí uživatele a nabízí nějakou formu podpory (fyzickou, emoční, mentální apod.). Nazývána bývá různě, nejčastěji sitter, facilitátor, průvodce (angl. guide), terapeut, šaman, léčitel apod. Definice těchto pozic dnes nejsou konsensuální, někdy se však popisují rozdíly vzhledem k dosaženým kompetencím a vzdělání i ke škále intervencí, které pozice poskytuje.

Příprava a integrace

Příprava na zkušenost je velmi důležitá fáze před požitím psychedelické látky, jejímž cílem je minimalizovat rizika a zvýšit přínosy. Mělo by se tak dít zejména zajištěním bezpečného prostředí,[85, 86] informováním a edukací o substanci, jejím působení, potenciálních přínosech a rizicích a případně strategiích zvládání náročných zkušeností.[87, 88] Součástí příprav je tvorba vztahu průvodce a osoby chystající se užít psychedelickou látku, vyjasnění si hranic a pravidel,[86] zhodnocení psychiky a záměru či motivace účastníka.[86–88] Klinické studie zahrnují přísný lékařský screening (somatická vyšetření a pohovory)[11] a informovaný souhlas.[86] Specifická forma přípravy probíhá u ayahuascy (ale i jiných psychedelik užívaných v rituálním či šamanském kontextu – např. *Bufo alvarius*, iboga, halucinogenní kaktusy) a spočívá ve specifické dietě neboli stravovacích opatřeních doprovázených sexuální abstinencí několik dnů až týdnů před zkušeností.[75, 89]

Za významnou součást psychedelických zkušeností je považována jejich následná integrace,[90] která se i ukazuje být prediktorem zlepšení duševního zdraví.[91] Jde o proces, kdy dochází k integraci prožitků a vhledů získaných během psychedelické zkušenosti do běžného života.[87] Mnoho zkušených terapeutů věnujících se psychedelické či psycholytické terapii tento krok považuje za esenciální a zdůrazňuje, že neintegrovaná zkušenost může být příčinou mnoha komplikací v oblasti duševního zdraví.[92, 93] Integrace bezprostředně po prožitku může zahrnovat reflexi prožitku a zpětnou vazbu k procesu, může však trvat i celé roky.[85] Integrace poskytovaná některými terapeuty a službami je popsána blíže v kapitole Služby a intervence psychedelické péče. Zkušenost může být integrována i skrze řadu jiných technik, aktivit či změn v životním stylu, včetně sdílení s přáteli, uměleckých forem terapie (malby, kresby, deníku), změnou stravy, chozením do přírody, čtením knih, pobytem na slunci, praktikováním meditace, jógy, dechovými cvičeními či holotropním dýcháním.[94]

Mezi rizikové faktory patří jak nekontrolovaný setting a jeho aspekty, tak nevhodná dávka, látka či způsob užití, ale i některé somatické a psychiatrické stavy. Některým z nich se budeme blíže věnovat v kapitole Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života. Specifická rizika jsou také spojena se současným ilegálním postavením psychedelik. Jde zejména o neznalost kvality a složení látky, kterou si uživatel pořídí (příměsi, odpadní produkty syntéz, různé chemikálie nebo jiné návykové látky). Samotné nakládání s psychedelickou látkou může v některých případech vést k právním postihům, včetně odnětí svobody (viz kap. Legislativní status psychedelik a související nařízení v České republice), což může také výrazně ovlivnit set jedince a tím následně i samotnou zkušenost.[95]

>5

Kapitola 5

Mikrodávkování

M. Plevková, L. Procházková, B. Bláhová, F. Kňažek, R. Kočárová

Mikrodávkování (angl. microdosing) v současnosti představuje fenomén s narůstající popularitou v laické veřejnosti i výzkumu. Diskutuje se potenciál této praxe v oblasti léčby a farmakoterapie,[96] ale i jako nástroje posilování kognitivních a afektivních procesů[97] či obecně „vylepšování člověka" (angl. human enhancement).[98] Jde o pravidelnou nebo přerušovanou konzumaci malého množství psychedelické látky po určitou dobu, které má jen nepatrný či žádný vliv na změnu vnímání, ale může ovlivňovat např. kognitivní funkce či emotivitu.[97, 99–101] Užívá se několikanásobně nižší dávka, než je dávka potřebná k vyvolání psychedelického stavu (tj. subhalucinogenní dávka). Jako minimální dávka, kdy byly již zaznamenány nějaké účinky na náladu a kognici, bylo zjištěno 5 µg LSD, při 20 µg LSD byly účinky znatelnější.[102] Psilocybin a LSD jsou nejběžnější psychedelika používaná pro mikrodávkování a uživatelé se často řídí protokolem Jamese Fadimana,[103] jenž doporučuje, že je potřeba mikrodávkovat každý třetí den, aby se dosáhlo optimálních účinků. Jako motivace pro mikrodávkování bývá uživateli uváděno např. celkové zlepšení duševního zdraví, osobní rozvoj, zlepšení kognitivních funkcí, zlepšení výkonu a produktivity, nálady, úleva od různých symptomů či zvědavost.[104–107]

V observačních výzkumech zdraví uživatelé pozorovali zejména pozitivní důsledky mikrodávkování, např. zlepšení nálady a redukce deprese a úzkostí, zvýšení kreativity, zlepšení kognitivních procesů, soustředění a zvýšení družnosti či propojení s okolím.[106] Dále observační studie naznačují, že mikrodávkování může mít antidepresivní a anxiolytické účinky.[100, 101, 106, 108–112] Uživatelé s duševním onemocněním, jako je ADHD/ADD, úzkosti a OCD, ale i s fyziologickými problémy, kteří užívali psychedelika formou mikrodávkování v rámci samoléčby, uváděli pozitivní dopady na své obtíže.[108, 113] Některé observační studie dále odhalily u mikrodávkujících osob zvýšení kreativity,[114] zvýšenou pracovní produktivitu a zdravější životní návyky,[111] snížení míry deprese a stresu, roztržitosti, ale také zvýšení míry neuroticismu.[109] Mikrodávkující osoby na rozdíl od kontrolní skupiny vykazovaly zvýšenou úroveň osobnostního rysu otevřenosti, dále sníženou negativní emocionalitu a méně dysfunkčních postojů.[100] Existují také pozorování, kdy dotazovaní uváděli úlevu od obtíží souvisejících s migrénou či premenstruačním syndromem.[111]

Dostupné důkazy týkající se účinnosti mikrodávkování na duševní zdraví však zůstávají nekonzistentní. Jedna klinická studie například nenalezla žádné důkazy o údajných antidepresivních a anxiolytických účincích,[115] v jiné studii[102] autoři zjistili, že 20 µg LSD zvýšilo pozitivní náladu, ale také úzkost. Další observační studie zaměřená na aspekty kreativity zase zjistila, že byl posílen pouze divergentní aspekt kreativního myšlení.[116] Nedávno publikovaná studie[117] sbírala data od dobrovolníků, přičemž kontrolní skupina užívala placebo a experimentální psychedelika z vlastních zdrojů ve formě mikrodávky (tzv. sebezaslepení). V tomto výzkumu se obě skupiny zlepšily ve všech psychologických měřeních, ale nebyl mezi nimi nalezen žádný statisticky významný rozdíl. Studie tedy přinesla kritický pohled na účinnost mikrodávkování a nabízí hypotézu, že benefity plynoucí z mikrodávkování mohou být vysvětleny spíše placebo efektem než samotným účinkem látky. Navíc další nedávný výzkum[118] zkoumal vliv mikrodávkování na subjektivní účinky, kognici a aktivitu EEG v rámci placebem kontrolovaného designu (Cavany et al., 2021). Studie neprokázala žádné významné účinky mikrodávkování na náladu, chování a mozkovou aktivitu ve srovnání s placebem, ale mírný trend kognitivního deficitu byl nalezen v oblasti kontroly pozornosti a byl zaznamenán pokles síly EEG v pásmu théta. Tyto výsledky naznačují, že mikrodávkování (0,5 g sušených hub *Psilocybe cubensis*) nemá žádné nebo jen malé negativní účinky. Na druhou stranu byl vzorek ve studii relativně malý (N = 34) a byly měřeny jen akutní účinky po jedné mikrodávce. Jako takový by byl žádoucí další výzkum hodnotící možné kumulativní účinky mikrodávkování po delší časové období, než bude možné vyvodit konečné závěry.

Účinky nižších dávek psychedelik na mozek a kognitivní funkce nebyly dosud systematicky zkoumány. Účinnost mikrodávkování může být podpořena zejména skrze další podpůrnou evidenci, jako je např. souvislost mezi 5-HT a náladou[119] či stimulací 5-HT_{2A} receptoru s neurogenezí, která je důležitá pro učení a paměť.[120] Víme však také, že blokování 5-HT_{2A} receptorů vedlo ke zhoršení výkonu prostorové paměti u lidí.[121] Tato zjištění jsou v souladu s nedávno navrženým modelem funkce serotoninu v mozku,[122] podle kterého je signalizace 5-HT_{2A} spojena se zvýšenou plasticitou, citlivostí na prostředí, adaptabilitou a schopností učit se a odnaučovat. Mírné snížení inhibice mozku mikrodávkováním může být komponentním mechanismem ve změně myšlení a klíčovou součástí kreativního myšlení.[116]

Role 5-HT a zejména stimulace 5-HT_{2AR} v mikrodávkování je složitá. Jednou z možností je, že stimulace 5-HT_{2A} nemá jednoduchý vztah dávka–odezva s kognitivním výkonem, nýbrž nelineární vztah podobný např. vztahu mezi dopaminem a kognitivním výkonem.[123] Pokud tomu tak je, lze předpokládat, že nižší dávky psychedelických látek, tedy ty, které se používají při mikrodávkování, ovlivňují kognitivní funkce tak, aby jednotlivci mohli dosáhnout optimální úrovně kognitivního výkonu alespoň v jedné oblasti (např. flexibilita), zatímco „plná dávka" by mohla jít nad rámec tohoto kritického bodu, což by mohlo vést ke zhoršení kognitivního výkonu. Další možností by bylo, že nízké dávky zlepšují náladu takovým způsobem, že jednotlivci jsou pozitivně předpojatí při posuzování svých kognitivních schopností, a tak hlásí spíše vnímané než skutečné kognitivní zlepšení.[117] Třetí, poněkud související možností je, že u jedinců s mikrodávkováním dochází k významnému placebo efektu. Důkladné vědecké prozkoumání těchto hypotéz je žádoucí v blízké době, zejména s ohledem na prevalenci mikrodávkování v západních společnostech v současnosti.

Tyto nesrovnalosti mohou souviset s rozdíly ve výzkumných designech a relativně malou velikostí vzorku u klinických studií. Malé velikosti vzorků mohou představovat statistické problémy i proto, že se očekává, že účinky mikrodávkování na kognici budou velmi jemné, a proto je nezbytná dostatečná velikost vzorku.

Ačkoliv se mikrodávkování podle dostupných studií zdá být relativně bezpečné,[111, 124] existují také zmínky o vedlejších negativních účincích mikrodávkování, např. příliš silný, neočekávaný efekt, úzkosti, zmatenost, cyklické střídání depresivních a euforických prožitků či negativní fyzické prožitky (nevolnosti, potíže se spánkem).[102, 106, 125] Negativní účinky se objevovaly nejčastěji během akutního vlivu látky.[104] Nejčastěji uváděným důvodem pro ukončení mikrodávkování však byla absence žádoucích účinků.[104]

O efektivitě mikrodávkování psychedelik se vedou diskuze.[99] Dostupné výzkumy přinášejí často protichůdná zjištění o účincích této praxe na náladu, kreativitu a další psychologické procesy.[126] Zdá se však, že většina neoficiálních zpráv inklinuje k jednostrannému zdůrazňování pozitivních aspektů tohoto trendu.[99] Chybí základní výzkum, který by zkoumal biologické a psychologické mechanismy účinku mikrodávkování a jakým způsobem se liší od užití vyšších dávek psychedelik. Ačkoliv dostupná evidence naznačuje, že mikrodávkování může mít terapeutický potenciál v obecné péči o duševní zdraví i léčby řady psychiatrických onemocnění, včetně deprese,[125] Alzheimerovy choroby[124] či poruch pozornosti,[113] k jeho prokázání je zapotřebí realizace dalších, zejména klinických kontrolovaných studií.[96] Totéž platí i pro diskutovaný potenciál těchto látek v oblasti posilování či vylepšování lidského fungování, ať už na úrovni kognitivních a afektivních schopností, zvyšování výkonu a produktivity nebo spirituality. Mikrodávky psychedelik by mohly být v budoucnu využívány jako nová psychofarmaka či nootropika. Zda k tomu skutečně dojde, ukáže až další výzkum a vývoj. Kromě otázek účinnosti této formy užívání psychedelik je dále důležité se v budoucnu zaměřit i na související etická témata, prozkoumání rizik a možnosti jejich redukce.

>6

Kapitola 6

Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života

R. Kočárová, M. Plevková, F. Kňažek, B. Bláhová, D. Civišová, K. Bohmová, M. Horák, Z. Postránecká

Psychedelika (zejména klasická) jsou považována za relativně bezpečné látky, a to jak podle názoru odborníků,[12] tak skrze jejich farmakologický profil,[18] zejména pak na somatické úrovni. Mají nízkou fyziologickou toxicitou,[11, 127, 128] a nízký závislostní potenciál.[129]

Přibývající množství výzkumů přináší evidenci o jejich pestrém terapeutickém potenciálu a široké škále možných pozitivních účinků na široké škále oblastí života. Mluví se také o rizicích a nežádoucích účincích užití těchto látek. Výsledný dopad zkušenosti na zdraví a život člověka odvisí od celého kontextu užití,[91] tedy faktorů na úrovni látky, setu a settingu, přičemž pro dosažení pozitivního potenciálu se obecně považuje za vhodnější kontrolovaný kontext, nežádoucí účinky mohou souviset s rizikovými způsoby užití (např. neinformované, bez přípravy a integrace) (viz kap. Vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace).

V následujícím textu se pokusíme představit škálu možných pozitivních i negativních dopadů na zdraví a život člověka, které je oboje do velké míry stále předmětem zkoumání.

6.1 Pozitivní účinky

Pozitivní účinky klasických psychedelik byly pozorovány v rámci širokého spektra kontextů, ať šlo o kontrolované klinické prostředí se zdravými dobrovolníky,[20] s pacienty s psychiatrickou diagnózou,[130] rekreačního kontextu festivalů[131] nebo v rámci terapeutické[68] a šamanské/neošamanské praxe.[132, 133] Dnes představují jednu z velmi slibných oblastí péče o duševní a veřejné zdraví.

Administrace klasických psychedelik (psilocybinu, LSD či ayahuascy) v kontextu různých přístupů a intenzity psychologické/psychoterapeutické či jiné odborné podpory se ukázala mít významný terapeutický potenciál v klinických studiích při léčbě úzkosti a deprese u terminálně nemocných pacientů,[134–136] při léčbě deprese,[137–140] včetně farmakorezistentní,[141] obsedantně kompulzivní poruchy,[142] závislosti na tabáku[143] a alkoholu[144] s pozitivním účinkem pozorovaným 24 hodin až 12 měsíců po aplikaci substance – tabulka 1.

Tabulka 1: Přehled klinických studií účinků klasických psychedelik (psilocybin, LSD, ayahuasca) na pacienty publikované v letech 1990 až 2021 a registrované na https://clinicaltrials.gov/ (celosvětové databázi klinických výzkumných studií). Ve sloupci „Hlavní výsledky" jsou vždy uvedeny výsledky z posledního realizovaného follow-up měření. (Převzato z Kočárová a Preiss, 2020, a aktualizováno o nové studie k 30. 10. 2021.)

Studie	Indikace	Velikost vzorku (n)	Zkoumaná látka a dávka	Design	Hlavní výsledky
Moreno et al., 2006	obsedantně kompulzivní porucha (OCD)	9	psilocybin, až 4 dávky	DB-OLTI, zvyšující se dávky	všichni pacienti vykázali zlepšení symptomů OCD 24 hodin po léčbě
Grob et al., 2011	úzkost a deprese ve finálním stadiu rakoviny	12	psilocybin, 1 dávka	DB-RCT, cross-over, within subjects, aktivní placebo (niacin)	významné snížení úzkosti po dobu 3 měsíců a deprese po dobu 6 měsíců
Johnson et al., 2014	dlouhodobé chronické kouření tabáku	15	psilocybin, až 3 dávky	OLT, souběžná KBT	80 % respondentů abstinujících po 6 měsících
Gasser et al., 2014	úzkost v souvislosti s život ohrožujícím onemocněním	12	LSD, 1 dávka	DB-RCT, crossover, aktivní placebo (VND LSD), souběžná psychoterapie	významný úbytek úzkosti ve srovnání s VND po dobu až 2 měsíců s přetrvávajícím účinkem do 12 měsíců
Bogenschutz et al., 2015	závislost na alkoholu	10	psilocybin, 1–2 dávky	OLT, MET a souběžná psychoterapie, follow-up měření	významné snížení konzumace alkoholu po dobu až 36 týdnů
Osorio Fde et al., 2015 a Sanches et al., 2016	rekurentní depresivní porucha	6 (+ rozšíření na 17)	ayahuasca, 1 dávka	OLT	významné snížení depresivních symptomů po dobu až 21 dní
Carhart-Harris et al., 2016, 2018a	rezistentní depresivní porucha	12 (+ rozšíření studie na 20)	psilocybin, 2 dávky	OLT, souběžná psychologická podpora	významné snížení depresivních symptomů po dobu až 6 měsíců
Ross et al., 2016	úzkost a deprese související s život ohrožující rakovinou	29	psilocybin, 1 dávka	DB-RCT, cross-over, aktivní placebo (niacin), souběžná psychoterapie	významné snížení úzkosti a deprese ve srovnání s niacinem během 7 týdnů a přetrvávající po 6,5 měsíce
Griffiths et al., 2016	úzkost a deprese související s život ohrožující rakovinou	51	psilocybin, 1 dávka	DB-RCT, cross-over, aktivní placebo (VND psilocybinu)	významné snížení úzkosti a deprese ve srovnání s VND během 5 týdnů, účinek přetrvává 6 měsíců

Tabulka 1: Přehled klinických studií účinků klasických psychedelik (psilocybin, LSD, ayahuasca) na pacienty publikované v letech 1990 až 2021 a registrované na https://clinicaltrials.gov/ (celosvětové databázi klinických výzkumných studií). Ve sloupci „Hlavní výsledky" jsou vždy uvedeny výsledky z posledního realizovaného follow-up měření. (Převzato z Kočárová a Preiss, 2020, a aktualizováno o nové studie k 30. 10. 2021.) ***(pokračování)***

Studie	Indikace	Velikost vzorku (n)	Zkoumaná látka a dávka	Design	Hlavní výsledky
Palhano-Fontes, 2018	rezistentní depresivní porucha	29	ayahuasca	DB-RCT, neaktivní placebo	významný antidepresivní účinek až do 7 dnů
Davis et al., 2021	depresivní porucha	24	psilocybin, 2 dávky	RCT, kontrolní skupina z účastníků na čekací listině, podpůrná psychoterapie	významně snížené depresivních symptomů po 1 a 4 týdnech
Carhart-Harris et al., 2021	depresivní porucha	59 (30 užilo psilocybin; 29 antide-presivum)	psilocybin, 2 dávky	DB-RCT, kontrolní skupina užívala antidepresivum escitalopram; souběžná psychologická podpora	nevýznamné snížení depresivních symptomů oproti kontrolní skupině po 6 týdnech

Pozn.: OLT – open-label trial (výzkumníci i participanti vědí, jakou intervenci podstupují), DB-RCT – dvojitě zaslepená randomizovaná kontrolovaná studie, KBT – kognitivně-behaviorální psychoterapie, MET – motivaci posilňující terapie (angl. „motivational enhancement therapy"), VND – velmi nízká dávka

Klinické studie MDMA asistované terapie se zaměřují na léčbu posttraumatické stresové poruchy (PTSD)[145] a tento výzkum je nyní ve III. fázi klinického hodnocení v USA. MDMA asistovaná terapie v jiné studii významně redukovala míru sociální úzkosti u dospělých s autismem[146] a nově je zkoumán její potenciál v léčbě problematického užívání alkoholu.[147] Klinický účinek ketaminu se s převážně pozitivními výsledky zkoumá nejčastěji v rámci léčby deprese, bipolární poruchy a sebevražedných tendencí, dále i v případě dalších duševních poruch jako např. závislosti, PTSD, úzkosti a OCD. Pozitivní změna se objevuje rychle a přetrvává obvykle v řádu dnů po aplikaci.[148] Léčebné konopí se v klinických studiích zkoumá jako nástroj ke zmírnění bolesti,[149] v oblasti duševního zdraví na léčbu deprese, úzkosti, Tourettova syndromu, ADHD, PTSD a psychózy,[150] ale i v řadě dalších psychiatrických i somatických indikací. Dostupné studie však často vykazují slabé, nevýznamné či rozmanité výsledky. Specifikem výzkumu konopí oproti klasickým psychedelikům je skutečnost, že se typicky nezkoumá jako součást širšího kontextu či terapie. Podobně i ketamin je mnohdy aplikován jako intervence bez terapeutického rámce.

Další historické i observační studie nabízí poznatky podporující potenciální využití terapie s využitím klasických psychedelik v léčbě poruch příjmu potravy,[151] psychosomatických onemocnění,[152, 153] posttraumatické stresové poruchy,[154, 155] a dokonce i poruch osobnosti[153, 156–159] či funkčních neurologických poruch.[160] Tento potenciál je dále podporován řadou observačních studií[67, 161–165] i zkušenostmi z mnohaleté terapeutické praxe.[68, 153, 166–168]

V poslední době také přibývá studií[56] poukazujících na to, že psychedelika nemusí být jen nástrojem léčby psychopatologií, ale mohou také přispět k osobnímu rozvoji a péči o duševní zdraví i zdravých jedinců a potenciálně tak sloužit i v prevenci psychopatologických jevů.[10] Jiná řada studií srovnávající skupiny uživatelů klasických psychedelik s neuživateli přinesla evidenci podporující pozitivní souvislosti užívání psychedelik s vybranými fenomény, jako je nižší míra užívání alkoholu a tabáku[169] či opiátů,[170] sebevražednosti,[162, 171] duševních problémů,[161] ale i třeba páchání partnerského fyzického násilí[172] nebo vyšší mírou zdravého životního stylu u dlouhodobých uživatelů.[173]

Tento seznam pozitivních dopadů na zdraví a kvalitu života klasických psychedelik není vyčerpávající, spíše slouží jako přehled aktuálně řešených i budoucích indikací a upozorňuje na možný transdiagnostický mechanismus účinku.[10] V případě atypických psychedelik (tj. konopí, MDMA, ketamin) by byl tento seznam ještě rozsáhlejší a nebudeme se jim zde proto dále věnovat.

6.2 Negativní zdravotní dopady

Neadekvátní užívání psychedelických látek s sebou nese riziko výskytu specifického souboru možných zejména psychických potíží, které se mohou objevit v následujících dnech, měsících, či dokonce letech po jejich užití. Klinické studie, které představují velmi kontrolovaný kontext, naznačují, že všechna ze zmiňovaných rizik lze výrazně redukovat, ne-li vyloučit při vhodném užití.

Nežádoucí účinky klasických psychedelik na úrovni psychologické, psychiatrické i fyziologické jsou stále předmětem zkoumání,[129] a to včetně jejich prevalence a souvislosti s rizikovými faktory užití. V následujícím textu však představíme alespoň základní přehled známých rizik a možných negativních účinků užití psychedelik.

Somatické a psychiatrické rizikové faktory

Během působení klasických psychedelických substancí se mohou vyskytnout jevy, jako jsou nevolnost či zvracení, slabost, únava, křeče, zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence, rozšíření zornic, zvýšená teplota a další, přičemž tyto fyziologické reakce v klinických studiích typicky nejsou u zdravých jedinců považovány za rizikové a většinou po odeznění účinků látky vymizí. Některé z nich však mohou představovat potenciální riziko.[11, 174] Někdy bývají participanty klinických studií zmiňovány přechodné bolesti hlavy, které však netrvají déle než den po užití.[11] V klinických výzkumech se proto účastníci podrobují řadě vyšetření[11] a na základě jejich výsledků bývají vyřazovány osoby s abnormalitami ve funkci vnitřních orgánů,[175] které by mohly představovat zvýšené riziko, jako např. osoby s neléčeným vysokým krevním tlakem. Dalším kritériem vyloučení bývá užívání psychofarmak (zejména antidepresiv a antipsychotik), dále i užívání jiných psychoaktivních látek.[174] Kombinace některých antidepresiv (zejména inhibitorů monoaminooxidázy) s psychedeliky může vést kvůli působení na stejné receptory k serotoninové toxicitě, v její nejvážnější podobě k rozvoji tzv. serotoninového syndromu,[176] což je život ohrožující stav, který se může projevovat zmateností, tachykardií, kómatem, křečemi, třesem, záškuby svalů, agitovaností, dýchacími obtížemi, zčervenáním kůže, přehřátím, horečkou aj.[177, 178]

Z bezpečnostních důvodů jsou v kontrolovaných studiích se zdravými dobrovolníky zpravidla vylučováni účastníci, kteří mají v rodinné či osobní anamnéze psychotické onemocnění (až dvě generace zpět), bipolární afektivní poruchu, depresivní, úzkostné onemocnění či poruchu osobnosti.[174] Tyto podmínky se však mohou měnit v rámci různých pracovišť nebo s účelem studie, např. v rámci zkoumání vlivu psychedelik na farmakorezistentní depresi či závislost.

Náročná psychedelická zkušenost

Náročná psychedelická zkušenost (někdy také označovaná jako bad trip) se projevuje úzkostí, strachem, panikou, dysforií, paranoiou, děsivými vizemi, znepokojujícími psychologickými procesy,[18] pocitem blížící se smrti či zblázněním se.[179] Může se vyskytnout i sebedestruktivní nebo agresivní chování.[11] Náročné zkušenosti v některých případech zahrnují hospitalizaci či přivolání pomoci.[179] Dalším důsledkem intenzivní změny ve vnímání reality může být i např. vyvolání dojmu, že má dotyčný jiné schopnosti než ve skutečnosti. Podobné případy v minulosti mohly vést k úrazům[55] či mohly být příčinou nežádoucích událostí ojediněle až s fatálními následky.[180] Takové události jsou však výjimečné. Během psychedelické zkušenosti však může dojít i k (re)traumatizaci,[55] což může následně vést k rozvoji řady duševních obtíží (viz níže) i fenoménů s rizikovým potenciálem. Navzdory negativnímu náboji takové zkušenosti se ukazuje, že prožitek může v konečném důsledku přinášet benefity a hluboké poznání.[181, 182]

Přetrvávající psychotické příznaky a další duševní obtíže

Výskyt následných psychotických příznaků trvajících déle než 48 hodin po užití LSD či mezkalinu byl ve starší studii uváděn u 0,8–1,8 případu na 1 000 případů.[183] Odborníci také poukazují na nejasnost přímé souvislosti rozvoje psychózy a účinků psychedelik.[184] V současnosti převládá názor, že významné riziko rozvoje psychózy představují psychedelika pro predisponované jedince. Psychotické reakce mohou být také následkem vynoření se nevědomého materiálu.[11] Ve studii mapující náročné psychedelické zkušenosti se psychotické symptomy po odeznění účinků látky objevily u 0,2 % osob.[181]

Psychedelická zkušenost může mít neblahý vliv na další prožívání.[179, 181] Může dojít k rozvoji či zesílení psychických obtíží, jako jsou např. deprese či panické ataky, posílení maladaptivních vzorců chování a myšlení.[55] Ve studiích byla dosud největší pozornost věnována samotnému rozvoji psychózy, o těchto a dalších méně závažných obtížích se již diskutuje pouze okrajově.

Flashbacky a HPPD

S užitím psychedelik byl pozorován i výskyt tzv. flashbacků a přetrvávající poruchy vnímání po užití halucinogenu (angl. hallucinogen persisting perception disorder – HPPD).[18] Tyto jevy zahrnují vizuální halucinace či úzkosti po odeznění účinků látky, příčinou může být nadměrná aktivace neurálních vizuálních drah. Dané fenomény se objevují i po konzumaci nehalucinogenních látek. Vědci zjistili, že podíl mají i faktory v osobní i rodinné anamnéze, přičemž roli mohou hrát problémy s užíváním drog, úzkosti či další psychiatrická onemocnění.[185, 186] Rozdíly mezi těmito dvěma jevy jsou vnímány např. v chronicitě či v míře nepohody prožívání těchto fenoménů. V současnosti se však hovoří o přechodné formě HPPD I („flashback type"), která se jeví jako reverzibilní a méně riziková, a o dlouhodobé formě HPPD II, která se vyznačuje horší prognózou.[187] Flashbacky mohou být uživateli vnímány jako neobtěžující, či dokonce příjemné.[188]

Psychospirituální krize

Psychospirituální krize z anglického „spiritual emergency" je popisována jako psychologická transformace s duchovním nábojem, která vykazuje podobné symptomy jako akutní psychotická porucha.[189] Může mít podobu i velkého množství nezvyklých fenoménů, jako jsou například spontánní energetické prožitky, vizuální a sluchové vjemy, hlasy, silné předtuchy, prožitky smrti, prožitky minulých životů, mimotělní zážitky, mytologické a archetypální jevy a další.[190] V současnosti tato kategorie symptomů není nijak zakotvena v diagnostickém manuálu MKN-10. Naproti tomu v americkém diagnostickém manuálu DSM-V lze nalézt kategorii duchovní a náboženský problém. Odlišení od akutní psychotické poruchy však může být i pro znalého člověka obtížné.[191] Mezi hlavní spouštěče krize patří ohrožení života, trauma, extrémní fyzická či psychická zátěž, náhlá ztráta majetku či blízké osoby, ale mohou to být také silné sexuální zážitky, zamilovanost, intenzivní meditační praxe či užití psychedelických látek.[192] Při nesprávném uchopení můžou tyto stavy působit při běžném fungování člověku problémy související třeba s pocity zmatku či strachu o zdravý rozum. Jestliže se však naopak stav jedince procházejícího krizí uchopí vhodně, intenzivní symptomy mohou odeznít a správná integrace může život takového člověka obohatit o nové aspekty vlastní identity a přispět k psychické pohodě.[189]

Spirituální/duchovní bypass

Fenomén spirituálního bypassu bývá popisován jako využívání duchovní praxe k vyhnutí se naplnění základních lidských potřeb, pocitům a vývojovým úkolům[193] a skutečnému kontaktu se svými psychickými obtížemi či emočními problémy.[194] Tento fenomén byl původně pozorován a popsán v jiných než psychedelických komunitách,[193] nicméně se týká i některých forem užívání psychedelik. V této souvislosti se může projevit například jako frekventované užívání, glorifikace psychedelických prožitků či nadměrná spiritualizace užívání.[195]

Přehled rizik se týkal klasických psychedelik, nicméně fenomén náročné psychedelické zkušenosti a dalších následků a specifických rizikových jevů se může objevovat

v podstatě u všech látek s potenciálem vyvolat psychedelický účinek, tedy včetně atypických psychedelik, jako je THC v konopí, MDMA nebo ketaminu.

Ačkoliv klasická psychedelika mají nízkou toxicitu a potenciál pro rozvoj závislosti,[129] v případě atypických psychedelik může být toto riziko vyšší. MDMA je diskutováno v souvislosti s fyziologickou toxicitou i neurotoxicitou[196,197] či rizikem potenciálně nebezpečné hypertermie. Oproti klasickým psychedelikům bylo také pozorováno riziko vzniku závislosti v důsledku užívání MDMA/extáze,[198] ketaminu[199] a konopí.[200] V případě ketaminu byla pozorována také specifická rizika, a to např. problémy s močovými cestami.[201] V souvislosti s užívání konopí byly pozorovány mírné kognitivní deficity (např. zapomínaní, zpomalenost, neschopnost vést souvislou konverzaci apod.), které jsou ve většině případů reverzibilní.[202, 203] Další specifické riziko může představovat způsob užití, kdy typickým způsobem užití konopí je kouření, které může hrát významnou roli např. v rozvoji dýchacích onemocnění a snížení imunity.[204] Byly nalezeny také souvislosti mezi užíváním konopí a depresí,[205] bipolární afektivní poruchou,[206] úzkostí,[207] mánií,[208] sebevražedným chováním[209, 210] nebo schizofrenií.[211]

Jak u pozitivních účinků, tak u těch negativních je potřeba mít na paměti významné metodologické limity dostupných studií a také skutečnost, že celý kontext užití na úrovni látky, setu a settingu je zásadní pro výsledný dopad zkušenosti. Hraje roli nejen v tom, jakou podobu bude mít samotná zkušenost i následné jevy, ale také zda tyto fenomény budou mít pozitivní či negativní dopad na zdraví a kvalitu života jedince. Dostupné studie dále často odkazují na souvislosti, nikoliv kauzalitu a dostatečně nezohledňují všechny faktory užití, psychosociální charakteristiky i třeba souběžné užívání dalších psychoaktivních látek, což vše může být výrazným limitem při pokusech o zobecňování a dále důvodem často nekonzistentních i protichůdných závěrů, jako např. v případě (neuro)toxicity MDMA,[212, 213] hypertermie po užití MDMA[214] či rizik léčebného konopí.[215]

Zásadní roli kontextu podporuje i skutečnost, že podobně jako v případě klasických psychedelik jsou MDMA, ketamin i konopí považovány za přijatelně bezpečné při užití v kontrolovaných podmínkách v klinickém výzkumu.[216–218] I zde je však nutno dodat, že řada více či méně závažných metodologických limitů se objevuje i v případě observačních, ale také klinických studií zkoumajících klasická psychedelika,[10, 219] roli může hrát i publikační zkreslení.[220] Vzhledem k metodologickým limitům mnohých studií lze tak v oblasti přínosů i rizik obecně doporučit obezřetnost při vyvozování jakýchkoliv závěrů.

>7

Kapitola 7

Služby a intervence psychedelické péče

Z. Postránecká, M. Plevková, B. Orlíková, R. Kočárová, F. Kňažek, B. Bláhová

V následující části přinášíme přehled typů služeb a intervencí, které byly identifikovány u nás i v zahraničí i s odkazy na příklady konkrétních organizací či služeb. Službami psychedelické péče rozumíme jakékoliv pomáhající služby, jejichž cílem je poskytnout nějaký typ péče nebo podpory v souvislosti s psychedelickou zkušeností. Pro účely této publikace je dělíme do dvou skupin podle toho, zda je součástí služby i samotná aplikace látky.

Tento text není výsledkem systematického mapování nabídky služeb ve světě a v České republice, představuje spíše základní přehled nabízené podpory pro uživatele psychedelik v době psaní této publikace. Nabídka služeb pro uživatele psychedelik se neustále rozvíjí a je možné, že v době, kdy se vám tato publikace dostane do rukou, budou stávající programy doplněné novými. Některé další služby dostupné v České republice naleznete také v kapitole Vzdělávací, osvětové a intervenční organizace a programy.

7.1 Podpůrné, poradenské a krizové služby neposkytující aplikaci látky

Složení látek dostupných na černém trhu není uživateli v naprosté většině známo. Tyto látky mohou obsahovat příměsi, které jsou životu nebezpečné jako takové anebo mohou být nebezpečné v kombinaci s jinými užitými látkami. Když se uživateli dostane do rukou jiná substance než anticipovaná, může také dojít k rizikovým situacím až předávkování vzhledem k rozdílnému dávkování jednotlivých látek. Uživatel se tak velmi snadno může dostat do neočekávané situace, která může vyústit v náročnou psychedelickou zkušenost či situace život ohrožující.[221, 222] **Testování** představuje službu, kdy uživatel může dobrovolně poskytnout substanci nebo její část a získat chemický rozbor složení a případně poradenství o identifikované látce.[223] Organizace poskytující tuto službu někdy následně upozorňují návštěvníky či organizace zabývající se drogovou problematikou na výskyt zdraví nebezpečných drog či škodlivých příměsí, které prodejci distribuují pod názvem látky s bezpečnějším profilem (např. nebezpečné příměsi v tabletách extáze). Testování může probíhat jak na koncertech či hudebních akcích, tak ve stacionářích, v nemocnicích či v některých zemích mohou uživatelé zaslat vzorky k testování poštou.[224] Bylo zjištěno, že získání takovýchto informací může významně

ovlivnit rozhodnutí látku užít.[225] Testování látek tak může být účinným nástrojem pro prevenci rizik plynoucích z užití jiné než předpokládané látky, nebezpečné látky či užití neadekvátní dávky.[226]

Dalším typem edukačních a harm reduction služeb je **psychedelické poradenství**. Tyto služby poskytují relevantní informace o účincích psychedelických látek a prevenci rizik spojených s jejich užíváním a v některých případech také informace zaměřené na maximalizaci přínosů užití těchto látek. Cílovou skupinou zde mohou být uživatelé psychedelik s předchozí zkušeností nebo lidé, kteří podobnou zkušenost nemají, ale projeví o ni zájem, a osoby blízké uživatelům psychedelik. Součástí může být i psychologický či somatický screening stavů nebo faktorů zvyšujících rizika užívání psychedelik. Někteří terapeuti či střediska nabízejí kromě vzdělávacích programů o psychedelikách obecně také pomoc při plánování setu a settingu či individuální diagnostiku zaměřenou na bezpečné užití psychedelik (např. ICEERS -International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service ve Španělsku nebo Mind Medicine Australia – MMA v Austrálii).

Kvalitně zpracované informace o jednotlivých psychedelických látkách jsou nezbytnou součástí edukace a prevence rizik. Jelikož převážná většina rizik klasických i atypických psychedelik se pojí zejména s jejich nezodpovědným a neinformovaným užitím, podle některých je dokonce poskytování objektivních a empiricky podložených informací o látkách a zodpovědném, bezpečném a efektivním způsobu užití považováno za možnou součást základního vzdělání v rámci redukce rizik.[63]

Psychedelická integrace představuje psychologickou podporu lidem, kteří již nějakou psychedelickou látku užili. Obzvláště důležitá je integrace pro osoby, které si prošly náročnou psychedelickou zkušeností či které se potýkají s následnými psychickými obtížemi. Užitečná však může být i pro ty, kteří chtějí svoji zkušenost dále zpracovávat a integrovat a maximalizovat tak případný přínos užití daného psychedelika.[87, 88] Integrace může být poskytována individuálně i ve skupině (viz níže).

Skupiny psychedelické integrace mají typicky podpůrný charakter, někdy mohou být i terapeutické a představují jednu z často nabízených služeb v oblasti péče o uživatele psychedelik v zahraničí. Tyto skupiny mohou být otevřené i uzavřené a vedeny jak školenými terapeuty, tak facilitátory bez psychoterapeutického vzdělání nebo i jako svépomocné skupiny a s peer podporou. V rámci těchto setkání se diskutují psychedelické zkušenosti (zejm. náročné), jejich význam i následný dopad.[227] Tato sezení mohou být informační či integrační a poskytují podporu, krizovou intervenci či skupinovou psychoterapii v souvislosti s užitím psychedelik. Tyto skupiny fungují dnes v řadě států, např. v USA, Kanadě, UK a Nizozemsku. Možná nejrozsáhlejší databáze těchto skupin a setkání se nachází na webu psychedelic.support.

Krizová intervence představuje poradenství a podporu pro osoby procházející krizí související s psychedelickou zkušeností. Poskytovaná péče může mít různou formu podle typu potíží a odbornosti poskytovatele služby, může být poskytována v rámci sociálních služeb i zdravotnických zařízení. Po zvládnutí krize je možné dále pokračovat v integraci psychedelické zkušenosti. Například v USA byla nedávno spuštěna psychedelická krizová telefonní linka peer podpory (angl. Psychedelic Peer Support Line) realizovaná projektem Fireside (angl. Fireside Project), na které je možné získat psychologickou podporu

od školených dobrovolníků v průběhu psychedelického zážitku pro uživatele samotné či osoby, které jsou v kontaktu s osobou pod vlivem psychedelik např. při náročných psychedelických zkušenostech. Pracovníci této linky poskytují také poradenství a integraci po užití psychedelik.

Specifickou službou pro uživatele THC jsou tzv. **cannabis social clubs** (konopné sociální kluby), neziskové organizace, ve kterých členové klubu mohou THC užívat v limitovaném množství vyprodukovaném kolektivně v rámci téže organizace.[228] V zahraničí tyto kluby fungují jako neziskové organizace, jejichž plnoletí členové v jejich rámci pěstují a sdílejí konopí (popř. jiné psychoaktivní látky), které je testované na obsah účinných látek. Klub poskytuje edukaci a poradenství v případě potíží, informace i kontakty na odbornou pomoc a bezpečný prostor k užívání látky. Kvalita konopných rostlin a věk členů podléhá regulaci.

Negativní dopady psychedelické zkušenosti nebo rozvoj náročné psychedelické zkušenosti souvisí do velké míry s nevhodným prostředím (tzv. setting). Odborníky bývá v této souvislosti zdůrazňován aspekt pocitu bezpečí při užití látky. Bezpečné místo, kde je možné touto zkušeností projít, může významně redukovat rizika pojící se s užitím psychedelik a předejít řadě náročných či nežádoucích situací a někdy i vést k podpoře využití pozitivního potenciálu psychedelik. Tento typ služby je dnes nabízen zejména na hudebních festivalech, kde bývají užívány psychedelické látky. Typicky je nabízen dobrovolníky, kterým se říká sitteři, mezi nimiž jsou psychologové, psychiatři, terapeuti, pracovníci z drogových služeb, ale také řada uživatelů s mnoha zkušenostmi, tzv. peers. Návštěvníkům festivalů je nabízeno bezpečné zázemí a asistence při náročné zkušenosti či krizi související s účinkem látky. Tato služba bývá často označována jako **psychedelická harm reduction**.[222] Tuto službu nabízejí v zahraničí např. organizace Zendo Project a Kosmicare.

Podobný prostor však může sloužit i mimo kontext hudebních akcí a festivalů a být založený na principu tzv. aplikačních místností,[229] ale rozšířený o důraz na podobu prostředí. K bezpečnému settingu může významně přispět přítomnost osoby, která zajistí bezpečí a vstřícné prostředí. Tato osoba je označována různými názvy: sitter, průvodce, facilitátor, terapeut apod. (viz kap. Vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace). Často se tak rozlišuje rozdílná míra aktivity během sezení a odbornost poskytovatele služby. Tato osoba by měla mít zejména vlastní psychedelickou zkušenost a pokud možno psychoterapeutickou kvalifikaci. Služba může být součástí **bezpečného prostoru pro zkušenost** (viz výše), zároveň však může být poskytována klientům např. v jejich domácím prostředí. V Nizozemsku je možné si zajistit službu ve formě přítomnosti profesionála během psychedelického zážitku ve vybraném prostředí. Společnost Tripsitter.Amsterdam nabízí poskytování psychologické podpory a zajištění bezpečného setu a settingu v průběhu psychedelického zážitku, zatímco klient si přinese vlastní látku, kterou plánuje užít. Jde tedy o jakousi mobilní verzi bezpečného prostoru pro absolvování zkušenosti. V rámci služeb této společnosti je možné si domluvit také poradenství, integraci a relaxační techniky před či po užití zamýšlené látky, a to jak pro jednotlivce, tak pro celé skupiny.

7.2 Služby poskytující kontrolované užití psychedelik včetně aplikace látky

V zemích, kde jsou jednotlivé psychedelické látky legální, částečně legální či neregulovány, je možné absolvovat také psychedelické sezení (ať v rámci psychedelické, či psychedeliky asistované terapie, tradiční medicíny, rituálu či jiného rámce) včetně poskytnutí užívané látky v soukromých praxích či v rámci organizací. Součástí této služby je zpravidla screening, přípravná sezení, péče během akutní fáze účinku látky a následná péče (resp. integrace zkušenosti). Některé služby poskytují klinickou péči, jiné mají charakter nezdravotnických zařízení a často nabízejí možnost kontrolované psychedelické zkušenosti i lidem bez diagnózy.

Se zavedením psychedelické terapie do systému péče o duševní zdraví (jak psychoterapie, tak psychiatrie) se pojí řada výzev.[55, 230] Zvláštní pozornost si zaslouží etické aspekty pojící se s tímto novým typem léčby, lišícím se svým mechanismem účinku od konvenční psychofarmakologické léčby.[231]

Nezdravotnické specializované služby

Tento model představuje možnost podstoupit kontrolovanou psychedelickou zkušenost ve speciálních nezdravotnických centrech pod dohledem vyškolených průvodců a za použití přírodních i syntetických substancí poskytovaných certifikovanými výrobci a pěstiteli. Tento model (tzv. psilocybinové služby; angl. „psilocybin services“) byl schválen v Oregonu, USA, v roce 2020. Umožňuje dospělým zájemcům pořídit si houby s obsahem psilocybinu od certifikovaných pěstitelů a podstoupit kontrolovanou zkušenost s psilocybinem po absolvování přípravného sezení. V současnosti je v Oregonu vytvářen model vzdělávání facilitátorů a poskytování služeb pro uživatele psychedelik, přičemž se nejedná o zavedení do zdravotnického systému.[232] Realizace takového modelu vyžaduje zákonnou reklasifikaci těchto látek, aby bylo možné legálně získat substance ověřené kvality a začít legálně vytvářet specializované služby. Služby by se v tomto případě zaměřily jak na poskytnutí bezpečného prostoru a redukci rizik, tak na související podporu duševního zdraví a maximalizaci potenciálních pozitivních přínosů plynoucích z jejich užití. Nabízet by je mohli speciálně vyškolení terapeuti s psychoterapeutickým výcvikem, případně i další pracovníci v pomáhajících profesích. Podobný model lze nalézt dále např. v Nizozemsku, kde je možné užít tzv. truffles s obsahem psilocybinu (např. organizace Essence Institute a Synthesis Institute), centra nabízející rituály s ayahuascou v Peru, Kolumbii, Brazílii nebo Kostarice či léčebné programy nabízející léčbu závislostí za pomoci ayahuascy, např. v Peru Centrum Takiwasi,[89, 233] či ibogainu, jako například v Mexiku,[234] ale i v mnoha jiných zemích Střední a Jižní Ameriky, Karibiku, USA nebo na Novém Zélandu).[235]

Klinická praxe

Ačkoliv důkazní báze o terapeutickém využití psychedelik neustále narůstá (viz kap. Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života), není jejich využití doposud zavedeno jako standardní farmakoterapeutická intervence. Výjimku v mnoha zemích včetně ČR představuje použití esketaminu (S-formy ketaminu) a off-label využití ketaminu[236] např. pro léčbu farmakorezistentní deprese a využití léčebného konopí.[237] V klinických

studiích je v současnosti zkoumán především psilocybin (zejména pro léčbu depresivních onemocnění, ale i v rámci paliativní péče) a MDMA (zejména pro léčbu posttraumatické poruchy).[238] Zejména v USA již existuje řada ketaminových klinik, jejich seznam lze nalézt např. na Ketamine Clinics Directory.

>8

Kapitola 8

Přehled situace v České republice

M. Plevková, R. Kočárová

Československo bylo v minulém století jedním z významných center psychedelického výzkumu. Mezi pionýry patřily osobnosti jako prof. Stanislav Grof, dále dr. Roubíček, dr. Milan Hausner nebo prof. Stanislav Kratochvíl.[239] Počátky českého výzkumu psychedelických látek v novém tisíciletí začaly animálními studiemi pod vedením psychiatrů a neurovědců prof. MUDr. Jiřího Horáčka, Ph.D., FCMA, a MUDr. Tomáše Páleníčka, Ph.D., v Psychiatrickém centru Praha, současném Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ). Jejich tým se zabýval neurobiologií THC, MDMA,[240–242] LSD,[243] psilocinu,[244] ketaminu,[245] mezkalinu[246] a 2C-B.[247] Výzkum na lidských subjektech a využití psychedelik v terapii zahájili v rámci observačních studií antropolog RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D., a psycholožka PhDr. Veronika Kavenská, Ph.D. Zabývali se ayahuascou v léčbě závislostí v centru Takiwasi v Peru, kde je tento nápoj legální. O jejich výzkumu pojednávají tři knihy, jichž jsou autory: Léčba drogové závislosti v terapeutických komunitách: Případová studie z Peru, Nikaraguy a Česka,[248] Takiwasi: Dům, kde se zpívá[89] a Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii.[233] Přibližně ve stejné době realizoval PhDr. Petr Winkler, Ph.D., studii, ve které se zabýval zkušenostmi odborníků na duševní zdraví s autoexperimenty a výzkumem LSD v šedesátých letech.[239]

Klinický výzkum psychedelik byl v České republice obnoven začátkem 21. století pod vedením prof. MUDr. Jiřího Horáčka, Ph.D., FCMA, ve studii, která zkoumala účinek subanestetických dávek ketaminu na zdravých dobrovonících.[249] MUDr. Tomáš Páleníček, Ph.D., navázal v NUDZ studií, kde byl psilocybin podáván zdravým dobrovolníkům (Animální a humánní serotonergní model schizofrenie: validita hodnocená pomocí qEEG a fMRI). Na základě výpovědí účastníků vznikla kniha Fenomén psychedelie[250] pod vedením jednoho ze členů výzkumného týmu MUDr. Filipa Tylše, Ph.D. Dodnes pokračuje i výzkum a off-label podávání ketaminu pro léčbu depresivního onemocnění, kterým se pod vedením prof. Horáčka zabýval MUDr. Peter Šóš, Ph.D.,[251] a v současnosti pokračuje MUDr. Veronika Andrashko.[252] Nedávno byla započata také měření v rámci multicentrické studie Compass Pathways, která zkoumá léčebný potenciál psilocybinu v léčbě farmakorezistentní deprese, ve které byl NUDZ v letech 2020 a 2021 zapojen

do II. fáze klinické studie s tím, že III. fáze je plánována na rok 2022, a to rovněž s účastí České republiky. V roce 2019 byla Státním ústavem pro kontrolu léčiv schválena studie MDMA asistované terapie pro léčbu posttraumatické stresové poruchy, která je realizována ve spolupráci s kalifornskou organizací Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Nedávno byla také grantem Agentury pro zdravotnický výzkum České republiky podpořena studie dr. Páleníčka a jeho týmu, která bude zkoumat srovnání účinku ketaminu a psilocybinu v léčbě farmakorezistentní deprese. Další studie pod vedením prof. Horáčka využívající psilocybinem asistovanou psychoterapii v léčbě existenciálního distresu onkologických pacientů v terminálním stadiu onemocnění byla nedávno schválena regulačními orgány.

Vedle klinických studií byla v posledních letech realizována i řada observačních studií, kde nebyla látka přímo podávána výzkumníky. Mezi jinými bylo zkoumáno např. konopí (akutní účinky na zdravých dobrovolnících, dr. Páleníček), ayahuascový turismus (dr. Kavenská a Mgr. Simonová)[253] a užívání ayahuascy v ČR (dr. Horák)[254,255] či sekret ze žáby *Bufo alvarius* obsahující 5-MeO-DMT (účinky na duševní zdraví, Mgr. Kočárová,[256] kontroverze ohledně tradičního užívání sekretu dr. Horák[257] aj.). Výzkumem terapeutického využití ayahuascy v rituálním prostředí v centru Takiwasi v Peru se dále zabývala psycholožka Mgr. Kočárová.[58] Na výzkum ayahuascy navázala i přípravná výprava (Expedice NEURON) týmu dr. Páleníčka v roce 2018 do Amazonie.

Tabulka 2: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog v obecné populaci ve věku 15–64 let v letech 2011–2019, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti)

Látka/látky	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017	2019
Prevalence užívání drog v populaci ČR									
n	901	854	868	570	851	849	1 261	1 665	833
konopí	24,9	31,2	22,8	28,7	29,5	24,3	28,6	26,2	25,9
extáze	5,8	5,5	5,1	6,0	6,3	5,1	5,8	5,3	5,6
halucinogenní houby	4,1	4,4	2,4	4,3	5,4	4,3	4,7	3,5	5,7
LSD	2,1	0,7	0,9	0,7	3,1	1,4	3,0	1,3	1,3
Výzkum občanů									
n		1 466				1 745	404	1 392	1 385
konopí		35,6				30,4	36,9	37,8	39,1
extáze		5,3				3,6	4,3	6,3	6,5
halucinogenní houby		5,9				2,7	4,4	4,7	4,3
LSD		3,3				2,7	3,1	2,9	2,9
Národní výzkum užívání návykových látek									
n		2 134				2 875			
konopí		27,9				26,6			
extáze		3,6				7,1			
halucinogenní houby		5,3				5,4			
LSD		2,8				2,1			
ketamin		–				0,2			

Pozn.: Ketamin není do tabulky zahrnut z důvodu chybějících dat – ve studiích Prevalence užívání drog v populaci ČR a Výzkum občanů je užívání ketaminu sledováno v jedné kategorii spolu s poppers a GHB/GBL.

Epidemiologickým výzkumem užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek včetně vybraných psychedelik se v České republice zabývá Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Podle jeho publikací v letech 2011 až 2019 jsou konopné látky nejužívanějšími nelegálními látkami v obecné dospělé populaci ČR. Dalšími nejčastěji užívanými látkami v ČR jsou: extáze (včetně MDMA) a lysohlávky (resp. „halucinogenní houby"). Zkušenosti dospělé populace s LSD jsou na nižší úrovni. Z dlouhodobého hlediska je míra celoživotních zkušeností s užitím sledovaných psychoaktivních látek na relativně stabilní úrovni – tabulka 2. Pro zjištění odhadů počtu uživatelů psychedelik a jejich sociodemografického profilu byly sekundárním analýzám podrobeny výsledky dvou studií z r. 2016 a 2018 (viz kap. Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů: sekundární analýzy celopopulačních studií).

I přes nezanedbatelnou prevalenci užívání psychedelik v ČR jsou úmrtí na předávkování velmi vzácná. Podle údajů z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na odděleních soudního lékařství (NRPATV) Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) bylo v letech 1994–2018 hlášeno 7 úmrtí na předávkování konopnými látkami a 1 úmrtí na předávkování „halucinogeny" (v původním zdroji jsou tak nazývány látky jako LSD, psilocybin aj., proto zde používáme původní terminologii).

V období mezi lety 2003 a 2017 (s výjimkou let 2013–2014) však byla hlášena úmrtí pod vlivem psychoaktivních látek a léků z jiných příčin než předávkování (nejčastěji došlo k úmrtí v důsledku nemoci, nehod a sebevražd). Případů úmrtí za přítomnosti substance MDMA bylo ve výše zmíněném období 15 a případů úmrtí ve spojitosti s užitím THC bylo nahlášeno 316. V registrech nebyla zaznamenána žádná úmrtí pod vlivem jiných halucinogenů. Uváděny jsou zde pouze substance, o kterých byly v registrech uvedeny informace, tj. hlášené případy.

>9

Kapitola 9

Legislativní status psychedelik a související nařízení v České republice

T. Dleštíková, Z. Postránecká

Klasická psychedelika, jakož i řada dalších látek s psychedelickým účinkem (viz kap. Vymezení a účinky psychedelik) jsou v České republice zákonem zakázanými návykovými látkami, resp. omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL), uvedenými v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Pojem návyková látka definuje i trestní zákoník, a to v § 130 jako *„alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování"*, což prakticky znamená, že se související nařízení mohou týkat i látek dosud legislativně nezařazených na seznamech OPL (např. ibogain).

Předmětné nařízení, jež je provedením zmocňovacího ustanovení obsaženého v § 44c odst. 1 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, obsahuje sedm seznamů, na něž jsou zařazeny jednotlivé druhy OPL a jež vycházejí z Jednotné úmluvy o omamných látkách a Úmluvy o psychotropních látkách. Jsou to mezinárodní úmluvy OSN z roku 1961 a 1971, Česká republika je jejich signatářem, a proto jsou pro ni závazné, resp. česká legislativa s nimi musí být v souladu. OPL jsou děleny do seznamů podle jejich nebezpečnosti i možného lékařského využití. Psychedelika jsou uvedena na čtvrtém seznamu psychotropních látek, jenž obsahuje *„psychotropní látky zařazené do Seznamu I podle Úmluvy o psychotropních látkách a další psychotropní látky, u nichž je z důvodu rozsahu jejich zneužívání anebo proto, že bezprostředně nebo nepřímo ohrožují zdraví, nutné zabezpečit, aby látky a přípravky obsahující tyto psychotropní látky byly používány pouze k omezeným výzkumným, vědeckým a velmi omezeným terapeutickým účelům vymezeným v povolení k zacházení"* (§ 1 písm. d) nařízení vlády č. 463/2013 Sb.). V praxi to znamená, že jsou zkoumány či používány velmi zřídka, a to vzhledem k četným administrativním úskalím a striktním podmínkám, které žádost o povolení se zacházením s těmito látkami provázejí.[258] Přesto se za velkého úsilí v České republice v omezené míře tyto výzkumy s některými psychedeliky konají. Výjimku představuje např. ketamin, který je zařazen na 7. seznam nařízení vlády č. 463/2013 Sb. umožňující lékařské využití, je registrován jako léčivo Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) a pro své psychedelické účinky používán v rámci tzv. off-label use např. v rámci léčby deprese.

Z tohoto legislativního uchopení psychedelik vyplývá, že tyto jsou OPL, relevantní v kontextu ust. § 283 až 287 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen „trestní zákoník"), vymezujících tzv. drogové trestné činy. Tento zákon rozlišuje na jedné straně OPL a přípravky je obsahující, jež zjednodušeně můžeme nazvat „syntetickými" látkami, a na straně druhé látky „přírodní", a to rostliny a houby obsahující OPL. Těmito rostlinami a houbami jsou podle nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které z nich se považují za rostliny a houby obsahující OPL a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku, *„rostliny konopí (Cannabis sp.) – všechny druhy a odrůdy, které obsahují více než 0,3 % látek ze skupiny tetrahydrokanabinolů v kvetoucím nebo plodonosném vrcholíku rostliny konopí (s výjimkou zrn) včetně listů, kokainovník pravý (Erythroxylumcoca) a houby obsahující psilocybin a psilocin"*.

Podle výše uvedených ustanovení trestního zákoníku je trestným jednáním, tj. trestným činem, (1) *nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy* (§ 283) trestající jak výrobu OPL, tak zprostředkování jinému, a to bez ohledu na množství, (2) *přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu* (§ 284) postihující přechovávání, resp. držení pro vlastní potřebu OPL, včetně rostlin konopí obsahujících THC, a to v množství větším než malém, (3) *nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku* (§ 285) trestající pěstování pro vlastní potřebu v množství větším než malém rostlinu nebo houbu obsahující OPL, (4) *výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu* (§ 286) trestně postihující přípravná jednání k výrobě OPL, zahrnující i držení tzv. prekursorů, a konečně *šíření toxikomanie* (§ 287) postihující nežádoucí jednání spojená se samotným užíváním návykových látek, a to návykových látek jiných než alkohol spočívající ve svádění, podporování, podněcování a šíření zneužívání takové návykové látky. V kontextu ust. § 284 a § 285 jsou zásadními pojmy „přechovávání pro vlastní potřebu" a „množství větší než malé", jež vykládá stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu Tpjn 301/2013. Přechováváním pro vlastní potřebu se myslí *„určení takové látky pro osobní spotřebu, tedy výhradně pro pachatele tohoto trestného činu a nikoho jiného"* a pod pojmem „množství větší než malé" je nutno rozumět *„množství látky pro osobní potřebu, které vícenásobně převyšuje běžnou dávku obvyklého konzumenta s tím, že nelze určit pevně stanovenou hranici, neboť je třeba vycházet ze stupně závislosti konzumenta na dané látce (zda se jedná o prvokonzumenta, či uživatele látek v pokročilém stádiu závislosti), popř. z jiných skutečností ovlivňujících míru ohrožení života nebo zdraví uživatele"*. Právě v těchto případech „množství větší než malé" látky stanovuje spodní hranici trestnosti, tj. odděluje přestupkové jednání od trestného činu, přičemž toto má být určováno soudy v každém jednotlivém případě s ohledem na jeho konkrétní okolnosti. Předmětné stanovisko Nejvyššího soudu za účelem sjednocení rozhodovací praxe obecných soudů ve své příloze stanoví orientační hodnoty „množství většího než malého" u jednotlivých OPL. Pokud jde o OPL, v nálezu Ústavního soudu č. 259/2013 Sb., a pokud jde o rostliny a houby obsahující OPL, v nálezu Ústavního soudu č. 206/2001 Sb. Ústavní soud zdůraznil, že „množství větší než malé" má být interpretováno soudy při rozhodování konkrétní trestní věci, přičemž zmíněné stanovisko, resp. jeho příloha obsahující orientační hranice „množství většího než malého", které mají soudům sloužit jako vodítko při rozhodování. V případě, že jde o přechovávání OPL v množství nikoli „větším než malém" pro vlastní potřebu, se jedná o přestupek, kdy dochází k odebrání látky a hrozí pokuta. Ačkoliv držení látky pro vlastní potřebu legálně možné není, samotné její užití zákon nepostihuje.

V neposlední řadě nelze nezmínit problematiku dekriminalizace OPL; jejím projevem je v České republice právě přechovávání OPL v množství nikoli „větším než malém" pro vlastní potřebu, v takovém případě jde o přestupek.

V oblasti poskytování služeb psychedelické péče je významný trestný čin šíření toxikomanie podle § 287 trestního zákoníku, resp. otázka jeho výkladu. Šíření toxikomanie je jedním z tzv. drogových trestných činů zakotveným v § 287 trestního zákoníku, jehož objektem je zájem na ochraně společnosti proti možnému ohrožení, které vyplývá ze situace, kdy pachatel *„svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti"*.

Sváděním se rozumí vyvolání rozhodnutí zneužít látku, přičemž takovou povahu by mohlo mít i schvalování zneužívání návykové látky. Podporování může spočívat nejen v opatření návykové látky jako takové, ale i např. v opatření zázemí, kde lze látku nerušeně užívat, a může jím být i tzv. psychická pomoc, kterou je rada či utvrzování v předsevzetí látku užívat apod. Podle komentářové literatury za podporu nelze považovat preventivní akce různých státních i nestátních organizací, při kterých je rozdáván zdravotnický materiál včetně injekčních stříkaček pro nitrožilní aplikaci, vysvětlovány zásady prevence u toxikomanů, poskytovány rady a poučení z hlediska hygieny a zdravotních zásad apod., neboť smyslem tohoto ustanovení není postihovat jednání, které je vykonáváno se záměrem zmírnit negativní psychické, zdravotní a sociální dopady zneužívání návykových látek na jejich uživatele.[259] Jde o snižování rizik a negativních důsledků souvisejících s užíváním psychoaktivních látek prostřednictvím pomoci, podpory a sociální asistence (harm reduction). Patří sem i osvěta, vzdělávání a poradenství, nikoli však např. testování čistoty látek na různých hudebních a podobných akcích či podpora uživatelům během akutního účinku látky.

Podněcováním ke zneužívání návykové látky se rozumí projev, kterým pachatel zamýšlí vzbudit u jiných osob rozhodnutí nebo náladu vedoucí ke zneužívání návykových látek jiných než alkohol, a šířením je jakékoli další jednání směřující k rozšiřování zneužívání návykových látek jiných než alkohol, když se nevyžaduje, aby osoba či osoby, kterým je projev či jiné jednání pachatele určeno, jím byly skutečně ovlivněny.[259]

Z výše uvedeného vyplývá, že skutková podstata trestného činu šíření toxikomanie je konstruována dosti široce a lze pod ni podřadit širokou škálu jednání. Z tohoto důvodu má v tomto případě velký význam její teleologický výklad, jakož i úvahy o tzv. společenské škodlivosti činu. Trestní právo sice vychází z formálního pojetí trestného činu, což znamená, že společenská škodlivost není znakem skutkové podstaty trestného činu, avšak tato je významným interpretačním pravidlem, podle něhož je nutno skutkovou podstatu trestného činu vykládat v souladu s jejím smyslem a účelem, tj. je nezbytné ji hodnotit v návaznosti na objekt trestného činu, tedy zájem chráněný skutkovou podstatou trestného činu. Pakliže individuální objekt trestného činu není určitým jednáním ohrožen či porušen, nelze ani toto jednání označit za trestné. Takovou interpretaci trestného činu šíření toxikomanie však značně ztěžuje řazení psychedelických látek mezi OPL, z čehož logicky vychází snaha ochrany společnosti proti možnému ohrožení, které vyplývá ze zneužívání jiných návykových látek než alkoholu (objekt trestného činu šíření toxikomanie).

Problémem zákonné dikce paragrafu o šíření toxikomanie v kontextu poskytování služeb lidem aktuálně či potenciálně užívajícím psychedelika je tedy premisa, ze které zákonodárce vychází, resp. legislativní řazení psychedelických látek mezi OPL, tj. mezi zákonem zakázané návykové látky, bez toho aniž zohledňuje jejich skutečné účinky, resp. míru nebezpečnosti jejich užití jak pro uživatele samotného, tak pro jeho okolí. To mimo jiné dokládá i skutečnost, že je v tomto případě ze šíření toxikomanie vyjmut alkohol, návyková látka, na kterou se trestný čin šíření toxikomanie nevztahuje.

V případě poskytování relevantních pomáhajících služeb psychedelické péče (vč. harm reduction služeb, poskytování podpory uživatelům, a to i přímo při prožívání psychedelické zkušenosti, jakož i o poradenské a terapeutické služby či osvětu odborné a laické veřejnosti, informování o skutečných účincích těchto látek aj., viz kap. Služby a intervence psychedelické péče) by pro jejich realizaci bylo potřeba aktualizovat racionální výklad trestného činu šíření toxikomanie v souladu s jeho smyslem a účelem (= teleologický výklad) a na základě zhodnocení společenské škodlivosti činu, nikoli jeho zneužívání a snaha pod něj automaticky podřadit jakékoli jednání, které čistě z formálního hlediska naplní znaky skutkové podstaty. Možným způsobem je cesta výkladového stanoviska nejvyššího státního zástupce podle § 12 odst. 2 zákona č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož může nejvyšší státní zástupce vydávat pro státní zastupitelství stanoviska ke sjednocení výkladu zákonů a jiných právních předpisů při výkonu působnosti státního zastupitelství, což v podstatě odpovídá procesnímu vynětí, tj. nestíhatelnosti určitých jednání, byť by naplnila znaky skutkové podstaty trestného činu (zde tedy podpora, schvalování užití látky, popř. podněcování apod.).

Lze shrnout, že v České republice (1) jsou psychedelika OPL, tj. zákonem zakázanými návykovými látkami, jejichž přechovávání, popř. pěstování pro vlastní potřebu v „množství větším než malém“, jakož i jiné nakládání s nimi, a to již bez ohledu na množství, jsou trestnými činy; (2) v současnosti u nás neexistuje platná legislativa dostatečně založená na diferenciaci návykových látek vycházející z vědeckého poznání a s tím související (3) racionální drogová politika adekvátně zohledňující specifika jednotlivých návykových látek, zejména míru jejich škodlivosti, rizikovosti a závislostní potenciál; a (4) realizace a nabídka pomáhajících služeb a osvětových a vzdělávacích aktivit relevantních pro látky s psychedelickým účinkem (tj. zohledňující jejich specifika) je dnes limitována či ohrožena možným výkladem paragrafu šíření toxikomanie a (5) skutečností, že ani držení látky pro osobní potřebu není tolerováno, neboť se jedná o přestupek.

>10

Kapitola 10

Možnosti psychedelické péče ve stávající síti adiktologických služeb

B. Orlíková, Z. Postránecká, R. Kočárová

Adiktologické péče dnes představuje poměrně komplexní systém služeb pokrývající širokou problematiku obtíží souvisejících s užíváním psychoaktivních látek a závislostním chováním v souvislosti s jinými fenomény, jako např. hazardní hraní. Klienty současných adiktologických služeb v České republice jsou zejména uživatelé pervitinu, heroinu či dalších opiátů, případně konopí.[260] Dále také klienti s problémovým užíváním alkoholu, psychoaktivních léků nebo osoby s nelátkovými závislostmi. V roce 2018 bylo registrováno 14 167 žadatelů o léčbu související s užíváním drog v České republice.[261] Primární problémovou drogou byl v 5 704 (40 %) případech alkohol, v 1 827 (13 %) případech konopí, v 51 (0,4 %) případech extáze (definovaná jako MDMA, MDA, MDEA) a ve 20 (0,1 %) případech klasická psychedelika (z toho konkrétně 14 LSD, 4 psilocybin). Mezi lety 2005–2018 byl počet hospitalizací z důvodu intoxikace psychedeliky následující: 840 případů se týkalo konopí a 31 LSD.

Uživatelé psychedelických látek (s výjimkou konopí) se tedy v adiktologických službách objevují spíše zřídka, resp. tyto látky se neobjevují jako primární problémová droga, ačkoliv formálně se systém adiktologické péče zabývá obtížemi v souvislosti s užíváním všech psychoaktivních a návykových látek, včetně „halucinogenů".[262] Důvodů je pravděpodobně více, jedním z nich může být majoritní zaměření adiktologických služeb na léčbu závislostního chování a s ním spojené problémy zdravotního, sociálního a právního charakteru. Užívání konopí souvisí s rozvojem závislosti, což může zčásti vysvětlovat vyšší míru uživatelů považujících ho za primární problémovou drogu oproti jiným, zejm. klasickým psychedelikům. Ani uživatelé konopí však nejsou považováni za primární cílovou skupinu pomáhajících služeb a systémem služeb nejspíše často propadají.[263] V následujícím textu se pokusíme představit přehled adiktologických služeb, které mohou nabízet nějakou formu péče i pro oblast užívání psychedelik.

Stávající adiktologické a jiné poradenské služby, které nejsou přímo zaměřeny na uživatele psychedelik, nabízejí různé možnosti intervence a je možné se na ně obrátit. Je možné využít nízkoprahové služby (zejména terénní programy a kontaktní centra pro uživatele

drog). Hlavním úkolem takových zařízení je minimalizace poškození spojených s užíváním drog (harm reduction). Obvykle nabízejí anonymní kontakt a jsou bezplatné. Přestože se zaměřují zejména na klienty s problémovým užíváním jiných látek, než jsou psychedelika, mezi jejich služby patří také poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), poradenství a edukace o rizicích užívání, základní zdravotní ošetření.[264–268] Počet nízkoprahových programů se v ČR v posledních letech pohybuje kolem stovky a jsou k dispozici ve všech krajích ČR.[260]

Některé z terénních programů se již v minulosti zaměřovaly na rekreační uživatele drog a provozovaly aktivity v prostředí zábavy a nočního života (např. organizace Podané ruce, SANANIM, iniciativa Safer Party a řada dalších), nešlo tedy o intervence pouze pro problémové uživatele, ale i pro experimentátory a občasné uživatele různých látek včetně psychedelik (nejčastěji MDMA a tzv. tanečních drog).[269, 270] V roce 2018 bylo v České republice evidováno 16 podpůrných programů operujících na hudebních akcích, které předpokládají zvýšený výskyt uživatelů omamných a psychotropních látek. Většina z nich nabízí informace o drogách, harm reduction, chill-out zóny, tekutiny, alko-testy a jiné.[271]

Řada dalších adiktologických zařízení také poskytuje poradenské služby nebo psychoterapeutickou podporu, které mohou využít i uživatelé psychedelik. V prvé řadě jsou to ambulantní služby – psychiatrické ambulance, denní stacionáře, adiktologické poradny a další poradenská zařízení. Uživatelé klasických psychedelik nejsou obvyklou klientelou těchto zařízení, uživatelé THC jejich služby využívají častěji. Dvě třetiny klientů/pacientů jsou lidé s poruchami způsobenými alkoholem, třetina jsou uživatelé nealkoholových drog, z nichž 10 % vyhledalo pomoc z důvodu užívání konopných látek.[272, 273] Dalším typem ambulantního programu je následná péče, která může hrát významnou roli v dopadu psychedelické zkušenosti na zdraví a kvalitu života jedince, nicméně v kontextu adiktologických služeb je chápána jako forma služby pro podporu udržení abstinence.[262]

Další úrovní jsou rezidenční služby – detoxifikace, oddělení pro léčbu závislostí při psychiatrických klinikách a léčebnách a terapeutické komunity pro léčbu závislostí. Ty patrně nebudou uživateli psychedelik hojně využívané (až na skupinu uživatelů THC) – kvůli již diskutovanému nízkému závislostnímu potenciálu psychedelik – lze je však využít v případě, kdy jde o souběh užívání psychedelik s dalšími látkami, nebo v případě, že stabilizace psychického stavu po užití/užívání psychedelik vyžaduje pobytovou péči. V psychiatrické rezidenční péči se v posledních letech zvyšuje podíl pacientů, kteří potřebují péči kvůli užívání kombinace látek a z důvodu užívání konopných drog. V terapeutických komunitách zaměřených na léčbu závislostí tvoří uživatelé konopí asi 3 % klientů.[272, 273]

Specifickou skupinou poradenských služeb jsou internetové poradny. V ČR dlouhodobě působí Drogová poradna (SANANIM, z. ú.) a poradna extc.cz (Společnost Podané ruce, o. p. s.). Drogová poradna byla založena v r. 2001 a věnuje se i dotazům týkajícím se psychedelik (za dobu její existence bylo zodpovězeno několik tisíc dotazů zaměřených jak na klasická, tak atypická psychedelika). Dotazy zodpovídají odborníci – psychiatři, psychologové, adiktologové a další pracovníci SANANIM. Na jejich stránkách lze nalézt podrobné texty o návykových látkách, možnostech odborné péče a léčby a informace o možných psychických i somatických důsledcích užívání psychotropních látek. Poradna extc.cz byla od počátku zaměřena na problematiku MDMA a dalších látek užívaných

v prostředí (noční) zábavy.[269] Obě služby cílí primárně na rekreační uživatele drog formou anonymního a nízkoprahového kontaktu v prostředí internetu. Řada dalších adiktologických zařízení nabízí v rámci svých služeb také online (anonymní) poradenství.[274] Obecně v České republice existuje systém adiktologické péče, který nabízí řadu služeb pro uživatele návykových psychoaktivních látek. Tyto služby i v souladu se svým názvem cílí zejména na závislosti (a to včetně nelátkových závislostí, kterým jsme se vzhledem k tématu práce zde nevěnovali) a obtíže související se závislostním chováním. Ačkoliv se na některé služby lze obrátit i v souvislosti s užíváním psychedelik, vzhledem k neodlišování této skupiny látek v rámci koncepce sítě služeb a dále v souvislosti se specifiky psychedelického účinku se lze domnívat, že tyto služby mohou pomoci pouze s omezenou částí možných rizik a škod souvisejících s jejich užíváním.

V ČR dále existují organizace, které nejsou evidovány v Národním registru léčby uživatelů drog a jejichž služby, ačkoliv nemusí být primárně zaměřené na uživatele psychedelik, jsou potřebám uživatelů psychedelik přiléhavější. Těmi se bude zabývat následující kapitola.

>11

Kapitola 11

Vzdělávací, osvětové a intervenční organizace a programy zaměřené na psychedelika v ČR

M. Plevková, R. Kočárová

Pravidelné vzdělávací, destigmatizační, podpůrné a další akce a aktivity týkající se psychedelických látek dnes v České republice nabízí několik nestátních organizací. Následující text představuje tyto organizace prostřednictvím informací, které samy prezentují na svých webových stránkách.

Beyond Psychedelics působí na české i mezinárodní úrovni a usiluje o pozitivní změnu v přístupu ke zdraví a změněným stavům vědomí. Kromě psychedelik se věnuje i dalším způsobům práce s myslí, včetně nelátkových technik i nových technologií. V současnosti poskytuje specializované vzdělávání v oblasti práce s psychedeliky a rozšířenými stavy vědomí odborné i laické veřejnosti v ČR. Mezi její významné aktivity patří organizace mezinárodních konferencí, které sdružují nejen odborníky na výzkum psychedelik z celého světa, ale i tradiční léčitele a osobnosti spojené s českou adiktologickou scénou. První mezinárodní konferenci Global Psychedelic Forum uspořádalo tehdy ještě vznikající uskupení v roce 2016 ve spolupráci s NUDZ, Multidisciplinary Asociation for Psychedelic Studies a dalšími partnery.

Organizace Diabasis pomáhá lidem, kteří zažívají mimořádné stavy vědomí, kdy se vynořování neobvyklých zkušeností může proměnit v potíže, které bývají popisovány termínem psychospirituální krize. Nabízí pomoc osobám s náročnou psychedelickou zkušeností, organizují akce pro širokou veřejnost (pokrývající tematiku psychospirituální krize, spirituality, osobnostního rozvoje a nových směrů v psychoterapii) i odborníky (např. metody psychoterapeutické práce s psychospirituální krizí). Mezi nabízené služby patří i chatová či e-mailová linka. Beyond Psychedelics ve spolupráci s Diabasis v roce 2020 organizovalo také Skupiny psychedelické integrace, otevřená podpůrná setkání pro osoby s potřebou integrace psychedelických zkušeností.

Česká psychedelická společnost (CZEPS) vznikla za účelem vytvoření prostoru k otevřené diskuzi o psychedelických látkách, jejich přínosech a rizicích. Jejím cílem je zprostředkovávat přístup k novým poznatkům, informacím o přínosech a rizicích psychedelik a podporovat výzkum v této oblasti. Svou činností usiluje o destigmatizaci psychedelik, uvedení do terapie a snižování rizik spojených s jejich užíváním. Propojuje odborníky s veřejností a v neposlední řadě připravuje podklady pro změnu legislativy týkající se

kontrolovaného výzkumného a terapeutického využití psychedelik v ČR. Mezi projekty CZEPS patří například festivalová harm reduction služba Psycare, Síť odborníků pro integraci psychedelické zkušenosti a online poradna.

V České republice byl také založen Nadační fond pro výzkum psychedelik (PSYRES) na podporu výzkumu a studia psychedelických látek a jejich využití ve farmakologii, psychologii, adiktologii a psychiatrii. Primárně je fond určen na podporu studií z oblastí farmakologie, neurobiologie, primární a sekundární prevence rizikového užívání, psychologie, adiktologie a psychiatrie, které se věnují mechanismu účinku psychotropního působení těchto látek. V širším kontextu pak fond podporuje také společenskovědní projekty orientované na kulturní konsekvence a historii užívání psychedelik. Tým vědců z ČR pod záštitou PSYRES foundation vytvořil aplikaci iTrip, která má zachycovat unikátní data od uživatelů psychedelik o jejich zkušenostech. Funguje také jako nástroj pro redukci rizik spojených s užíváním psychedelik, monitoruje duševní zdraví uživatelů a poskytuje kontakt na služby.

Psychedelická klinika Psyon je zdravotnické zařízení zaměřující se na inovativní využití psychedelických látek v oblasti duševních obtíží a růstu. Psyon je první klinika v Evropě, která začala nabízet ketaminem asistovanou psychoterapii (KAP), jež slouží jako alternativa k obvyklým metodám léčby deprese. Dále nabízí odbornou pomoc v procesu integrace zkušenosti a také klasické psychoterapeutické konzultace.

Centrum Holos je mezinárodní transpersonální centrum, jehož posláním je pečovat o duševní zdraví lidí při uplatňování celostního přístupu k životu, vědecky rozvíjet a prosazovat metody transpersonální psychologie a holistické medicíny. Mezi poskytované služby patří klasická psychoterapie, holotropní dýchání, bioenergetika a další alternativní formy terapie. V oblasti psychedelické problematiky se zaměřuje na integraci náročných psychedelických zkušeností a psychospirituální krizi.

Spolek Legalizace.cz usiluje o legalizaci konopí, konopných produktů a derivátů a sdružuje fyzické i právnické osoby se společným cílem ovlivňovat drogovou politiku. K dosažení tohoto účelu vykonává spolek soubor činností, mezi něž patří především organizování kulturních, společenských a vzdělávacích akcí a informačních kampaní, konání lobbingu, výzkum potenciálu konopí jako plodiny, výzkum nejbezpečnějších způsobů pěstování ze zdravotního a ekologického hlediska, snižování zdravotních rizik spojených s užíváním a získáváním konopí z černého trhu, podpora veřejné diskuze o právním postavení konopí a jeho uživatelů, provozování informačního portálu, vydavatelská a nakladatelská činnost a koordinace aktivit s aktivitami dalších osob nebo skupin v České republice i v zahraničí.

Asaya je centrum osobního rozvoje, jehož cílem je umožnit setkávání a otevřenou diskuzi spřízněných osob, pořádání přednášek a workshopů tematicky zaměřených na šamanismus, alternativní medicínu, holotropní dýchání, transpersonální psychologii, psychospirituální krizi a psychedelika.

V rámci výuky na 3. lékařské fakultě UK je také možnost zapsat si předmět věnovaný nauce o psychedelikách v širokém rozmezí témat od rizik, vývoje léčiv, legislativy až po historii a působení psychedelik v mozku. Jde o předmět s názvem experimentální psychofarmakologie, současný výzkum psychedelik a psychedelická psychoterapie.

Specializované vzdělávání odborníků i laické veřejnosti dále poskytuje např. Beyond Psychedelics a CZEPS; nově nabízejí čtyřleté komplexní výcviky Grof® Legacy Training částečně zahrnující i oblast psychedelik dvě různé organizace v ČR – Grof Legacy Czech a Holos Centrum v Opavě.

>12

Kapitola 12

Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů: sekundární analýzy celopopulačních studií

P. Chomynová, M. Plevková, R. Kočárová

12.1 Metoda

Pro podrobnější analýzu zaměřenou na užívání látek s psychedelickými vlastnostmi byly použity dvě celopopulační studie realizované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (NMS), které umožňují sledovat jednotlivé látky odděleně – studie *Národní výzkum užívání návykových látek 2016 (Národní výzkum)* a *Prevalence užívání drog v populaci ČR 2018 (Prevalence užívání drog)*.[275, 276]

V rámci projektu byla analyzována data NMS týkající se látek s psychedelickým účinkem z dotazníkových studií zaměřených na užívání psychoaktivních látek z let 2016 a 2018 na reprezentativních souborech české obecné populace ve 3 opakovaných průřezových studiích:

- Národní výzkum užívání návykových látek 2016 je průřezové dotazníkové šetření prováděné každé 4 roky na reprezentativním vzorku dospělé populace ČR se zaměřením na tabák, alkohol a nelegální drogy, hraní a hazard. Vzorek tvořilo 3 601 respondentů ve věku 15+ let, dotazovaných formou osobních rozhovorů s papírovým dotazníkem (PAPI) v náhodně vybraných domácnostech. V souladu s pokyny Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) pro analýzu užívání nelegálních drog byla vybrána populace ve věku 15–64 let, výsledkem čehož byl vzorek 2 875 respondentů (1 385 mužů a 1 490 žen). Pro získání reprezentativního vzorku dospělé populace podle věku, pohlaví, vzdělání a regionu bydliště byl použit vícestupňový náhodný výběr české populace ve věku 15+ let. Míra odpovědí po vyloučení nezpůsobilých domácností a respondentů dosáhla 57,8 %, sběr dat probíhal od září do listopadu 2016.
- Prevalence užívání drog v populaci ČR 2018 je krátké průřezové šetření prováděné každoročně od roku 2011 v rámci omnibusové studie na reprezentativním vzorku české dospělé populace. V roce 2018 tvořilo vzorek 2 030 respondentů ve věku 15+ let, kteří byli dotazováni prostřednictvím počítačově asistovaných osobních rozhovorů (CAPI) ve vybraných domácnostech; z toho 1 665 respondentů (843 mužů a 822 žen) bylo ve věku 15–64 let. Kvótní výběr byl použit k získání reprezentativního vzorku dospělé populace podle věku, pohlaví, vzdělání, regionu a velikosti populace v místě bydliště. Sběr dat probíhal od dubna do května 2018.

Podrobný popis metodiky obou průzkumů lze najít v publikacích NMS.[275, 276]

Analýza byla zaměřena na látky vymezené a definované pro účely tohoto projektu, přičemž omezení představovala formulace otázek v jednotlivých studiích, neboť jednotlivé látky i kategorie látek s psychedelickým účinkem byly napříč studiemi i v jednotlivých letech stejné řady studií různé a různě definované.

Data *Národního výzkumu 2016* (n = 2 875 osob ve věku 15–64 let) umožňují podrobnější sledování sociodemografických charakteristik respondentů. Na základě uváděné zkušenosti s užitím látek s psychedelickými vlastnostmi v horizontu posledních 12 měsíců byly identifikovány 3 skupiny uživatelů psychedelik:

- uživatelé jakékoliv látky s psychedelickými vlastnostmi, včetně konopí – tj. uživatelé LSD, halucinogenních hub, extáze, ketaminu a/nebo konopí (n = 309),
- uživatelé jakékoliv látky s psychedelickými vlastnostmi mimo konopí – tj. uživatelé LSD, halucinogenních hub, extáze a/nebo ketaminu (n = 94),
- uživatelé klasických psychedelik – tj. uživatelé LSD a/nebo halucinogenních hub (n = 55).

Obdobnou kategorizaci umožňují také data *Prevalence užívání drog v populaci ČR 2018* (n = 1 665 osob ve věku 15–64 let) s tím, že do kategorie uživatelů jakékoliv látky s psychedelickými vlastnostmi (včetně konopí i bez konopí) spadali také respondenti, kteří uvedli užití ayahuascy a jiných halucinogenů v posledních 12 měsících, a do kategorie uživatelů klasických psychedelik spadali kromě uživatelů LSD a/nebo halucinogenních hub také uživatelé ayahuascy.

Pro srovnání byly na základě uváděných zkušeností definovány kategorie neuživatelů (tj. osoby, které v posledních 12 měsících neužily žádnou nelegální drogu), uživatelů jiných nelegálních drog než psychedelik (tj. osoby, které uvedly zkušenost s užitím pervitinu, heroinu, kokainu, poppers a/nebo nových psychoaktivních látek v posledních 12 měsících), uživatelů konopných látek (tj. osoby, které užily v posledních 12 měsících pouze konopné látky, a to za rekreačním účelem) a uživatelů konopných látek pro léčebné účely (tj. osoby, které užily v posledních 12 měsících konopné látky pouze z důvodu samoléčby).

12.2 Výsledky

Prevalence užívání psychedelik

Celkem 28–30 % české populace ve věku 15–64 let uvedlo v letech 2016–2018 alespoň jednu zkušenost s užitím látek s psychedelickými vlastnostmi v životě. Z toho přibližně 26–27 % respondentů uvedlo zkušenost s užitím konopí, 5–7 % užilo extázi, 4–5 % halucinogenní houby a 1–2 % užilo LSD. Přibližně 0,2 % uvedlo zkušenost s užitím ketaminu v životě (v Národním výzkumu 2016) a 1 % uvedlo zkušenost s užitím ayahuascy a 0,5 % s užitím jiných halucinogenů (Prevalence užívání drog 2018) – tabulka 3 a tabulka 4. Alespoň jednu zkušenost s užitím látky s psychedelickým účinkem po vyloučení konopí uvedlo 9–11 % dospělé populace, v tom 5–6 % užilo klasická psychedelika (tj. LSD, halucinogenní houby nebo ayahuascu).

Při extrapolaci na dospělou populaci ve věku 15–64 let byly odhadnuty přibližně 2 miliony osob, které měly alespoň jednu zkušenost s látkami s psychedelickým účinkem v životě

(95% CI: 1,9–2,1 milionu), z toho bylo přibližně 1,80–1,85 milionu uživatelů konopí a odhadem 640–740 tisíc uživatelů psychedelik jiných než konopí, včetně 350–430 tisíc uživatelů klasických psychedelik.

Aktuální užívání jakékoli látky s psychedelickými vlastnostmi, tj. její užití v posledních 12 měsících, uvedlo 9–11 % dospělé populace, tj. odhadem 590–750 tis. osob. Užití jiných psychedelik než konopí uvedlo 1,7–3,3 % respondentů, což odpovídá cca 115–227 tis. osob. Užití klasických psychedelik v posledních 12 měsících uvedlo 0,7–1,9 % dospělé populace, tj. 50–133 tis. osob – tabulka 3 a tabulka 4. Konopí v posledních 12 měsících užilo 8–9 % dospělé populace (odhadem 550–660 tis. osob), zatímco dalších 8 % (cca 550 tis. osob) užilo konopí pro léčebné účely (vnitřní podávání látky, tj. s vyloučením vnějšího použití, jako jsou masti).

Sociodemografický profil uživatelů psychedelik

Výsledky ukázaly, že profil uživatelů psychedelik se významně lišil od profilu osob, které neužívaly žádnou nelegální drogu. Uživatelé psychedelik (včetně konopí) byli častěji muži (70 %) mladšího věku (většinou ve věku 15–34 let), svobodní (68 %), dosáhli nižšího vzdělání (63 % ukončilo základní nebo nižší střední vzdělání), měli častěji nižší čistý příjem (39 % pod 10 000 Kč) nebo byli ekonomicky neaktivní (39 %) a žili ve městech nad 100 000 obyvatel (33 %) ($p < 0,001$).

Uživatelé všech kategorií psychedelik měli poměrně podobný sociodemografický profil, ať užívali pouze klasická psychedelika, nebo kombinovali toto užívání s konopím pro jiné než léčebné účely (tj. rekreační užití) – tabulka 5. V tomto ohledu se uživatelé klasických psychedelik významně nelišili od rekreačních uživatelů konopí, významně se však lišili od uživatelů konopí pro léčebné účely, kterými byly častěji ženy (76 %) ve starších věkových kategoriích (90 % starší 35 let).[277]

Tabulka 3: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2016 (*Národní výzkum užívání návykových látek 2016*)

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
konopí	v životě	764	34,6	19,1	26,6	24,9	28,2	1 850 900	1 738 400	1 963 500
	v posledních 12 měsících	271	14,2	5,0	9,4	8,3	10,5	655 000	580 700	729 400
	v posledních 30 dnech	157	8,9	2,2	5,5	4,6	6,3	380 000	322 200	437 900
léčebné konopí	v životě	389	10,3	16,5	13,5	12,3	14,8	940 900	857300	1 031 500
	v posledních 12 měsících	236	6,2	10,1	8,2	7,2	9,2	571 500	501 800	641 200
	v posledních 30 dnech	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
extáze	v životě	205	10,0	4,4	7,1	6,2	8,1	498 100	432 400	563 700
	v posledních 12 měsících	48	2,4	0,9	1,7	1,2	2,1	115 900	83 300	148 500
	v posledních 30 dnech	10	0,4	0,3	0,3	0,1	0,6	23 600	8 800	38 500
LSD	v životě	62	3,3	1,1	2,1	1,6	2,7	149 300	112 400	186 100
	v posledních 12 měsících	19	1,0	0,3	0,7	0,4	1,0	46 600	25 900	67 400
	v posledních 30 dnech	2	0,1	0	0,1	0	0,2	5 100	0	12 000

Tabulka 3: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2016 (*Národní výzkum užívání návykových látek 2016*) *(pokračování)*

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
halucinogenní houby	v životě	156	8,0	3,0	5,4	4,6	6,3	378 400	320 600	436 100
	v posledních 12 měsících	43	2,5	0,5	1,5	1,1	1,9	104 200	73 300	135 100
	v posledních 30 dnech	5	0,4	0	0,2	0	0,3	11 800	1 300	22 200
ketamin	v životě	5	0,2	0,1	0,2	0	0,3	12 300	1 600	23 100
	v posledních 12 měsících	5	0,2	0,1	0,2	0	0,3	12 300	1 600	23 100
	v posledních 30 dnech	1	0,1	0	0	0	0,1	2 400	0	7 100
psychedelika včetně konopí*	v životě	849	37,9	21,7	29,5	27,9	31,2	2 057 400	1 941 200	2 173 700
	v posledních 12 měsících	310	15,6	6,2	10,8	9,6	11,9	749 400	670 400	828 400
	v posledních 30 dnech	166	9,3	2,4	5,8	4,9	6,6	402 400	342 900	461 900
psychedelika po vyloučení konopí**	v životě	306	14,7	6,9	10,7	9,5	11,8	743 100	664 500	821 700
	v posledních 12 měsících	93	4,8	1,9	3,3	2,6	3,9	226 500	181 300	271 800
	v posledních 30 dnech	17	0,9	0,3	0,6	0,3	0,9	40 600	21 100	60 000

Tabulka 3: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2016 (*Národní výzkum užívání návykových látek 2016*) ***(pokračování)***

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
klasická psychedelika***	v životě	179	9,2	3,4	6,2	5,4	7,1	434 500	372 900	496 100
	v posledních 12 měsících	55	3,1	0,8	1,9	1,4	2,4	133 300	98 400	168 200
	v posledních 30 dnech	6	0,4	0	0	0	0,4	14 400	2 900	26 000

Pozn.: * Kategorie zahrnuje LSD, halucinogenní houby, extázi, ketamin a konopí. ** Kategorie zahrnuje LSD, halucinogenní houby, extázi, ketamin. *** Kategorie zahrnuje klasická psychedelika, tj. LSD a halucinogenní houby.

Tabulka 4: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2018 (*Prevalence užívání drog v populaci 2018*)

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
konopí	v životě	428	31,8	20,6	26,2	24,1	28,4	1 805 100	1 658 100	1 952 000
	v posledních 12 měsících	129	10,0	5,8	7,9	6,6	9,2	544 400	454 300	634 600
	v posledních 30 dnech	38	2,9	1,7	2,3	1,6	3,1	160 200	109 800	210 500
extáze	v životě	86	6,8	3,7	5,3	4,2	6,3	362 300	287 700	436 800
	v posledních 12 měsících	15	1,1	0,7	0,9	0,5	1,4	64 600	32 400	96 800
	v posledních 30 dnech	1	0	0,1	0,1	0	0,2	5 200	0	14 400
LSD	v životě	21	1,2	1,4	1,3	0,8	1,9	90 000	52 100	128 000
	v posledních 12 měsících	3	0,4	0	0,2	0	0,4	11 200	0	24 600
	v posledních 30 dnech	2	0,2	0	0,1	0	0,2	6 600	0	17 000
halucinogenní houby	v životě	57	4,7	2,2	3,5	2,6	4,4	241 400	180 000	302 900
	v posledních 12 měsících	6	0,6	0,1	0,4	0,1	0,6	24 400	4 600	44 300
	v posledních 30 dnech	2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	6 600	0	17 000

Tabulka 4: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2018 (*Prevalence užívání drog v populaci 2018*) *(pokračování)*

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
ayahuasca	v životě	16	0,7	1,2	1,0	0,5	1,4	66 700	34 000	99 500
	v posledních 12 měsících	5	0,1	0,4	0,3	0	0,6	20 400	2 300	38 600
	v posledních 30 dnech	2	0,1	0,1	0,1	0	0,3	8 500	0	20 300
jiné halucinogeny+	v životě	9	0,4	0,7	0,5	0,2	0,9	36 000	11 900	60 100
	v posledních 12 měsících	2	0,1	0	0,1	0	0,2	6 600	0	16 900
	v posledních 30 dnech	0	0	0	0	0	0	0	–	–
psychedelika včetně konopí*	v životě	461	34,4	22,2	28,3	26,1	30,5	1 948 900	1 798 300	2 099 500
	v posledních 12 měsících	140	15,6	6,2	8,6	9,6	11,9	592 500	498 500	686 400
	v posledních 30 dnech	41	9,3	2,4	2,6	4,9	6,6	176 100	123 200	229 100
psychedelika po vyloučení konopí**	v životě	151	11,7	6,7	9,3	7,9	10,7	637 800	540 900	734 800
	v posledních 12 měsících	27	2,2	1,1	1,7	1,1	2,3	115 300	72 400	158 300
	v posledních 30 dnech	5	0,4	0,2	0,3	0	0,6	20 500	2 300	38 800

Tabulka 4: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2018 (*Prevalence užívání drog v populaci 2018*) ***(pokračování)***

Látka/látky		N	Prevalence (%)					Odhad počtu uživatelů (absolutní počty)		
			podle pohlaví		populace celkem	interval spolehlivosti (95%)				
			muži	ženy	střední odhad	dolní mez	horní mez	střední odhad	dolní mez	horní mez
klasická psychedelika***	v životě	82	6,2	3,9	5,0	4,0	6,1	347 000	274 200	420 500
	v posledních 12 měsících	11	0,9	0,5	0,7	0,3	1,1	49 500	21 000	77 700
	v posledních 30 dnech	4	0,4	0,1	0,2	0,0	0,5	15 200	0	31 000

Pozn.: * Kategorie zahrnuje LSD, halucinogenní houby, extázi, konopí, ayahuascu a jiné halucinogeny. ** Kategorie zahrnuje LSD, halucinogenní houby, extázi, ayahuascu, jiné halucinogeny. *** Kategorie zahrnuje klasická psychedelika, tj. LSD, halucinogenní houby, ayahuascu. + Kategorie jiné halucinogeny zahrnuje DMT, ibogain, ketamin, mescalin, peyote a 5-MeO-DMT.

Tabulka 5: Sociodemografický profil uživatelů látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let (*Národní výzkum užívání návykových látek 2016*)

	Neuživatelé		Uživatelé jiných nelegálních drog		Uživatelé konopí pro rekreační účely		Uživatelé konopí pro léčebné účely		Uživatelé psychedelik (včetně konopí)		Uživatelé psychedelik (mimo konopí)		Uživatelé klasických psychedelik	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2 470		19		195		49		309		94		55	
Pohlaví														
Muži	1 127	45,6 %	8	42,1 %	132	67,7 %	12	24,5 %	216	69,9 %	66	70,2 %	43	78,2 %
Ženy	1 343	54,4 %	11	57,9 %	63	32,3 %	37	75,5 %	93	30,1 %	28	29,8 %	12	21,8 %
Věková skupina														
15–24 let	326	13,2 %	5	25,0 %	64	32,8 %	1	2,0 %	96	31,2 %	29	30,9 %	14	25,9 %
25–34 let	445	18,0 %	7	35,0 %	74	37,9 %	4	8,2 %	120	39,0 %	38	40,4 %	25	46,3 %
35–44 let	646	26,2 %	4	20,0 %	30	15,4 %	19	38,8 %	53	17,2 %	15	16,0 %	9	16,7 %
45–54 let	518	21,0 %	4	20,0 %	17	8,7 %	13	26,5 %	26	8,4 %	8	8,5 %	5	9,3 %
55–64 let	535	21,7 %	0	0,0 %	10	5,1 %	12	24,5 %	13	4,2 %	4	4,3 %	1	1,9 %
Průměrný věk	41,55		33,96		30,99		46,40		30,95		30,72		30,68	
Rodinný stav														
Svobodný/á	696	28,2 %	12	63,2 %	130	66,3 %	7	14,0 %	210	68,0 %	65	69,9 %	38	69,1 %
Ženatý/vdaná, registrované partnerství	1 098	44,5 %	3	15,8 %	33	16,8 %	25	50,0 %	45	14,6 %	11	11,8 %	6	10,9 %
Rozvedený/á	462	18,7 %	2	10,5 %	21	10,7 %	11	22,0 %	34	11,0 %	9	9,7 %	6	10,9 %
Vdovec/vdova	64	2,6 %	1	5,3 %	0	0,0 %	3	6,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Druh/družka	150	6,1 %	1	5,3 %	12	6,1 %	4	8,0 %	20	6,5 %	8	8,6 %	5	9,1 %
Vzdělání														
Základní nebo nižší střední	1 091	44,2 %	8	40,0 %	118	60,5 %	21	42,0 %	194	62,8 %	60	63,8 %	34	61,8 %

Tabulka 5: Sociodemografický profil uživatelů látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let (*Národní výzkum užívání návykových látek 2016*) *(pokračování)*

	Neuživatelé		Uživatelé jiných nelegálních drog		Uživatelé konopí pro rekreační účely		Uživatelé konopí pro léčebné účely		Uživatelé psychedelik (včetně konopí)		Uživatelé psychedelik (mimo konopí)		Uživatelé klasických psychedelik	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2 470		19		195		49		309		94		55	
Vzdělání														
Střední	989	40,0 %	5	25,0 %	54	27,7 %	20	40,0 %	80	25,9 %	25	26,6 %	17	30,9 %
Vyšší	390	15,8 %	7	35,0 %	23	11,8 %	9	18,0 %	35	11,3 %	9	9,6 %	4	7,3 %
Velikost sídla bydliště														
Méně než 5 000 obyv.	934	37,8 %	4	21,1 %	55	28,2 %	21	42,0 %	92	29,7 %	34	37,0 %	18	32,7 %
5–20 000 obyv.	443	17,9 %	1	5,3 %	32	16,4 %	11	22,0 %	48	15,5 %	15	16,3 %	7	12,7 %
20–100 000 obyv.	575	23,3 %	10	52,6 %	53	27,2 %	12	24,0 %	69	22,3 %	13	14,1 %	10	18,2 %
100 000+ obyv.	518	21,0 %	4	21,1 %	55	28,2 %	6	12,0 %	101	32,6 %	30	32,6 %	20	36,4 %
Region														
Praha	300	12,1 %	2	10,0 %	27	13,8 %	4	8,2 %	46	14,8 %	12	12,8 %	6	10,9 %
Čechy (kromě Prahy)	1 292	52,3 %	11	55,0 %	115	59,0 %	26	53,1 %	174	56,1 %	51	54,3 %	29	52,7 %
Morava	879	35,6 %	7	35,0 %	53	27,2 %	19	38,8 %	90	29,0 %	31	33,0 %	20	36,4 %
Čistý měsíční příjem (Kč)														
Méně než 10 000	527	21,4 %	6	31,6 %	69	35,9 %	12	24,0 %	120	39,1 %	38	40,4 %	19	34,5 %
10–20 000	1 269	51,5 %	5	26,3 %	79	41,1 %	29	58,0 %	118	38,4 %	37	39,4 %	22	40,0 %
20–30 000	448	18,2 %	3	15,8 %	31	16,1 %	7	14,0 %	54	17,6 %	18	19,1 %	13	23,6 %
30 000+	219	8,9 %	5	26,3 %	13	6,8 %	2	4,0 %	15	4,9 %	1	1,1 %	1	1,8 %
Ekonomická aktivita														
Aktivní	1 814	73,4 %	11	55,0 %	124	63,6 %	36	72,0 %	190	61,5 %	57	60,6 %	38	69,1 %
Neaktivní	656	26,6 %	9	45,0 %	71	36,4 %	14	28,0 %	119	38,5 %	37	39,4 %	17	30,9 %

>13

Kapitola 13

Zkušenosti a postoje uživatelů psychedelik: průřezová studie

R. Kočárová, F. Kňažek, M. Plevková, B. Bláhová, K. Klobušníková

13.1 Metoda

Průzkum mezi uživateli psychedelik byl koncipován jako online průřezová dotazníková studie. Na webu projektu Národní psychedelický výzkum (www.psychedelickyvyzkum.cz) byl umístěn dotazník zahrnující 133 otázek. Dotazník byl vytvořen na platformě Survey Gizmo a modelován pro sběr kvantitativních i kvalitativních dat.

Do studie bylo zařazeno 29 položek představujících nejčastěji užívaná i méně obvyklá klasická i atypická psychedelika a další látky s psychedelickými účinky (dále jen psychedelika), na jejichž užití a zkušenosti s nimi jsme se ptali samostatně. Do studie byly zařazeny látky ve formě molekul i přírodních nebo uměle vytvořených produktů s obsahem psychedelicky účinných komponent. Jedna molekula se tak mohla nacházet v několika zkoumaných položkách (např. DMT, které je užíváno jako čistá molekula, ale také jako součást nápoje vařeného typicky z více rostlin ayahuascy, nebo v semenech stromu yopo). Název látky v dotazníku byl vybrán takovým způsobem, aby byl srozumitelný pro respondenty studie. Někdy byla zvolena zkratka chemického názvu (např. LSD nebo DMT), jindy název rostliny či houby, která obsahuje psychedelicky účinnou látku (např. muchomůrka červená), někdy název užívaný v komunitě užívající tyto látky, ať tradiční (např. ayahuasca), nebo současné (např. changa). Někdy byly v rámci jedné položky zařazeny názvy rostliny i účinné látky, pokud jsme měli pocit, že se užívají příliš často zaměnitelně a jejich rozdělení by mohlo respondenty plést (např. lysohlávky/psilocybin) apod. Naším záměrem bylo zařadit všechny látky, které mohou vyvolat psychedelický účinek, a potenciálně ukázat na problém nedostatečně dostupné péče.

Respondenti se do průzkumu sami nominovali, vstupním kritériem byla alespoň jedna zkušenost s některou látkou s psychedelickým účinkem a věk minimálně 15 let. Všichni účastníci museli před započetím vyplňování dotazníku souhlasit s podmínkami popsanými v informacích pro účastníka a potvrdit informovaný souhlas. Dotazník byl veřejně přístupný prostřednictvím odkazů na webových stránkách a sociálních sítích v období říjen 2019 – březen 2020. Informaci o studii s odkazem na dotazník (www.psychedelickyvyzkum.cz) jsme šířili prostřednictvím sociálních sítí (Facebook) a rozesláním tiskové zprávy. Průzkum byl prezentován členy řešitelského týmu také v různých médiích (např. Český rozhlas, ČT24, iDNES.cz) a ve spolupráci s tematickými nevládními organizacemi (Beyond Psychedelics, Legalizace). Počet respondentů byl omezen pouze dobou sběru dat, až do konce jej vyplnilo 1 415 respondentů. Cílem průzkumu bylo komplexně zmapovat zkušenosti samotných uživatelů s těmito látkami: vzorce užívání (vč. frekvence, motivace, kontextu), subjektivně vnímané dopady užívání na duševní i fyzické zdraví a kvalitu života (pozitivní i negativní), vnímaná rizika, potřeby uživatelů, zkušenosti se stávajícími službami, názory na možnou podobu služeb pro uživatele a postoje k současné i žádoucí podobě legislativní situace.

Žádná z otázek nebyla povinná, uváděná procenta jsou tak z různě velkých skupin respondentů, kteří poskytli odpověď na konkrétní otázku (tj. n = 1 219–1 415). Stejně tak každou látku užil jiný počet respondentů, přesné počty uživatelů u každé z látek, kteří odpověděli na danou otázku, jsou uvedeny v tabulkách, v textu jsou uvedena procenta těchto uživatelů. Pro přehlednost jsou v textech použity zkrácené názvy substancí, ty jsou spolu s celými názvy, které byly nabízeny v dotazníku, uvedeny v tabulce 7. Pokud je v textu popisována skupina klasických psychedelik, uvádíme to tímto dvouslovným názvem. Uváděná procenta odpovědí u této skupiny jsou rozmezím látek řazených do této kategorie, tj. lysohlávky, LSD, ayahuasca, DMT, changa, psychedelické kaktusy, *Bufo alvarius* a 5-MeO-DMT.

V současné publikaci jsou s ohledem na množství informací a omezené možnosti této publikace v textu popisovány nejčastěji užívané látky v ČR podle NMS, tj. psychoaktivní konopí, LSD, halucinogenní houby, MDMA/extáze, ketamin a ayahuasca.[275, 276] Výsledky týkající se dalších látek jsou uvedeny v tabulkách.

Otázky tohoto průzkumu mezi uživateli byly před spuštěním dotazníku diskutovány i testovány s odborníky a následně i se samotnými uživateli s cílem podpořit relevanci kladených otázek. Data byla následně zpracována pomocí deskriptivních statistických analýz. Kategorie látek „ostatní" byla z těchto analýz vyřazena, protože představuje příliš různorodou skupinu látek.

Otázky dotazníku byly strukturovány do několika tematických okruhů:

Prevalence užívání a zkušenosti s dalšími psychoaktivními látkami
V největší části našeho průzkumu jsme sbírali data o zkušenostech našich respondentů s vybranými psychedeliky v různých směrech. První byla prevalence (celoživotní/roční/měsíční), věk při prvním užití a jakou látku užili jako první. Dále jsme zjišťovali celoživotní prevalenci užívání jiných (nepsychedelických) psychoaktivních látek (např. alkohol, kokain, kambo, rapé, opiáty, předepsané drogy atd.), věk při prvním užití a jakou látku užili jako první.

Mikrodávkování
Samostatně jsme se ptali na zkušenosti s mikrodávkováním vybraných psychedelik (motivace, způsoby použití, dopad na život uživatelů během a po mikrodávkování, komplikace).

Vzorce a kontext užívání
Jako další krok jsme se ptali, odkud nebo od koho psychedelika získali (např. dealer, příroda, lékárna, internet); typické místo, kde je užívali (např. v přírodě, doma, ve městě, na večírku, jako součást rituálu); s kým je typicky konzumovali (např. sami, s přáteli, s partnerem, se šamanem, s terapeutem); jaká byla jejich motivace užívat psychedelika (např. zábava, péče o sebe, spiritualita, terapie – mentální/fyzická, seberozvoj, sociální aspekty); jak se na tuto zkušenost připravovali (např. půst, fyzické cvičení, spánek, kreativní činnost) a jak poté zkušenost integrovali (např. terapie, písemná/mluvená reflexe, jóga, meditace). Ptali jsme se také, zda respondenti prošli vrcholným psychedelickým zážitkem (rozpuštění ega) a která látka ho u nich vytvořila.

Dopady na zdraví a kvalitu života
Čtvrtou oblastí v sekci zkušeností byly souvislosti zkušeností s psychedeliky a zdraví. Nejprve jsme se zaměřili na duševní zdraví. Otázky o aktuálním duševním stavu respon-

dentů byly následující: zda u nich byla diagnostikována nějaká duševní choroba před/během/po užívání vybraných psychedelik (pokud ano, jaká); zda mělo užívání nějaký vliv na jejich duševní onemocnění (zlepšilo se / zhoršilo) a zda užívání podnítilo/zabránilo propuknutí duševní choroby. Do průzkumu byly dále zahrnuty otázky týkající se psychických potíží, jako jsou deprese, úzkost, smutek, nespavost, sebevražedné myšlenky, panika, fobie atd. Zaměřili jsme se na zlepšení/zhoršení symptomů v souvislosti s užíváním vybraných psychedelik. Dále jsme se ptali na jakýkoli traumatický zážitek spojený s užíváním vybraných psychedelik a jejich vliv na zážitek. Na 5bodové škále (od velmi pozitivní po velmi negativní zkušenosti) jsme se ptali, zda užívání psychedelik celkově ovlivnilo duševní/fyzickou spokojenost respondentů. Dále jsme pokračovali s fyzickým zdravím. Dotaz, zda užívání vybraných psychedelik zlepšilo/zhoršilo jejich fyzický stav (např. bolest, bolest hlavy, třes, nevolnost, kardiovaskulární problémy, nechutenství).

V dalším kroku byly položeny otázky týkající se vztahů (rodina, romantika, přátelé, práce) a spokojenosti v různých oblastech života (např. vztah k sobě, životní hodnoty, vztah k přírodě). Ptali jsme se na vliv (pozitivní/negativní) užívání vybraných psychedelik v těchto kategoriích.

V poslední části části zaměřené na vlastní zkušenosti jsme se ptali na souvislosti užívání klasických psychedelik či konopí a užívání dalších psychoaktivních nepsychedelických látek, konkrétně zda došlo k ovlivnění míry užívání dalších látek a zda šlo o snížení či zvýšení míry užívání. Konkrétně jsme se ptali na alkohol, tabák, kokain, metamfetamin a předepsané léky (antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika).

Postoje k politice klasických psychedelik a konopí; názory na rizikovost užívání
V této části průzkumu byly otázky zaměřeny na osobní názor na různé aspekty užívání psychedelik. Ptali jsme se na dostupnost klasických psychedelik a konopí (související s jejich právním postavením) v ČR: zda by měly/neměly být dostupnější a proč; dále i na důvody k těmto postojům (např. aby se snížil/zvýšil negativní dopad na život uživatelů, smazalo by se sociální stigma, pomohly by v terapii). Poté jsme se zeptali na hodnocení rizika při pravidelném užívání psychedelik (1–2krát za měsíc) pomocí 5bodové škály (od velmi nízkého rizika po smrtelně nebezpečná). Zeptali jsme se, zda se respondenti před užitím sami informují o účincích užívaných psychedelik a dopadech na zdraví. Dále jsme se zeptali, jak těžké je tyto informace získat a za jak důvěryhodné tyto informace považují.

Náročné zkušenosti
V této části jsme se zaměřili především na různé náročné a obtížné zkušenosti, které měli respondenti spojené s užíváním psychedelika. Zeptali jsme se, zda někdy zažili riskantní, obtížnou, zdraví/život ohrožující situaci; pokud zažili obtížný psychedelický zážitek/psychedelickou krizi; flashback; halucinogenní perzistující porucha vnímání (HPPD) nebo psychospirituální krize a jak to u nich bylo (10bodová škála: 1 negativní – 10 pozitivní). Následně jsme se zaměřili na jejich nejtěžší zkušenost a zeptali jsme se, čím procházeli (např. rozpouštění ega, pocit umírání, paranoia, sebevražedné myšlenky, astrální projekce, synestézie) a jak důležitá byla pro ně tato zkušenost (např. jeden z 5/10 nejdůležitějších zážitků mého života; nejdůležitější; nedůležitý), pokud byla situace pro respondenty traumatizující nebo transformující, a zda by ji označili za špatný výlet. V souvislosti s tím jsme se ptali, co mohlo být příčinou výzvy v dané situaci (např. nevhodné nastavení nebo/a nastavení, neznámá kvalita látky, vysoká dávka, předchozí psychické problémy),

zda to byla jejich první psychedelická zkušenost, která látka (kombinace) a jak to ovlivnilo další životy respondentů. Dále jsme požádali o podrobný popis situace.

V závěru této části jsme se ptali, zda respondenti zažili jinou než již zmíněnou náročnou situaci (např. sexuální zneužívání při užívání psychedelik, neadekvátní hlídání / profesionální zásah, psychické/fyzické následky, serotoninový syndrom) a jaká by mohla být příčina (např. neznámé dávkování / kvalita látky, kombinace látek, neadekvátní nastavení / nastavení, nedostupnost pomoci/služeb). V případě neadekvátního zásahu jsme se ptali na podrobnosti.

Služby
Tato část začínala otázkami na čistotu látek, které respondenti používají: zda si ji ověřují, případně jakým způsobem, jestli by ji ověřili, kdyby měli možnost, jestli jsou si vědomi možností ověření čistoty látek (např. test sady z lékárny) a zda by uvítali mít látky již ověřené před použitím. Následovaly dotazy na podporu a asistenci (služby) pro uživatele psychedelik v ČR. Zeptali jsme se, zda si myslí, že současné služby jsou dostatečné a že by zvýšení jejich počtu snížilo počet nežádoucích situací spojených s užíváním psychedelik. Dále nás zajímalo, zda mají naši respondenti zkušenost s odbornou pomocí při/po užívání psychedelika, jak probíhala, jak moc tuto pomoc potřebovali, zda vůbec vědí, kde tuto pomoc v případě potřeby hledat, zda znají aktuální služby (např. Sananim, Diabasis, Psycare), zda by je využili (v případě, že je využili, jak byli spokojeni) a jaký typ služeb by ideálně chtěli mít (např. online poradna, sociální kluby, integrační skupiny, psychoterapeutické centrum, komunitní vzdělávací centrum atd.). Závěr této části se zaměřil na kompetence, které by měli mít profesionálové pracující v těchto službách (např. vlastní psychedelická zkušenost, psychoterapeutické / lékařské / farmaceutické vzdělání, kurz první pomoci), pokud by se starali o uživatele psychedelik před, během a/nebo po jejich zkušenostech.

Doplňkové dotazníky
Zde jsme použili 2 dotazníky – Connor-Davidson Resilience Scale-10 – dotazník o odolnosti (složený z 10 otázek s 5bodovou škálou odpovědí od nikdy po vždy) a Satisfaction with Life Scale – dotazník o životní spokojenosti (složený z 5 otázek s odpověďmi na 7bodové škále od zcela nesouhlasím po zcela souhlasím). Tyto dotazníky nebyly vyhodnoceny v rámci současné publikace.

Sociodemografická data
V poslední části našeho průzkumu jsme shromáždili údaje o pohlaví, roce narození, rodinném stavu, sexuální orientaci, vzdělání, zaměstnání, čistém měsíčním příjmu a životních podmínkách (region, sdílení bytu). Poslední otázka byla ponechána pro případné doplňující komentáře, dotazy.

13.2 Výsledky

13.2.1 Sociodemografický popis vzorku

Online průzkum mezi uživateli realizovaný v rámci NPV zodpovědělo 58,7 % mužů, 40,3 % žen, 0,2 % osob definujících se jako transgender, 0,2 % respondentů s nedefinovaným pohlavím (non-binary). Heterosexuální orientaci uvedlo 82,3 % osob, druhou nejčastější orientací byla bisexuální 11,1 %, dále 3 % homosexuální orientace a 3 % respondentů si svou orientací nebyla jista.

Tabulka 6: Sociodemografické charakteristiky vzorku z průzkumu mezi uživateli psychedelik

Pohlaví n = 1 401	žena	muž	transgender	nedefinováno (non-binary)				
	568 (40,3 %)	827 (58,7 %)	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)				
Rodinný stav n = 1 375	svobodný/ svobodná	ženatý/vdaná	rozvedený/ rozvedená	vdovec/vdova	druh, družka			
	846 (60,3 %)	211 (15,0 %)	72 (5,1 %)	4 (0,3 %)	242 (17,2 %)			
Sexuální orientace n = 1 393	heterosexuální	homosexuální	bisexuální	nejsem si jistý/jistá				
	1 153 (82,3 %)	42 (3,0 %)	155 (11,1 %)	43 (3,1 %)				
Vzdělání n = 1 388	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vyšší odborné (VOŠ), pomaturitní nástavba	vysokoškolské (bakalářské a magisterské)	vysokoškolské (postgraduální)		
	109 (7,8 %)	75 (5,3 %)	626 (44,6 %)	41 (2,9 %)	482 (34,4 %)	55 (3,9 %)		
Zaměstnání n = 1 378	v zaměstna-neckém poměru	OSVČ	v zaměstnanec-kém poměru a OSVČ současně	invalidní důchodce	student	v domácnosti	nezaměstnaný	jiné
	522 (37,3 %)	263 (18,8 %)	121 (8,6 %)	12 (0,9 %)	352 (25,1 %)	7 (0,5 %)	29 (2,1 %)	45 (3,2 %)
Měsíční příjem n = 1 337	bez příjmu	< 5 000 Kč	5 001–10 000 Kč	10 001–15 000 Kč	15 001–20 000 Kč	20 001–30 000 Kč	30 001–50 000 Kč	> 50 001 Kč
	149 (10,6 %)	91 (6,5 %)	117 (8,3 %)	93 (6,6 %)	169 (12,1 %)	365 (26,0 %)	239 (17,0 %)	114 (8,1 %)
Domácnost n = 1 376	sám/sama	sám/sama s dítětem/dětmi	s rodiči	s partnerem/ partnerkou	s partnerem/ partnerkou a dětmi	se známým/zná-mými, kamarádem/ kamarády, spolu-žákem/spolužáky	s jinými osobami/ jinou osobou	
	226 (16,1 %)	37 (2,6 %)	271 (19,4 %)	372 (26,6 %)	223 (15,9 %)	198 (14,4 %)	49 (3,6 %)	

Pozn.: V tabulce neuvádíme podíl odpovědí „nechci uvést“.

Až 60,3 % osob bylo s rodinným statusem svobodný/svobodná a 17,2 % ve vztahu s druhem/družkou, přičemž domácnosti sdíleli nejčastěji s partnerem či partnerkou (26,6 %) či rodiči (19,4 %).

Do věkové skupiny 25–34 let patřilo 39,9 % z 1 385 respondentů; 30,0 % do nejmladší skupiny 15–24 let; 22 % do skupiny 35–44 let a 8,1 % do nejstarší věkové skupiny 45–75 let.

Největší podíl tvořili respondenti s dokončeným středním vzděláním s maturitou (44,6 %) či dosaženým vysokoškolským titulem (34,4 %). Nejvíce respondentů bylo v zaměstnaneckém poměru (37,3 %) či stále studovali (25,1 %), 18,8 % bylo samostatně výdělečně činných.

Výše čistého měsíčního příjmu našich respondentů byla značně odlišná. Více než polovina respondentů měla čistý měsíční příjem více než 15 000 Kč. Respondenti našeho dotazníku pocházeli z celé České republiky, přičemž nejčastěji byli z Prahy (32 %), Jihomoravského (15,6 %), Středočeského (11,9 %), Moravskoslezského (7,1 %), Ústeckého (4,8 %), Olomouckého (4,1 %), Jihočeského (3,6 %) a Plzeňského (3,6 %) kraje, v menší míře i z ostatních krajů (celkem 13,5 %).

13.2.2 Prevalence užívání psychedelik

Z online šetření mezi uživateli psychedelik realizovaného v říjnu 2019–březnu 2020 v rámci Národního psychedelického výzkumu (NPV) byla zkoumána celoživotní zkušenost uživatelů s širokou škálou známých i méně obvyklých psychedelik. Konkrétně byli respondenti dotazováni na celoživotní frekvenci užití, v pozdější fázi výzkumu i na roční a měsíční prevalenci (tj. užití v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech). V následujících tabulkách je uvedena prevalence užití vybraných 29 psychedelických látek respondenty našeho průzkumu.

Nejčastěji uváděnou látkou bylo konopí, které užilo 94,4 % respondentů výzkumu. Následovaly lysohlávky (67,5 %), LSD (67,2 %), extáze (59,4 %), MDMA (56,8 %) a konopné extrakty (35,8 %). S ketaminem mělo zkušenost 18,6 % a s ayahuascou 13 % respondentů – tabulka 7.

Co se týče frekvence užití látek v celoživotní perspektivě, s největší četností bylo užíváno konopí, kde až 63 % respondentů volilo nejvyšší možnou odpověď (více než 101 užití v životě). Mezi opakovaně užívané látky s frekvencí 5–20× v životě patřila převážně extáze (35,7 %), MDMA (36,5 %), lysohlávky (37,9 %) a LSD (38,9 %). O něco nižší četnost 2–4× v životě mírně převažovala v případě ayahuascy (35,1 %) a 2C-B (42,6 %). S nejmenší frekvencí (1× v životě) respondenti nejčastěji užili LSA (49,5 %), syntetické/čisté 5-MeO-DMT (50 %), sekret z žáby *Bufo alvarius* (52,6 %) a muškátový oříšek (66,2 %). Tato kategorie rovněž mírně dominovala v případě ketaminu (33,3 %) – tabulka 8. Pro zjednodušení budeme v následujících tabulkách uvádět zkrácené názvy jednotlivých látek.

Tabulka 7: Celoživotní užití psychedelik (n = 1 406)

Látka/látky	Zkrácený název	n	%
konopí nebo hašiš	konopí	1 327	94,4
lysohlávky (psilocybin)	lysohlávky	949	67,5
LSD	LSD	945	67,2
extáze (tablety)	extáze	835	59,4
MDMA (krystaly)	MDMA	799	56,8
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	konopné extrakty	503	35,8
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	šalvěj divotvorná	276	19,6
ketamin	ketamin	262	18,6
2C-B	2C-B	185	13,2
ayahuasca	ayahuasca	183	13,0
syntetické/čisté DMT	DMT	142	10,1
muškátový oříšek	muškátový oříšek	137	9,7
MDA	MDA	127	9,0
changa	changa	115	8,2
halucinogenní kaktusy (mezkalin, peyotl)	psychedelické kaktusy	113	8,0
muchomůrka červená	muchomůrka červená	102	7,3
LSA/havajská růže	LSA	100	7,1
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné delirogeny / skopolamin, atropin	delirogeny	89	6,3
sekret ze žáby *Bufo alvarius*	Bufo alvarius	77	5,5
harmaliny / MAOI inhibitory (např. *Paeganum harmala*)	harmaliny	46	3,3
GHB/GHA	GHB/GHA	43	3,1
iboga/ibogain	iboga(in)	32	2,3
syntetické/čisté 5-MeO-DMT	5-MeO-DMT	31	2,2
yopo (*Anadenanthera peregrina*) / vilca (*Anadenanthera colombrina*)	yopo/vilca	16	1,1
fencyklidin (PCP) (andělský prach)	PCP	13	0,9
pharmahuasca	pharmahuasca	7	0,5
akácie	akácie	6	0,4
bufotenin	bufotenin	3	0,2
DBT	DBT	1	0,1
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiná syntetická psychedelika)	ostatní	119	8,5

13.2.3 Věk prvního užití

První zkušenost s užitím konopí uváděli uživatelé psychedelik nejčastěji ve věku 15 a 16 let (n = 535). Většina respondentů užila poprvé konopí do svých 19 let. Přes 52 % respondentů užilo psychedelickou látku (mimo konopí) poprvé v 15–20 letech svého života. Poprvé v životě se nejčastěji setkali s LSD (31,4 %) anebo lysohlávkami (30,9 %). Dotazovaní často uváděli také extázi (18,8 %) a MDMA (9,2 %). Užití ayahuascy představovalo první látkovou psychedelickou zkušenost jen pro 2,8 % osob a užití ketaminu uvedlo ještě menší procento respondentů (0,5 %).

Tabulka 8: Frekvence užití psychedelik v životě (n = 1 400)

Látka/látky	n	1× %	2–4× %	5–20× %	21–50× %	51–100× %	101× a více %	Nevím %
lysohlávky	941	13,6	30,1	37,9	12,6	3,5	2,2	0
LSD	938	13,3	28,8	38,9	12,3	4,4	2,1	0,2
halucinogenní kaktusy	109	40,4	37,6	16,5	3,7	–	0,9	0,9
ayahuasca	174	24,7	35,1	21,3	12,6	2,9	3,4	–
syntetické/čisté DMT	136	39,0	41,9	14,0	2,9	0	0,7	1,5
pharmahuasca	6	33,3	50,0	16,7	0	0	0	0
changa	113	38,1	44,2	15,0	2,7	0	0	0
sekret z žáby *Bufo alvarius*	76	52,6	38,2	6,6	1,3	0	1,3	0
5-MeO-DMT	30	50,0	36,7	10,0	0	0	3,3	0
yopo/vilca	15	53,3	40,0	6,7	0	0	0	0
akácie	6	16,7	66,7	16,7	0	0	0	0
2C-B	183	35,5	42,6	18,0	1,6	0	1,6	0,5
konopí nebo hašiš	1 312	0,5	3,4	12,0	8,6	10,6	63,0	2,0
konopné extrakty	494	9,1	32,4	31,0	10,7	7,5	8,9	0,4
MDMA	792	11,9	25,5	36,5	16,5	6,1	2,9	0,6
MDA	122	22,1	40,2	24,6	7,4	2,5	0,8	2,5
ketamin	261	33,3	28,4	25,3	8,4	3,1	1,1	0,4
extáze	829	10,4	25,5	35,7	15,7	8,0	4,3	0,5
LSA/havajská růže	99	49,5	38,4	10,1	1,0	0	0	1,0
bufotenin	3	33,3	33,3	33,3	0	0	0	0
šalvěj divotvorná	273	38,5	39,9	19,0	1,8	0,4	0,4	0
ibogain	32	59,4	31,3	6,3	3,1	0	0	0
rostlinné deliriogeny	86	53,5	38,4	7,0	0	1,2	0	0
GHB/GHA	41	31,7	34,1	24,4	2,4	0	7,3	0
muchomůrka červená	101	55,4	30,7	10,9	3,0	0	0	0
fencyklidin (PCP)	12	50,0	33,3	16,7	0	0	0	0
DBT	1	0	0	100,0	0	0	0	0
harmaliny / MAO inhibitory	45	20,0	44,4	24,4	4,4	4,4	2,2	0
muškátový oříšek	136	66,2	27,2	5,1	0,7	0	0	0,7
ostatní	116	25,0	29,3	24,1	6,9	6,0	4,3	4,3

13.2.4 Užití v posledním roce

Z celkového počtu 890 respondentů bylo v posledním roce nejčastěji užito konopí (91,2 %), z toho nejčastěji více než 50× (43,5 %). MDMA užilo v posledním roce 73,0 % dotazovaných, z toho nejčastěji 2–4× (32,3 %) nebo 5–20× (18,9 %). LSD užilo v posledním roce 65,4 % dotazovaných, z toho nejčastěji jednou (23,7 %) či 2–4× (23,6 %). Užití lysohlávek v posledním roce uvedlo 63,4 % dotazovaných, z toho nejčastěji 2–4× (27,1 %) nebo jednou (23,1 %). Ketamin byl užit 63,4 % dotazovaných, nejčastěji 2–4× (24,1 %) nebo jednou (20,7 %). Z dalších látek bylo v posledním roce užito největším podílem dotazovaných yopo/vilca (88,9 %), *Bufo alvarius* (76,0 %), changa (75,8 %), 5-MeO-DMT (75,8 %) a konopné extrakty (68,8 %) – tabulka 9.

Tabulka 9: Frekvence užívání psychedelik v posledním roce (n = 890)

Látka/látky	n	Ani jednou %	1× %	2–4× %	5–20× %	21–50× %	Více než 50× %	Nevím %
lysohlávky	576	36,6	23,1	27,1	11,6	0,9	0,5	0,2
LSD	569	34,6	23,7	23,6	16,2	1,6	0,4	0
psychedelické kaktusy	64	59,4	10,9	23,4	6,3	0	0	0
ayahuasca	115	50,4	13,9	19,1	12,2	3,5	0,9	0
DMT	84	38,1	32,1	21,4	8,3	0	0	0
pharmahuasca	5	40,0	20,0	40,0	0	0	0	0
changa	66	24,2	36,4	30,3	7,6	1,5	0	0
Bufo alvarius	50	24,0	50,0	22,0	2,0	0	2,0	0
5-MeO-DMT	18	27,8	38,9	16,7	16,7	0	0	0
yopo/vilca	9	11,1	66,7	22,2	0	0	0	0
akácie	5	60,0	20,0	20,0	0	0	0	0
2C-B	117	38,5	26,5	31,6	3,4	0	0	0
konopí	825	8,8	5,3	10,4	17,7	12,2	43,5	1,9
konopné extrakty	298	31,2	18,1	26,2	12,1	7,4	5,0	0
MDMA	481	27,0	18,1	32,2	18,9	2,7	0,8	0,2
MDA	65	55,4	12,3	20,0	10,8	0	0	1,5
ketamin	145	36,6	20,7	24,1	17,9	0,7	0	0
extáze	515	39,4	20,4	21,6	15,7	1,7	1,0	0,2
LSA	58	74,1	17,2	8,6	0	0	0	0
bufotenin	2	50,0	50,0	0	0	0	0	0
šalvěj divotvorná	144	82,6	9,7	6,3	1,4	0	0	0
iboga(in)	18	61,1	33,3	5,6	0	0	0	0
rostlinné delirogeny	44	79,5	11,4	9,1	0	0	0	0
GHB/GHA	24	83,3	8,3	8,3	0	0	0	0
muchomůrka červená	66	71,2	15,2	9,1	3,0	1,5	0	0
PCP	4	50,0	0	50,0	0	0	0	0
DBT	0	0	0	0	0	0	0	0
harmaliny	27	40,7	25,9	18,5	7,4	3,7	3,7	–
muškátový oříšek	84	85,7	11,9	1,2	0	0	0	1,2

Pozn.: Tato otázka byla přidána později a odpovědi tak nepocházejí z celého vzorku.

13.2.5 Užití v posledním měsíci

U všech psychedelik mimo konopí uvedla převážná většina respondentů možnost, že je za poslední měsíc neužila „ani jednou" (62,5–100 %). Konopí bylo z dotazovaných látek užíváno nejčastěji, v posledním měsíci ho užilo 74,2 % dotázaných, z toho 10,7 % pouze jedenkrát a 63,5 % opakovaně. Nejčastěji uváděli užívání s frekvencí 5–20× (26,8 %) v posledním měsíci. MDMA užilo v posledním měsíci 34,1 % dotazovaných, z toho 21,8 % jednou a 11,0 % 2–4×. Užití lysohlávek uvedlo 28,5 %, z toho 16,7 % jednou a 10,2 % 2–4× za poslední měsíc. LSD užilo 24,6 %, z toho 17,4 % jednou a 5,6 % 2–4×. Ketamin užilo 31,9 % dotazovaných, z toho 17,8 % jednou a 11,9 % 2–4× za poslední měsíc. Ayahuascu užilo 20,5 % a, z toho 11,6 % jednou a 8,0 % 2–4× za poslední měsíc – tabulka 10.

Tabulka 10: Frekvence užívání psychedelik v posledním měsíci (n = 870)

Látka/látky	n	Ani jednou %	1× %	2–4× %	5–20× %	21–50× %	Více než 50× %	Nevím %
lysohlávky	551	71,5	16,7	10,2	1,1	0,4	0,2	0
LSD	536	75,4	17,4	5,6	1,5	0	0	0,2
psychedelické kaktusy	59	93,2	6,8	0	0	0	0	0
ayahuasca	112	79,5	11,6	8,0	0,9	0	0	0
DMT	77	84,4	9,1	5,2	1,3	0	0	0
pharmahuasca	5	80,0	20,0	0	0	0	0	0
changa	65	80,0	12,3	7,7	0	0	0	0
Bufo alvarius	39	92,3	5,1	0	2,6	0	0	0
5-MeO-DMT	16	62,5	18,8	12,5	6,3	0	0	0
yopo/vilca	7	85,7	14,3	0	0	0	0	0
akácie	4	100,0	0	0	0	0	0	0
2C-B	105	76,2	18,1	4,8	0	1,0	0	0
konopí	805	25,8	10,7	13,9	26,8	13,0	9,1	0,6
konopné extrakty	282	71,6	11,3	8,5	6,4	1,1	1,1	0
MDMA	455	65,9	21,8	11,0	1,1	0	0,2	0
MDA	62	95,2	3,2	1,6	0	0	0	0
ketamin	135	68,1	17,8	11,9	2,2	0	0	0
extáze	488	76,8	14,1	7,4	1,4	0	0,2	0
LSA	53	98,1	1,9	0	0	0	0	0
bufotenin	2	100,0	0	0	0	0	0	0
šalvěj divotvorná	141	95,0	5,0	0	0	0	0	0
iboga(in)	17	88,2	11,8	0	0	0	0	0
rostlinné delirogeny	45	95,6	2,2	2,2	0	0	0	0
GHB/GHA	24	95,8	4,2	0	0	0	0	0
muchomůrka červená	64	89,1	4,7	4,7	1,6	0	0	0
PCP	4	100,0	0	0	0	0	0	0
DBT	0	0	0	0	0	0	0	0
harmaliny	25	72,0	12,0	12,0	4,0	0	0	0
muškátový oříšek	82	97,6	1,2	0	0	0	0	1,2
ostatní	62	74,2	6,5	8,1	3,2	0	3,2	4,8

Pozn.: Tato otázka byla přidána později a odpovědi tak nepochází z celého vzorku.

13.2.6 Vrcholná zkušenost

Až 59,2 % z 1 384 respondentů prožilo vrcholnou zkušenost s psychedeliky. Vrcholná zkušenost bývá popisována např. jako pocit jednoty se vším, rozpuštění či „smrt" ega atd. Nejčastěji to bylo s LSD (53,8 %), lysohlávkami (41,3 %), konopím (18,9 %), ayahuascou (11,4 %), MDMA (10,3 %) a extází (8,7 %). V řádu desítek hlasů se pohybovaly i sekret z *Bufo alvarius* (7,6 %), ketamin (6,7 %), DMT (6,4 %), šalvěj divotvorná (6,1 %), changa (4,7 %), konopné extrakty (2,8 %), psychedelické kaktusy (2,7 %), syntetické/čisté 5-MeO-DMT (1,7 %) a iboga (1,3 %) (pozn.: % v závorkách odkazují ke všem respondentům, kteří užili danou látku).

Vrcholnou zkušenost a další mimořádné prožitky mohou ilustrovat následující výpovědi respondentů:

„Jednota se vším, mimosmyslová komunikace s ostatními intoxikovanými, stav, kdy jsem vše a zároveň nic, komunikace s mrtvými příbuznými a přírodou, velmi silná synchronicita, vidění věcí dříve, než se staly (ale z rozestupem max. 10 s), prožívání jiných životů, cítění těla různých předmětů, rostlin a živočichů, spojení mé osoby s druhou osobou („nesexuálně"), pocit přístupu k obrovskému přísunu informací, které nebylo možné si zapamatovat, pocit rozložení reality na základní „veličinu", velmi silný láskyplný pocit v trochu jiném kontextu, než jak ho známe."

„Naprosté splynutí a sjednocení s celou přírodou a vesmírem."

„Odosobnil jsem se od své identity, zastavila se mi mysl. Uvědomil jsem si, že se nacházím v nekonečném vesmíru a že všechno je stvořeno z jedné energie. Viděl jsem před sebou strom, jak jenom tak stojí a roste, a došlo mi, že čas, smrt i individuální existence jsou jakoby iluzí. Že se nemám čeho bát a že všechno dává smysl, je propojené. Zalil mě pocit absolutního míru a smíření se vším. Dodnes z toho čerpám, neberu se tolik vážně, nebojím se toho, co přijde, věnuji se duchovnímu rozvoji."

„Pocit, že realita má povahu mysli, vnoření se do útrob hmoty, interdimenzionální přesah do míst mimo prostor a čas, odkud vyvěrá veškeré dění, pocit splynutí s božským v útrobách hmoty, kde probíhá věčná diskotéka, kde každý pohyb je novým zvukem a světlem plodícím nové možnosti a reality, doprovázený absolutní extází a vědomím, že vše je tak, jak má být, a naprosto v pořádku, pocit pochopení věčnosti a života jako kreativního procesu, kterým je tato věčnost vyplněna."

„Byla jsem v naprosté jednotě s Bohem, v naprosté jednotě se vším, byla jsem si naprosto vědoma singularity a synchronicity, ve které jsem byla... nedá se to popsat, ale změnilo mi to život naprosto od základu."

„Identifikace s kosmickým vědomím – jsem vše."

13.3 Vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace

Následuje prezentace výsledků týkajících se vzorců užívání psychedelik u respondentů z online průzkumu mezi uživateli psychedelik (viz kap. Metoda). Otázky byly konstruovány na zjištění, jaké další psychoaktivní látky mimo psychedelika užívali; jak psychedelika získávají; kde a s kým je užívají; proč je užívají (motivace); jak se na zkušenost připravují a jak ji integrují.

13.3.1 Užívání dalších psychoaktivních látek

V dotazníku byli respondenti dotazováni na celoživotní frekvenci užívání dalších psychoaktivních látek mimo psychedelik. Každou látku užil jiný počet respondentů, přesné počty uživatelů každé z látek viz tabulka 11, v následujícím textu udáváme jenom procenta těchto uživatelů.

Nejvyšší četnosti (více než 101× v životě) užití dosahoval alkohol (77,9 %) a cigarety/dýmky (63,6 %). Populární byla podle odpovědí také vodní dýmka, kterou nejvíce respondentů užilo 5–20× (35,7 %), případně 21–50× (22,6 %). K používání elektronických

Tabulka 11: Počet užití jiných látek v životě respondentů (n = 1 252–1 408)

Látka/látky	Nikdy %	1× %	2–4× %	5–20× %	21–50× %	51–100× %	101× a vícekrát %
alkohol	0,4	0,2	1,1	5,2	5,2	10,1	77,9
cigarety, dýmky	5,2	3,2	5,6	8,5	5,5	8,4	63,6
IQOS či jiná alternativa cigaret	59,8	10,8	11,2	6,6	2,9	2,9	5,8
vodní dýmka	6,0	3,2	15,1	35,7	22,6	9,7	7,7
elektronická cigareta	45,6	9,5	13,5	14,2	5,5	4,2	7,6
rapé	57,0	9,9	13,0	12,0	3,8	2,5	1,8
kambo	95,1	1,7	1,8	1,4	0,1	0	0
kratom	65,7	7,9	9,9	10,1	3,5	1,1	1,7
metamfetamin/pervitin	59,8	8,5	9,4	9,5	4,0	3,3	5,4
amfetaminy	61,7	9,0	11,2	10,3	3,3	2,6	2,0
kokain	42,6	10,4	15,9	17,7	7,4	3,6	2,4
mefedron (či další látky ze skupiny kathinonů)	93,8	1,7	2,2	1,5	0,6	0	0,2
rajský plyn	71,2	9,5	9,7	6,4	1,7	1,1	0,4
léky proti bolesti na bázi opiátů	71,3	8,9	10,6	5,7	1,2	0,4	1,8
antipsychotika	87,5	3,0	2,6	1,5	1,2	1,5	2,7
antidepresiva	69,1	5,4	6,4	4,5	2,5	2,9	9,2
anxiolytika	72,8	4,8	6,7	5,6	3,8	2,9	3,4
heroin, opium (bez předpisu)	85,7	6,1	4,4	2,2	0,5	0,3	0,8
sedativa, hypnotika	68,0	5,8	9,9	8,2	2,9	2,5	2,6
anabolika	97,5	0,6	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2

cigaret nebo IQOS či jiné alternativy cigaret se u všech kategorií (mimo „nikdy") hlásilo 2,9–14,2 % osob. V případě syntetických stimulantů (metamfetamin, amfetaminy, kokain, mefedron / jiné kathinony) se jen malé množství respondentů hlásilo k užití 21–50× (0,6–7,4 %), 51–100× (0–3,6 %) a 101× a vícekrát (0,2–5,4 %) a poněkud vyšší podíl u četností 1× (1,7–10,4 %), 2–4× (2,2–15,9 %) a 5–20× (1,5–17,7 %). Nejvyšší příčku v těchto třech kategoriích obsadil kokain. Z léků na předpis označilo nejvyšší četnost (101× a vícekrát) nejvíce respondentů (9,2 %) u antidepresiv. U ostatních látek byla frekvence užití různá. Obecně však lze říci, že jiné substance většina respondentů nikdy neužila (57–97,5 %).

13.3.2 Získávání látky a prostředí užití

Psychedelické látky byly respondenty nejčastěji získávány od kamaráda či známého (78,0 %), dále od dealera (41,4 %), volně v přírodě (38,4 %), vlastním pěstování nebo výrobou (29,9 %), od průvodce zkušeností (např. šamana) (14,8 %), od partnera (11,9 %), přes internet (11,2 %), případně legálně v obchodě v zahraničí (9,1 %) nebo z lékárny (4,3 %). Jen 2,9 % respondentů získává psychedelika od terapeuta.

Typické prostředí pro užívání psychedelik se mezi látkami lišilo. Každou látku užil jiný počet respondentů, přesné počty uživatelů u každé z látek viz tabulka 12, v následujícím textu udáváme jenom procenta z těchto uživatelů.

Tabulka 12: Přehled prostředí, ve kterém respondenti užívali psychedelika (n = 1 396)

Látka/látky	n	V přírodě (%)	Doma (%)	Ve městě (%)	V místnosti (%)	V původním kontextu (%)	Párty/festival (%)	Jinde (%)
lysohlávky	930	52,6	30,1	3,3	6,3	1,1	5,4	1,2
LSD	923	41,8	29,5	4,8	5,4	0,4	17,3	0,8
psychedelické kaktusy	105	39,0	19,0	2,9	12,4	23,8	2,9	0
ayahuasca	179	11,2	8,9	0,6	29,1	47,5	0	2,8
DMT	132	8,3	65,9	3,0	7,6	3,0	12,1	0
pharmahuasca	6	0	83,3	0	0	0	0	16,7
changa	112	25,9	52,7	1,8	8,9	0,9	9,8	0
Bufo alvarius	76	22,4	3,9	1,3	40,8	27,6	0	3,9
5-MeO-DMT	29	13,8	51,7	3,4	13,8	13,8	3,4	0
yopo/vilca	13	7,7	46,2	0	30,8	15,4	0	0
akácie	5	0	40,0	0	20,0	40,0	0	0
2C-B	176	12,5	29,0	6,3	6,8	1,1	43,2	1,1
konopí	1 294	17,6	49,0	15,0	7,2	0,2	6,0	5,0
konopné extrakty	479	10,0	62,2	8,4	9,8	0,4	4,6	4,6
MDMA	784	3,7	17,0	3,8	6,9	0,4	67,2	1,0
MDA	120	5,8	11,7	4,2	5,0	0	70,0	3,3
ketamin	252	5,2	33,7	2,8	11,1	0	44,0	3,2
extáze	813	2,5	10,0	3,6	2,8	0	80,4	0,7
LSA	98	28,6	51,0	5,1	6,1	1,0	6,1	2,0
bufotenin	2	50,0	0	0	50,0	0	0	0
šalvěj divotvorná	269	30,9	49,4	4,1	10,8	0,4	3,3	1,1
iboga(in)	30	6,7	13,3	0	53,3	26,7	0	0
rostlinné delirogeny	81	43,2	39,5	4,9	3,7	1,2	2,5	4,9
GHB/GHA	39	0	33,3	15,4	5,1	0	43,6	2,6
muchomůrka červená	96	57,3	33,3	2,1	5,2	1,0	1,0	0
PCP	11	0	27,3	18,2	18,2	0	36,4	0
DBT	42	7,1	71,4	2,4	9,5	7,1	0	2,4
harmaliny	127	15,7	62,2	4,7	7,9	0	3,1	6,3
ostatní	109	12,8	47,7	3,7	11,9	0,9	16,5	6,4

Pozn. 1: Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.
Pozn. 2: Respondenti měli na výběr z následujících možností:
a) venku v přírodě,
b) doma / v důvěrně známé prostředí,
c) v místnosti (byt či centrum, mimo vlastní domov),
d) původní kontext dané látky (např. rituální prostor v amazon. džungli),
e) párty/festival,
f) jinde.

Tabulka 13: Společnost, se kterou respondenti psychedelika užívali (n = 1 393)

Látka/látky	n	Sám/sama %	S partnerem %	Ve skupině %	Šaman, léčitel %	S kamarádem %	Klinický pracovník %	S terapeutem %	Facilitátor %	Sitter (který nic neužil) %	Sitter (který také užil látku) %	Jiné %
lysohlávky	936	17,5	13,5	37,0	1,1	24,1	0,1	0,5	1,9	1,6	2,0	0,6
LSD	926	16,6	14,9	36,0	0,3	25,9	0	0,6	1,1	1,6	2,3	0,6
psychedelické kaktusy	105	13,3	4,8	21,0	44,8	13,3	0	0	1,9	0	1,0	0
ayahuasca	178	4,5	0,6	4,5	82,6	0	0,6	1,1	4,5	0,6	1,1	0
DMT	133	23,3	13,5	20,3	4,5	20,3	0	0,8	4,5	9,8	1,5	1,5
pharmahuasca	6	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7
changa	113	20,4	15,0	22,1	3,5	30,1	0	0,9	4,4	1,8	1,8	0
Bufo alvarius	75	0	0	0	76,0	2,7	0	2,7	14,7	1,3	2,7	0
5-MeO-DMT	29	31,0	10,3	10,3	37,9	10,3	0	0	0	0	0	0
yopo/vilca	14	50,0	0	7,1	35,7	0	0	0	7,1	0	0	0
akácie	5	40,0	0	0	40,0	0	0	0	20,0	0	0	0
2C-B	177	14,1	17,5	42,9	0	23,2	0	1,1	0	0,6	0	0,6
konopí	1 297	28,3	14,5	33,7	0,1	21,4	0	0,1	0,1	0	0,5	1,5
konopné extrakty	480	41,5	9,6	24,8	0	22,9	0	0	0,2	0,2	0	0,8
MDMA	782	3,3	16,6	59,3	0,3	18,3	0,1	0,1	0,3	0	1,2	0,5
MDA	120	7,5	9,2	63,3	0	15,8	0	0	1,7	0	0,8	1,7
ketamin	256	14,1	11,7	41,4	0	28,1	0,8	0,4	0,4	0,4	2,3	0,4
extáze	811	4,1	11,7	62,6	0,1	19,0	0	0,1	0,1	0,1	1,0	1,1
LSA	95	36,8	11,6	21,1	1,1	28,4	0	0	0	1,1	0	0
bufotenin	2	0	0	0	0	50,0	0	0	50,0	0	0	0
šalvěj divotvorná	265	25,3	9,1	26,8	0,8	32,5	0	0	0,8	2,3	1,9	0,8
iboga(in)	30	10,0	0	0	53,3	0	3,3	13,3	16,7	0	3,3	0
rostlinné delirogeny	79	27,8	3,8	30,4	2,5	31,6	0	0	0	1,3	1,3	1,3

Tabulka 13: Společnost, se kterou respondenti psychedelika užívali (n = 1 393) *(pokračování)*

Látka/látky	n	Sám/ sama %	S partne-rem %	Ve skupině %	Šaman, léčitel %	S kamará-dem %	Klinický pracovník %	S terapeutem %	Facilitátor %	Sitter (který nic neužil) %	Sitter (který také užil látku) %	Jiné %
GHB/GHA	40	2,5	15,0	60,0	0	20,0	0	2,5	0	0	0	0
muchomůrka červená	94	40,4	6,4	22,3	0	28,7	0	0	1,1	1,1	0	0
PCP	12	16,7	8,3	33,3	0	41,7	0	0	0	0	0	0
DBT	43	67,4	9,3	2,3	14,0	2,3	0	2,3	2,3	0	0	0
harmaliny	124	50,8	1,6	15,3	0	27,4	0	0	1,6	0	0	3,2
ostatní	108	36,1	5,6	31,5	0,9	17,6	1,9	0	0	2,8	0,9	2,8

Pozn. 1. Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.
Pozn. 2. Respondenti měli na výběr z možností: sám/sama; s partnerem; ve skupině (3 a více lidí); s tradičním šamanem/léčitelem (který vede sezení); s kamarádem; v přítomnosti klinického pracovníka (psychiatr, klinický psycholog, zdravotní asistent/asistentka); s terapeutem (který vede sezení); s jiným facilitátorem nebo průvodcem zkušeností; v přítomnosti sittera, který nic neužil; v přítomnosti sittera, který užil psychedelickou látku; v jiné společnosti. Vybrat mohli více možností, maximálně však 3.

Tabulka 14: Motivace k užívání psychedelik (n = 1 402)

Látka/látky	n	Zábava %	Sebepéče a seberozvoj %	Spiritualita %	Existenciální důvody %	Sociální aspekty %	Psychické obtíže %	Fyzické obtíže %	Jiné %
lysohlávky	940	55,4	56,9	46,3	30,7	9,1	13,6	1,8	0,9
LSD	933	60,2	62,5	42,7	33,5	10,9	14,9	1,4	1
psychedelické kaktusy	104	26,9	55,8	67,3	29,8	8,7	4,8	2,9	0
ayahuasca	177	3,4	63,3	78,5	40,1	5,6	20,9	13	2,3
DMT	132	35,6	46,2	50	34,1	6,8	9,8	0	1,5
pharmahuasca	6	0	66,7	83,3	50	0	16,7	0	16,7
changa	109	38,5	52,3	56	33	7,3	10,1	1,8	0,9
Bufo alvarius	76	5,3	56,6	80,3	46,1	7,9	17,1	6,6	3,9
5-MeO-DMT	29	24,1	62,1	65,5	37,9	6,9	17,2	0	10,3
yopo/vilca	14	21,4	42,9	64,3	14,3	14,3	0	0	0
akácie	5	0	60	80	40	20	20	0	0
2C-B	178	88,2	20,2	10,1	7,3	6,2	4,5	0,6	1,1
konopí	1 310	80,6	37,1	15,6	12,5	20,5	25,7	15	2,7
konopné extrakty	478	63	24,1	10,9	6,7	10	21,3	24,3	2,5
MDMA	791	90,3	21,6	6,3	5,2	22,1	8,3	0,5	0,9
MDA	118	87,3	21,2	5,9	3,4	11,9	5,9	0	2,5
ketamin	255	76,1	19,6	18	12,5	5,1	5,9	3,9	3,9
extáze	773	95,2	11,8	4,5	3,5	15,5	3,9	0,1	0,6
LSA	89	53,9	39,3	37,1	19,1	5,6	3,4	0	1,1
bufotenin	2	0	100	50	50	50	0	0	0
šalvěj divotvorná	254	53,9	33,9	40,9	14,6	3,1	4,3	0,4	3,1
iboga(in)	30	3,3	63,3	83,3	50	3,3	20	6,7	0
rostlinné delirogeny	79	60,8	13,9	27,8	7,6	6,3	1,3	2,5	7,6
GHB/GHA	38	97,4	2,6	2,6	2,6	5,3	5,3	2,6	0

Tabulka 14: Motivace k užívání psychedelik (n = 1 402) *(pokračování)*

Látka/látky	n	Zábava %	Sebepéče a seberozvoj %	Spiritualita %	Existenciální důvody %	Sociální aspekty %	Psychické obtíže %	Fyzické obtíže %	Jiné %
muchomůrka červená	98	54,1	23,5	44,9	9,2	1	3,1	0	2
PCP	12	91,7	8,3	0	0	0	0	0	0
DBT	41	17,1	68,3	56,1	29,3	2,4	12,2	9,8	0
harmaliny	156	57,7	10,3	10,9	4,5	0,6	1,3	0,6	30,1
ostatní	104	68,3	37,5	22,1	21,2	11,5	13,5	2,9	5,8
celkem	**1 402**	**90,6**	**70,1**	**49,9**	**40,1**	**32,7**	**36,8**	**18,9**	**8,8**

Pozn. 1. Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.
Pozn. 2. Respondenti mohli vybrat více možností z následujícího výběru:
(a) zábava (party, zvědavost, pobavení, experiment, uvolnění, podpora smyslového prožívání, podpora sexuálního prožitku),
(b) sebepéče a seberozvoj (kreativita, řešení vnitřních témat a konfliktů každodenních problémů, avšak ne v intenzitě psychického onemocnění, sebepoznání),
(c) spiritualita (náboženské důvody – modlitba, mystický prožitek, kontakt s duchovní sférou),
(d) existenciální důvody (hledání smyslu života, srovnání se se smrtí),
(e) sociální aspekty (zlepšení vztahů s ostatními, skupinová práce, snaha zapadnout),
(f) léčení psychických potíží (úzkost, deprese, nespavost, chronický stres aj.),
(g) léčení fyzických obtíží (bolest, křeče, vážné onemocnění),
(h) jiná.

Lysohlávky a LSD byly nejčastěji užívány venku v přírodě (52,6 a 41,8 %), doma nebo v důvěrně známém prostředí (30,1 a 29,5 %), ayahuasca v původním kontextu látky (např. rituální prostor v amazonské džungli) (47,5 %) a v uzavřené místnosti (byt či centrum, mimo vlastní domov) (29,1 %). Ketamin, MDMA a extáze byly užívány nejčastěji na párty nebo festivalu (44,0, 67,2 a 80,4 %), konopí nebo konopné extrakty v prostředí domova nebo v jiném důvěrně známém prostředí (49,0 a 62,2 %).

13.3.3 Přítomnost dalších osob během užití

Respondenti látky užívali o samotě, ve společnosti přátel a dalších blízkých osob, ale i pod dohledem dalších osob. LSD (36 %) a lysohlávky (37 %) byly nejčastěji užívány ve skupině 3 a více lidí nebo s kamarádem (25,9 a 24,1 %), ayahuasca s tradičním léčitelem či šamanem (82,6 %). Ketamin, MDMA a extázi užívali respondenti nejčastěji ve skupině (3 a více lidí) (41,4, 53,3 a 62,6 %) a s kamarádem (28,1, 18,3 a 28,1 %). Konopí bylo také nejčastěji užíváno ve skupině (33,7 %), avšak respondenti se často hlásili i k užívání o samotě (28,3 %). V případě konopných extraktů převažovalo užití o samotě (41,5 %) a ve skupině (24,8 %).

13.3.4 Vzorce užívání – motivace

Motivací pro užívání byla zábava, seberozvoj a sebepéče, spirituální, sociální a existenciální důvody, léčení psychických a fyzických potíží, sociální aspekty. Motivace se však u jednotlivých látek poměrně lišila – tabulka 14.

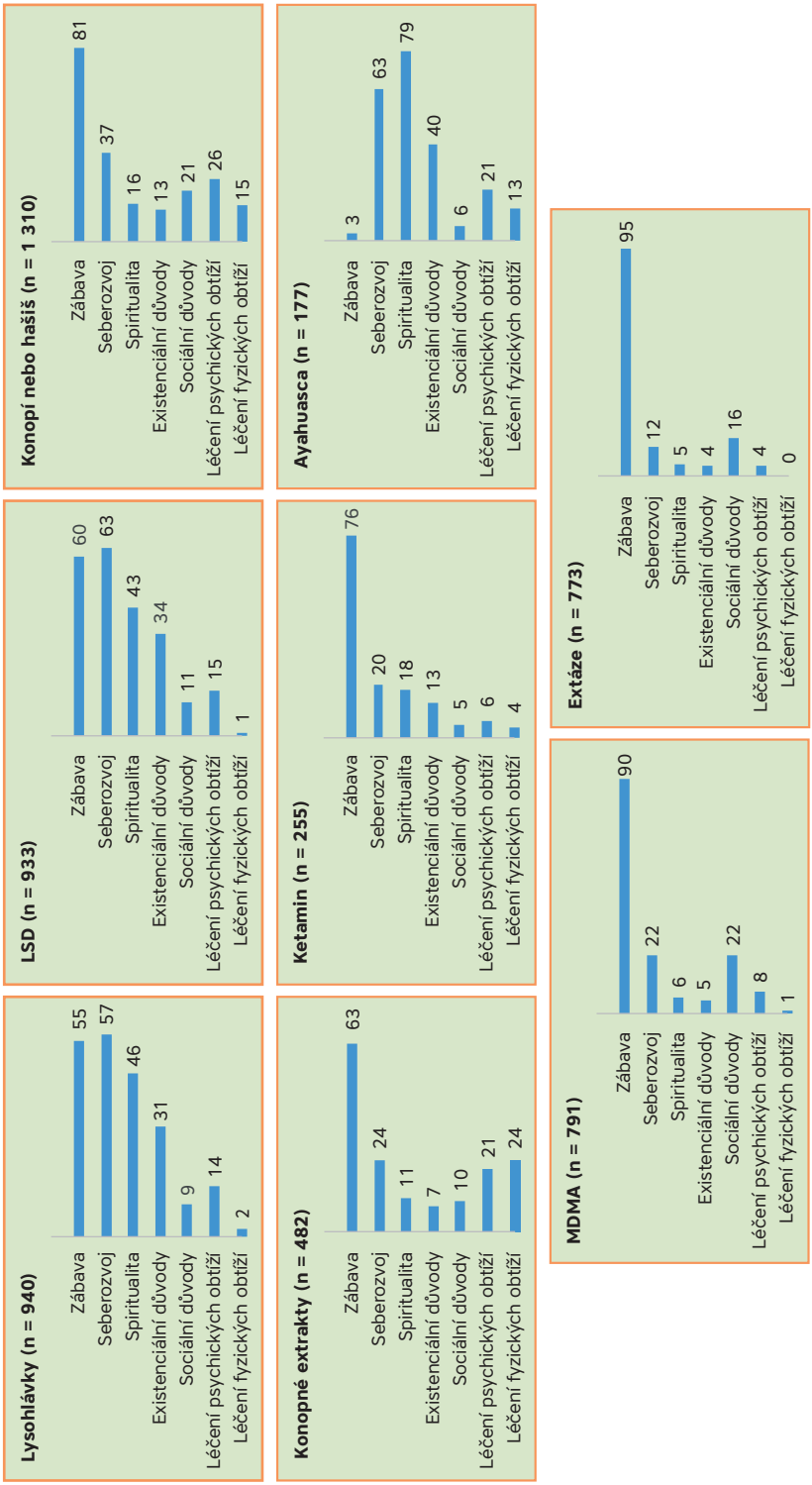
U lysohlávek a LSD převládala motivace seberozvoje (56,9 a 62,5 %) a zábavy (55,4 a 60,2 %). Zábava byla nejčastěji uváděna i v případě ketaminu, konopí, konopných extraktů, MDMA a extáze (76,1–95,2 %). Konopí a ketamin byly často užívány k seberozvoji a sebepéči (37,1 a 19,6 %), konopné extrakty k léčení fyzických obtíží (24,3 %) a seberozvoji (24,1 %), MDMA a extáze ze sociálních důvodů (22,1 a 15,5 %). Konopí a konopné extrakty byly často užívány i s motivem léčení psychických potíží (25,7 a 21,3 %) – graf 1.

13.3.5 Příprava na zkušenost

Respondenti průzkumu se na svou zkušenost s psychedeliky připravovali různými způsoby – tabulka 15. Nejčastějšími způsoby přípravy bylo informování se o účincích (50,4 %), zajištění settingu (45,6 %) a dostatek spánku (41,7 %), případně specifikace záměru pro užití (37,7 %).

Z 1 404 respondentů se 66,5 % informovalo o účincích látky před jejím prvním užitím, 17,5 % před každým užitím, někdy se informovalo 12,5 % a vůbec se neinformovalo 3,5 %. Z 1 353 respondentů, kteří si dopředu získávali informace, uvedlo 38,8 %, že jejich dohledání bylo velmi snadné, a 52,8 %, že spíše snadné. Pouze 8,4 % respondentů to považovalo za obtížné nebo spíše obtížné. Většina z celkového počtu informovaných uživatelů (81,2 %) považovala tyto zjištěné informace za dostatečně kvalitní a důvěryhodné, 14,6 % je za dostatečně kvalitní a důvěryhodné nepovažovalo a 4,3 % označilo odpověď „nevím".

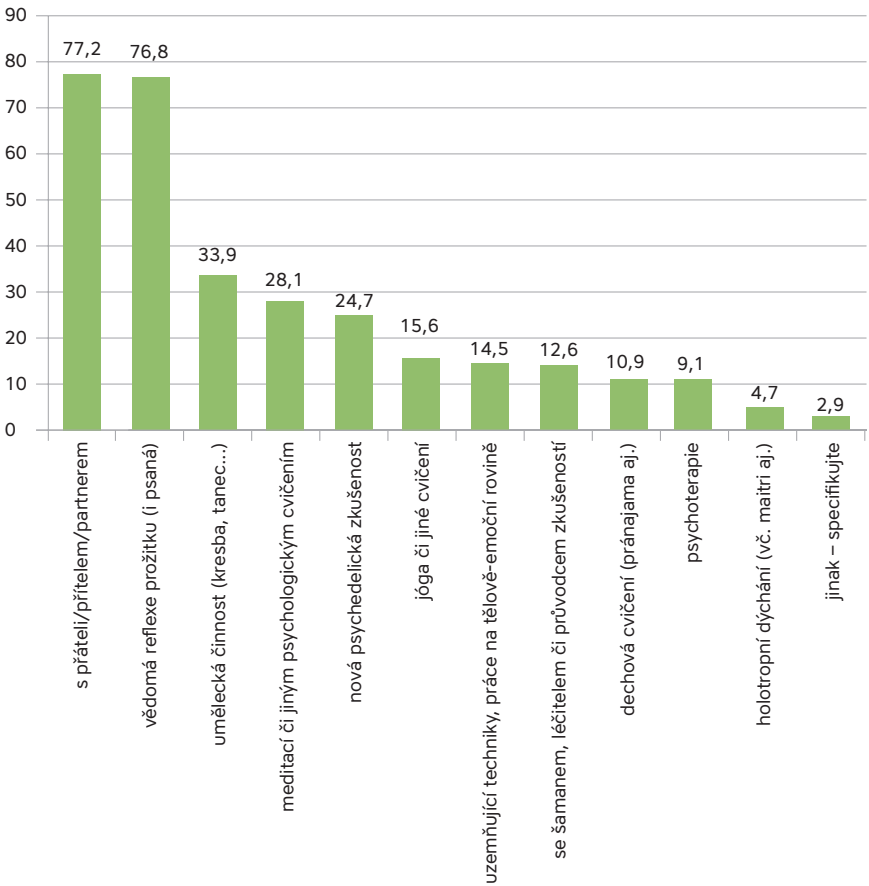
Graf 1: Motivace k užívání nejčastěji užívaných psychedelik (v %)



Tabulka 15: Způsoby přípravy k užití psychedelik (n = 1 402)

Způsob přípravy	n	%
informování se o účincích	706	50,4
zajištění settingu (přítomné osoby, prostředí)	639	45,6
dostatek spánku	585	41,7
specifikuji si záměr pro užití	529	37,7
nijak	367	26,2
meditace	312	22,3
půst, dieta	300	21,4
den před užitím mám plánované volno (dovolená, víkend apod.)	263	18,8
suplementace (vitamíny, minerály, antioxidanty...)	197	14,1
umělecká činnost (kresba, tanec, hudba...)	167	11,9
fyzické cvičení	122	8,7
moment si vybírám na základě astrologických událostí (slunovrat, úplněk, uspořádání hvězd či planet)	61	4,4
jiné	80	5,7

Graf 2: Způsoby následné integrace zkušenosti s psychedeliky v % (n = 1 397)



13.3.6 Integrace zkušenosti

Z celkového počtu 1 397 respondentů svou zkušenost integrovalo 78 %. Z toho 1 089 osob uvedlo jak, přičemž nejčastěji uváděným způsobem integrace bylo sdílení s přáteli či partnery (77,2 %), vědomá reflexe prožitku (76,8 %), umělecká činnost (33,9 %), meditace či jiné psychologické techniky (28,1 %), případně další psychedelická zkušenost (24,7 %) – graf 2.

13.4 Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života

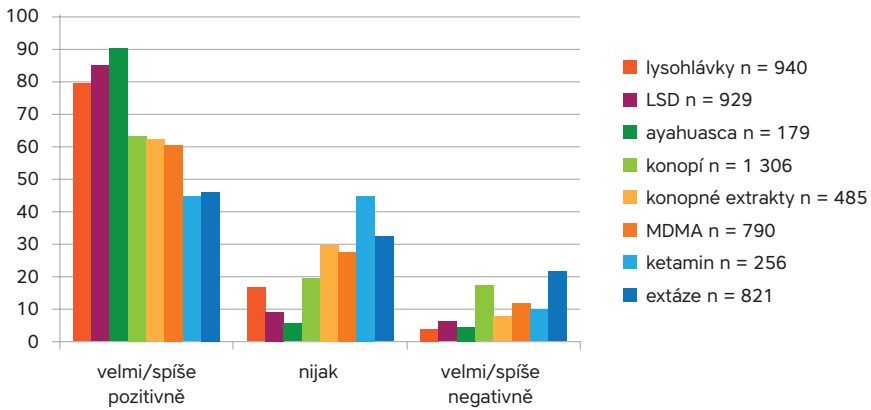
Tato kapitola uvádí analýzu otázek týkajících se duševního zdraví respondentů. Uživatelé byli dotazováni na svůj názor na to, jak ovlivnilo užívání konkrétních látek jejich životní spokojenost či psychickou pohodu. Respondenti se vyjadřovali k jednotlivým látkám na škále velmi pozitivně – spíše pozitivně – nijak – spíše negativně – velmi negativně.

13.4.1 Životní spokojenost a psychická pohoda

Převažovalo celkově pozitivní hodnocení vlivu zkušeností s některou psychedelickou látkou na životní spokojenost a psychickou pohodu. V případě klasických psychedelik tak hodnotilo své zkušenosti po užití lysohlávek, LSD a ayahuascy 79,5 %, 84,7 % a 90 % respondentů.

Převážně pozitivní hodnocení se objevovalo i v případě konopí a konopných extraktů (63,4 a 61,4 %), MDMA a extáze (60,8 % a 46 %) a ketaminu (44,9 %) – graf 3 a tabulka 16.

Graf 3: Ovlivnění životní spokojenosti a psychické pohody po užití psychedelik užitých největším podílem respondentů průzkumu v %



Pozn.: V grafu jsou vybrány pouze látky užité největším podílem respondentů průzkumu. Pro účely zpřehlednění grafu byly sloučeny kategorie „velmi pozitivně“ a „spíše pozitivně“, stejně tak „velmi negativně“ a „spíše negativně“.

Tabulka 16: Ovlivnění životní spokojenosti a psychické pohody po užití psychedelik (n = 1 397)

Látka/látky	n	Velmi pozitivně %	Spíše pozitivně %	Nijak %	Spíše negativně %	Velmi negativně %
lysohlávky	940	47,2	32,3	16,6	3,5	0,3
LSD	929	51,2	33,5	9,1	4,7	1,4
psychedelické kaktusy	109	37,6	31,2	29,4	0,9	0,9
ayahuasca	179	69,3	20,7	5,6	3,9	0,6
DMT	136	45,6	24,3	27,2	2,9	0
pharmahuasca	7	57,1	14,3	14,3	14,3	0
changa	112	34,8	31,3	31,3	2,7	0
Bufo alvarius	76	75,0	18,4	1,3	3,9	1,3
5-MeO-DMT	31	45,2	25,8	25,8	3,2	0
yopo/vilca	14	28,6	7,1	57,1	7,1	0
akácie	6	50,0	16,7	16,7	16,7	0
2C-B	179	13,4	31,3	49,2	5,0	1,1
konopí	1 306	21,8	41,6	19,3	14,9	2,5
konopné extrakty	485	25,4	36,9	29,9	6,6	1,2
MDMA	790	22,8	38,0	27,6	10,3	1,4
MDA	122	9,8	32,8	46,7	9,0	1,6
ketamin	256	14,8	30,1	44,9	8,6	1,6
extáze	821	14,1	31,9	32,3	18,0	3,7
LSA	96	14,6	26,0	44,8	11,5	3,1
bufotenin	3	33,3	33,3	0	33,3	0
šalvěj divotvorná	273	16,1	27,8	46,2	8,8	1,1
ibogain	31	35,5	41,9	12,9	6,5	3,2
rostlinné deliriogeny	84	6,0	7,1	47,6	22,6	16,7
GHB/GHA	39	5,1	23,1	56,4	10,3	5,1
muchomůrka červená	97	10,3	25,8	52,6	10,3	1,0
PCP	13	15,4	23,1	46,2	15,4	0
DBT	1	0	0	0	100,0	0
harmaliny	45	15,6	40,0	37,8	4,4	2,2
muškátový oříšek	129	2,3	5,4	72,9	12,4	7,0

Pozn.: Sloupec „n" uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Subjektivní pozitivní dopad na psychickou pohodu a životní spokojenost v souvislosti s užitím ayahuascy může být ilustrován následující výpovědí jednoho z respondentů:

„V začátku nástupu účinku aya mi bylo hodně fyzicky špatně v celém těle, doprovázeno úzkostí, později jsem pochopila, že tak mi liána prostoupila tělo a vzala si ho, aby mi mohla předat informace, které jsem potřebovala. Když jsem se uklidnila a poddala se tomu, učila mě – jasně mi sdělovala i ukazovala, co mám udělat (nelze popsat slovy), aby se vztah s mojí dcerou naplnil láskou a porozuměním. Naprosto jsem to všechno pochopila a otevřela jsem jí zcela svoje srdce. Posléze to mělo a má doposud skvělý dopad na náš vztah."

13.4.2 Souvislosti s duševním onemocněním

Přítomnost diagnostikovaného duševního onemocnění před některou z osobních zkušeností s psychedeliky uvedlo 12,6 % respondentů (tj. n = 177). Z nich šlo nejčastěji o depresivní onemocnění (66,7 %) či panickou poruchu/generalizovanou úzkostnou poruchu (42,7 %). Mezi diagnózami se objevily i fobie (26 %), poruchy osobnosti (19,2 %) a poruchy spánku (19,2 %) – tabulka 17.

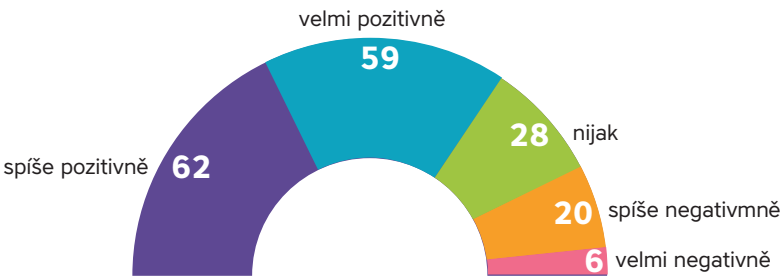
Na otázku, zda toto duševní onemocnění bylo aktuální i během některé zkušenosti s psychedeliky, odpovědělo 176 osob, z nich 75,6 % kladně. Většina respondentů (69,1 %) uvedla, že zkušenost s psychedeliky jejich onemocnění ovlivnila pozitivně, 16 % nepocítilo žádný vliv a 14,8 % uvedlo negativní vliv – graf 4.

Podle 78,6 % respondentů jejich zkušenost s psychedeliky nevedla k rozvoji žádného duševního onemocnění, podle 5,8 % k rozvoji duševního onemocnění vedla a 15,6 % uvedlo, že neví.

Tabulka 17: Duševní onemocnění diagnostikováno před zkušeností s psychedeliky (n = 177)

Onemocnění	n	%
depresivní onemocnění	118	66,7
úzkostné onemocnění (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha)	76	42,9
úzkostné onemocnění (fobie)	46	26,0
porucha osobnosti	34	19,2
poruchy spánku	34	19,2
bipolární afektivní porucha (maniodeprese)	26	14,7
porucha příjmu potravy	21	11,9
psychosomatické onemocnění	17	9,6
obsedantně kompulzivní porucha (OCD)	14	7,9
akutní psychóza	11	6,2
posttraumatická stresová porucha (PTSD)	11	6,2
syndrom závislosti	10	5,6
psychotické onemocnění (schizofrenie)	7	4,0
jiné poruchy nálady (cyklotymie, dystymie)	4	2,3
jiné	13	7,3

Graf 4: Míra ovlivnění probíhajícího duševního onemocnění během zkušenosti s psychedeliky (n = 175)



Na otázku, zda zkušenost s psychedeliky mohla pomoci k tomu, aby se žádné duševní onemocnění nerozvinulo, z 1 400 respondentů odpovědělo „ano“ 26,9 %, „ne“ 26 % a 47,1 % osob uvedlo, že neví.

13.4.3 Zlepšení/zhoršení duševního zdraví

Více než polovina respondentů (60,2 %) uvedla, že jim užívání psychedelik po odeznění účinků látky (v následujících dnech, týdnech nebo déle) nevyvolalo ani nezhoršilo žádné duševní obtíže; 28,4 % uvedlo zhoršení krátkodobé (v následujícím týdnu) a 11,4 % dlouhodobé (v následujících týdnech či měsících).

Tabulka 18: Vyvolání nebo zhoršení psychických obtíží po užití psychedelik (n = 699)

Látka/látky	n	Úzkost, panika, strach, fobie %	Smutek, deprese %	Nespavost %	Sebevražedné sklony %	Agresivní projevy %	Psychotické symptomy %	Depersonalizace, derealizace %	Jiné %
lysohlávky	203	31,5	25,1	14,8	3,9	2	29,6	42,4	9,9
LSD	264	37,1	26,9	23,1	5,3	2,7	31,1	49,2	7,6
psychedelické kaktusy	10	20	20	20	0	0	20	60	20
ayahuasca	26	26,9	38,5	34,6	7,7	3,8	15,4	34,6	11,5
DMT	16	6,3	6,3	6,3	0	6,3	31,3	25	31,3
pharmahuasca	1	0	0	0	0	0	0	100	0
changa	12	25	16,7	8,3	0	0	25	25	25
Bufo alvarius	20	40	30	30	5	10	0	45	10
5-MeO-DMT	3	33,3	0	66,7	0	0	0	33,3	33,3
yopo/vilca	1	100	0	0	0	0	0	0	0
akácie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2C-B	16	31,3	25	12,5	6,3	0	25	18,8	12,5
konopí	429	56,9	44,8	14,7	5,6	4,4	12,1	31,7	9,8
konopné extrakty	69	43,5	27,5	17,4	2,9	4,3	11,6	31,9	14,5
MDMA	271	18,5	66,4	29,2	5,2	6,6	8,9	11,8	7
MDA	29	24,1	58,6	31	3,4	6,9	17,2	6,9	6,9
ketamin	43	20,9	18,6	11,6	0	2,3	14	60,5	7
extáze	286	28,7	63,6	39,5	6,6	6,3	8,4	10,8	8,4
LSA	11	36,4	27,3	0	9,1	0	27,3	27,3	18,2
bufotenin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
šalvěj divotvorná	26	30,8	7,7	7,7	0	3,8	42,3	46,2	23,1
iboga(in)	4	25	75	0	25	0	0	25	0
rostlinné delirogeny	18	33,3	11,1	5,6	11,1	5,6	55,6	44,4	11,1
GHB/GHA	4	0	75	0	0	0	25	0	50
muchomůrka červená	10	30	0	10	0	20	20	30	10
PCP	4	25	0	50	0	25	25	25	0
DBT	0	0	0	0	0	0	0	0	0
harmaliny	3	66,7	33,3	0	0	0	66,7	33,3	0
muškátový oříšek	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pozn.: Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Respondenti po užití psychedelik pociťovali jak zlepšení (60 %), tak zhoršení (39,8 % respondentů) některých duševních symptomů.

Nejčastěji uváděno bylo zhoršení či vyvolání symptomů depersonalizace a derealizace, úzkostné symptomy, depresivní symptomy nebo nespavost. Zhoršení či vyvolání symptomů depersonalizace a derealizace převažovalo u lysohlávek, LSD a ketaminu (42,4 %, 49,2 % a 60,5 %). Další často uváděné obtíže byly úzkostné symptomy, a to zejména v případě konopných extraktů a konopí (43,5 % a 56,9 %), dále i depresivní obtíže v souvislosti s užitím konopí, extáze anebo MDMA (44,8 %, 63,6 % a 66,4 %). Problémy s nespavostí trápily nejčastěji respondenty po užití extáze (39,5 %) – tabulka 18.

Tabulka 19: Zlepšení psychických obtíží po užití psychedelik (n = 813)

Látka/látky	n	Úzkost, panika, strach, fobie %	Smutek, deprese %	Nespavost %	Sebevražedné sklony %	Agresivní projevy %	Psychotické symptomy %	Depersonalizace derealizace %	Jiné %
lysohlávky	369	53,9	75,9	10,3	13,8	17,1	1,1	9,5	9,8
LSD	400	49,8	78,8	5	17,5	16,8	2,3	10	9
psychedelické kaktusy	31	48,4	64,5	12,9	0	16,1	3,2	9,7	16,1
ayahuasca	82	56,1	76,8	14,6	14,6	17,1	2,4	12,2	14,6
DMT	35	65,7	65,7	2,9	11,4	14,3	2,9	11,4	17,1
pharmahuasca	3	33,3	100	0	0	33,3	0	33,3	0
changa	31	64,5	71	3,2	12,9	16,1	3,2	9,7	12,9
Bufo alvarius	35	57,1	82,9	14,3	11,4	22,9	0	17,1	8,6
5-MeO-DMT	10	70	70	10	20	10	0	20	0
yopo/vilca	0	0	0	0	0	0	0	0	0
akácie	1	100	0	0	0	0	0	0	0
2C-B	18	44,4	66,7	5,6	0	0	0	0	5,6
konopí	513	44,6	57,5	55,6	17	26,1	1,8	6,4	4,9
konopné extrakty	154	42,2	47,4	60,4	12,3	22,1	1,3	7,1	4,5
MDMA	191	48,2	63,4	4,2	9,9	16,2	1,6	7,3	8,9
MDA	19	47,4	52,6	10,5	15,8	15,8	0	10,5	36,8
ketamin	46	23,9	63	15,2	10,9	8,7	0	4,3	17,4
extáze	142	43,7	62	4,2	10,6	14,8	0,7	5,6	10,6
LSA	13	38,5	92,3	7,7	23,1	15,4	0	15,4	15,4
bufotenin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
šalvěj divotvorná	32	25	43,8	12,5	21,9	12,5	9,4	12,5	21,9
iboga(in)	8	75	50	12,5	12,5	12,5	0	12,5	25
rostlinné delirogeny	4	25	50	0	0	0	0	0	50
GHB/GHA	1	0	0	0	0	0	0	0	100
muchomůrka červená	14	14,3	64,3	7,1	7,1	7,1	0	0	28,6
PCP	2	50	100	0	0	50	0	0	50
DBT	0	0	0	0	0	0	0	0	0
harmaliny	6	50	83,3	33,3	16,7	0	0	50	33,3
muškátový oříšek	9	22,2	33,3	22,2	11,1	11,1	11,1	0	66,7

Pozn.: Sloupec „n" uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Vznik následné úzkosti může být ilustrován následující výpovědí jednoho z respondentů:

„Nebyl jsem v těle, byl jsem v bílém prostoru, nikde nikdo, nic, ani moje tělo a já jsem si uvědomil, že tohle jsem fakt přepísk', že odtud už není návratu, sevřela mě neuvěřitelná úzkost. Po chvilce jsem zaregistroval, že okolo mě prochází jeden z facilitátorů, ale věděl jsem, že je moc daleko a jinde, než aby mohl něco udělat, a hlavně já jsem nemohl nic udělat, nakonec jsem si uvědomil, že zvracím a že ostatní mě drží a já se vracím do těla. Po čase vím, že mě tenhle pocit úzkosti provází životem."

Na otázky ohledně subjektivního vnímání zlepšení některých duševních obtíží po užití některé z psychedelických látek celkem 41,9 % uživatelů uvedlo, že jim užívání psychedelik zlepšilo některé obtíže dlouhodobě (tj. v následujících týdnech či měsících po odeznění účinku látky), 18,1 % krátkodobě (tj. v následujícím týdnu) a 40 % uvedlo, že se jim žádný symptom nezlepšil.

Ke zlepšením docházelo zejména v případě úzkostných a depresivních psychických potíží, časté bylo v případě lysohlávek (53,9 % a 75,9 %), LSD (49,8 % a 78,8 %) a ayahuascy (56,1 % a 76,8 %). Respondenti také uváděli pozitivní vliv na tyto psychické obtíže i v souvislosti s užitím konopných extraktů, konopí, MDMA a extáze (42,2–63,4 %), u ketaminu se objevilo vyšší procento odpovědí jen v případě zlepšení depresivních stavů (63 %). Zlepšení nespavosti respondenti označovali zejména u konopí a konopných extraktů (55,6 % a 60,4 %) – tabulka 19.

13.4.4 Trauma

Z celkového počtu 1 373 respondentů jich 41,5 % uvedlo, že během některých zkušeností zažili traumatickou, bolestnou či zraňující zkušenost, zatímco 58,5 % takovou zkušenost nemělo.

Celkem 541 respondentů pak specifikovalo, s jakou látkou. Nejčastěji šlo o LSD (42,3 %), konopí (36,0 %) a lysohlávky (28,1 %), dále o extázi (14,2 %), MDMA (7,2 %), ayahuascu (6,7 %), konopné extrakty (3,8 %), ketamin (2,9 %), ale i další látky (0,2–4,1 %).

Příkladem traumatické zkušenosti mohou být následující výpovědi respondentů:

„Na seanci se nestalo nic zvláštního kromě určité frustrace, poté následovalo několik období – nejdříve nespavost a zaplavení různými obsahy a intenzivní emoční stavy, dále jsem si vzpomněla na těžké trauma z dětství a následoval propad do asi rok trvající deprese se sebevražednými myšlenkami. Nikdo mě na nic takového nepřipravil, myslím si, že by šamani/facilitátoři měli připravit své klienty na to, že i takový extrém se může vyskytnout."

„Ihned po natáhnutí z dýmky, ve které jsem měl šalvěj divotvornou, jsem se proměnil v gauč a byl jsem rozkrájený na plátky. Cítil jsem na sobě, že jsem rozkrájen, a bylo to velice intenzivní. Poté jsem se dostal do prostoru s dalšími entitami a chtěl jsem tam s nimi zůstat. Během lusknutí prstů jsem se ale proměnil v zip a následně v nicotu, úplné prázdno. Vůbec jsem nevnímal realitu kolem sebe a dokonce zapomněl, že jsem látku požil. Po pár minutách, kdy jsem přicházel k sobě, jsem si začal uvědomovat, že se něco děje a že „reálný svět" asi existuje a vracím se do něj. Byl jsem velice vyděšený ze světa, který jsem pomocí šalvěje navštívil. Při návratu jsem si myslel, že držím lampu z jiného světa a povedlo se mi ji přinést do naší reality. Poté mi ale došlo, že to neexistuje

a že jsem jen ovlivněn látkou, kterou jsem do sebe vpravil. Následujících pár dní jsem měl vnitřní problémy, abych se myšlenkami udržel při smyslech a uvěřil, že tenhle hmotný svět je ten pravý. Myslím si, že mi to dost pomohlo si sjednotit to, čemu v sobě věřím. Rád bych jen poznamenal, že jsem do této zkušenosti šel s otázkou – existuje více rozměrů než jen ty 3 základní? Zkušenost byla velice traumatická, ale věřím, že to bylo způsobené vysokou dávkou a nepřipraveností mého vnitřního rozpoložení."

Na otázku, zda užití psychedelické látky pomohlo se zpracováním traumatické zkušenosti z minulosti, odpovědělo 1 349 osob. Z nich 52,9 % uvedlo, že jim užití v tomto ohledu pomohlo, 47,1 % uvedlo, že ne. Celkem 668 osob specifikovalo, kterou látku užili. Nejčastěji šlo o LSD (48,5 %), lysohlávky (43,4 %) a konopí (42,5 %), dále o MDMA (18 %), ayahuascu (14,8 %), extázi (13 %), konopné extrakty (7,5 %), ketamin (3,6 %), ale i další látky (0,1–5,7 %).

Tabulka 20: Ovlivnění fyzické pohody po užití psychedelik (n = 1 339)

Látka/látky	n	Velmi pozitivně %	Spíše pozitivně %	Nijak %	Spíše negativně %	Velmi negativně %
lysohlávky	868	25,5	31,0	36,5	6,6	0,5
LSD	865	25,7	33,1	34,7	6,0	0,6
psychedelické kaktusy	100	34,0	22,0	40,0	4,0	0
ayahuasca	171	48,0	24,6	19,3	7,6	0,6
DMT	122	21,3	29,5	45,9	3,3	0
pharmahuasca	6	16,7	50,0	16,7	16,7	0
changa	106	18,9	29,2	50,0	1,9	0
Bufo alvarius	70	52,9	27,1	12,9	4,3	2,9
5-MeO-DMT	25	16,0	36,0	44,0	4,0	0
yopo/vilca	12	8,3	8,3	83,3	0	0
akácie	5	20,0	20,0	60,0	0	0
2C-B	155	9,0	22,6	60,0	7,7	0,6
konopí	1 219	20,3	35,8	28,0	14,4	1,5
konopné extrakty	437	25,9	30,4	34,6	8,9	0,2
MDMA	718	13,8	28,0	40,1	16,4	1,7
MDA	108	10,2	21,3	50,0	17,6	0,9
ketamin	222	10,4	20,7	55,9	10,4	2,7
extáze	736	10,5	23,9	37,1	23,8	4,8
LSA	85	5,9	15,3	62,4	9,4	7,1
bufotenin	2	0	100,0	0	0	0
šalvěj divotvorná	242	6,2	16,5	66,9	8,7	1,7
iboga(in)	29	24,1	37,9	24,1	13,8	0
rostlinné delirogeny	74	2,7	5,4	51,4	23,0	17,6
GHB/GHA	29	10,3	13,8	62,1	6,9	6,9
muchomůrka červená	84	7,1	19,0	56,0	17,9	0
PCP	12	8,3	33,3	33,3	25,0	0
DBT	0	0	0	0	0	0
harmaliny	42	14,3	28,6	52,4	2,4	2,4
muškátový oříšek	120	2,5	5,0	62,5	15,0	15,0

Pozn.: Sloupec „n" uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Zpracování traumatických zážitků z minulosti mohou ilustrovat následující subjektivní výpovědi některých respondentů výzkumu:

„V podstatě to byla traumata z dětství zhmotněná do kreseb a bezpečně (nevědomě) vynesena na povrch. Poté následovala velká únava, ale zároveň obrovské osvobození."

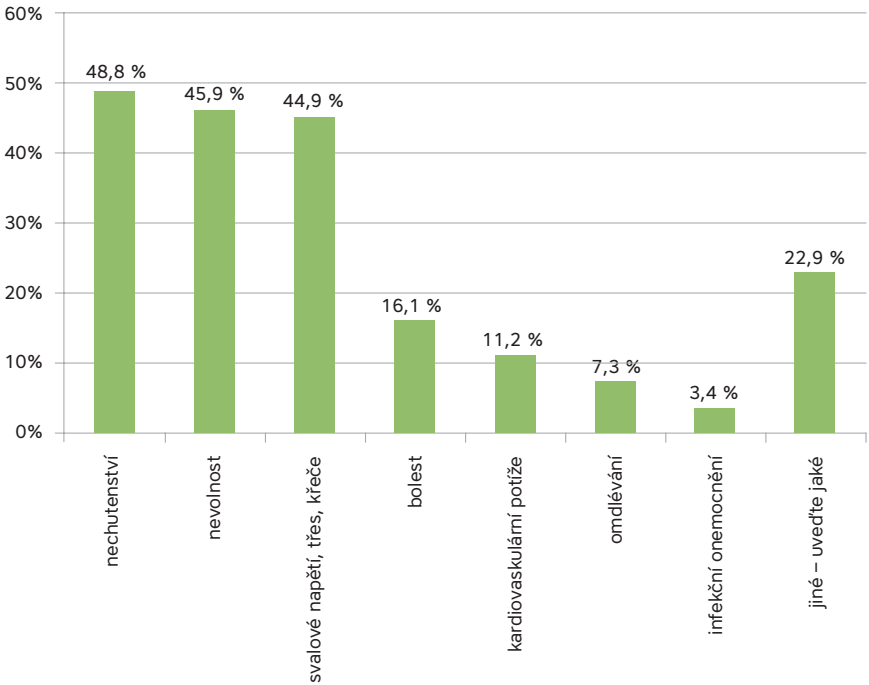
„Navázal jsem kontakt s dítětem ve mně. Se svou osobností. Se svým dětským já. Opětovně jsem si prošel zejména vztahová (ať partnerská, přátelská, ale i rodinná) traumata a vnitřně je pročistil (částečně, spíš jsem se vydal na cestu čištění)."

„Na MDA/MDMA a následně psilocybinu jsem si vybavil 30 let vytěsněnou traumatickou vzpomínku z dětství. Samotné rozpomenutí bylo velmi bolestné i následující dny a týdny poté, ale dlouhodobě hodnotím tento fakt jako velmi pozitivní v mém osobním rozvoji a psychickém uzdravování."

I v případě celkového hodnocení vlivu užití psychedelik na fyzickou pohodu převažovalo pozitivní hodnocení zkušeností s některou psychedelickou látkou. V případě lysohlávek, LSD a ayahuascy své zkušenosti pozitivně hodnotilo 56,5 %, 58,8 % a 56 %.

Převážně pozitivní hodnocení se objevovalo i v případě konopí a konopných extraktů (56,1 % a 56,3 %), v menší míře i u MDMA a extáze (41,8 % a 34,4 %) a ketaminu (31,1 %). Negativní hodnocení u těchto látek se objevovalo u 9–28 % uživatelů, nejčastěji v případě extáze. Na úrovni fyzických obtíží většina (84 %) respondentů nepociťovala zhoršení; zlepšení fyzických potíží respondenti připisovali zejména konopí – tabulka 20.

Graf 5: Zhoršení konkrétních fyzických obtíží po užití psychedelik (n = 205)



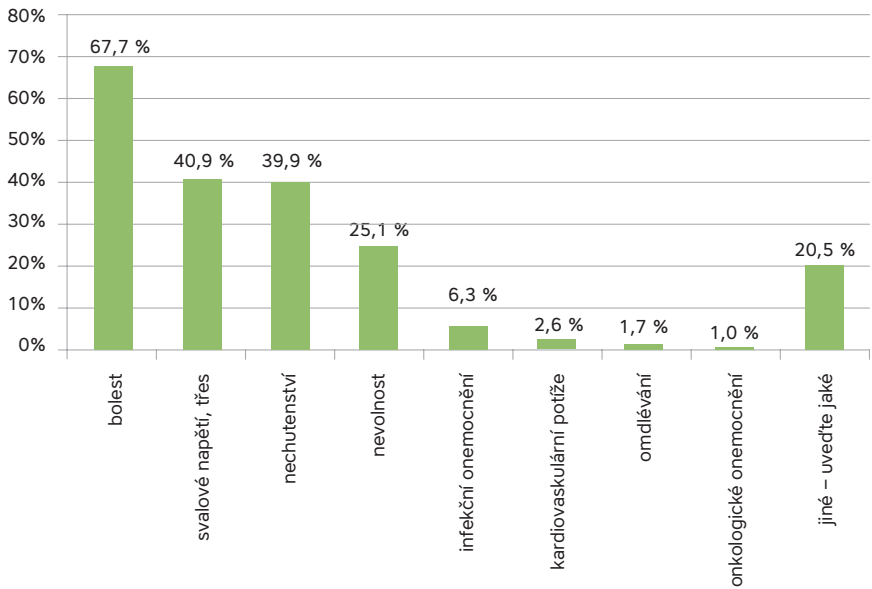
Pozn.: Pod jinými fyzickými obtížemi se objevovala například únava, bolest hlavy, kašel, dýchací a zažívací obtíže.

Dále nás zajímalo, zda respondentům užívání psychedelik vyvolalo nebo zhoršilo nějaké fyzické obtíže (v následujících dnech, týdnech nebo déle). Z celkového počtu respondentů (n = 1 329 osob) převážná většina (84,2 %) uvedla, že jim užití/užívání psychedelik v následujících dnech, týdnech nebo déle nevyvolalo ani nezhoršilo žádné fyzické obtíže. Krátkodobé (v následujícím týdnu) zhoršení uvedlo 13,3 % osob, 2,5 % osob uvedlo dlouhodobé zhoršení (v následujících týdnech a měsících). Nejčastěji šlo o nechutenství (48,8 %), nevolnosti (45,9 %) a svalové napětí, křeče či třes (44,9 %) – graf 5.

Nejčastěji byly tyto obtíže uváděny po užití MDMA, extáze a konopí.

Podobně jsme uživatele požádali i o subjektivní zhodnocení, zda jim užívání psychedelik jejich fyzické obtíže zlepšilo (v následujících dnech, týdnech či déle). Z 1 246 osob 75,2 % osob uvedlo, že jim užívání psychedelických látek nijak nezlepšilo fyzické potíže. Zlepšení v krátkodobém horizontu (v následujícím týdnu) uvedlo 13,6 % a v dlouhodobém horizontu (v následujících týdnech až měsících) 11,2 %. Počet zaznamenaného zlepšení u konkrétních fyzických potíží ukazuje graf 6.

Graf 6: Zlepšení konkrétních fyzických obtíží po užití psychedelik (n = 303)



Pozn.: Jako „jiné" byly uváděny například různé zažívací problémy, dýchací nebo astmatické obtíže a bolesti zad.

Celkem 303 osob specifikovalo obtíže. Nejvíce se zlepšení projevilo v oblasti bolestí (67,7 %), svalového napětí či třesu (40,9 %) a nechutenství (39,9 %). Zlepšení fyzických potíží respondenti většinou přisuzovali konopí.

13.4.5 Kvalita života

Pokud jde o oblasti života, které byly podle uživatelů pozitivně ovlivněny užíváním jednotlivých psychedelik, největší pozitivní dopad mělo užívání látek na vztah k sobě samému, na životní hodnoty, vztah k přírodě, přátelské vztahy a životní směřování.

Tabulka 21: Pozitivní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 341)

Látka/látky	n	Žádné %	Rodinný život a vztahy %	Vztah k sobě sama %	Životní hodnoty %	Partnerské soužití %	Přátelské vztahy %	Pracovní vztahy %	Životní směr %	Vztah k přírodě %	Jiné %
lysohlávky	871	16	29,5	68,1	56,1	23,8	41,2	11,8	45,7	64,5	3,9
LSD	862	10,2	33,8	72,5	64,4	29,2	47,8	13,5	53,8	58,4	3,7
psychedelické kaktusy	92	20,7	29,3	59,8	51,1	25	33,7	16,3	41,3	53,3	3,3
ayahuasca	172	7	55,2	79,7	71,5	43	45,3	26,7	62,8	67,4	4,7
DMT	120	28,3	19,2	53,3	45,8	13,3	20,8	8,3	36,7	35,8	3,3
pharmahuasca	5	0	80	100	60	60	60	60	60	80	0
changa	99	27,3	18,2	53,5	43,4	16,2	25,3	9,1	36,4	38,4	4
Bufo alvarius	72	2,8	65,3	84,7	83,3	56,9	61,1	50	76,4	69,4	9,7
5-MeO-DMT	24	16,7	33,3	70,8	54,2	29,2	37,5	29,2	54,2	41,7	0
yopo/vilca	11	63,6	9,1	36,4	18,2	9,1	9,1	9,1	18,2	9,1	0
akácie	5	40	40	60	60	20	40	20	20	40	0
2C-B	140	57,1	10	22,1	12,1	15,7	24,3	3,6	9,3	12,9	0,7
konopí	1 189	23,2	22,2	43,7	32,3	20,5	47	11,7	27,2	42,2	2,9
konopné extrakty	391	44,2	17,1	34,3	20,7	14,8	27,4	9,7	17,9	26,9	3,3
MDMA	688	30,2	19,9	36,5	17,7	31,1	50	7	13,1	9,2	1,7
MDA	102	58,8	5,9	18,6	4,9	16,7	30,4	5,9	10,8	9,8	3,9
ketamin	202	52	6,9	32,2	15,8	7,4	19,3	4,5	12,9	10,4	2
extáze	641	43,1	13,3	25,1	13,1	21,4	38,5	4,4	10,1	7,6	1,1
LSA	78	57,7	6,4	28,2	20,5	6,4	11,5	2,6	14,1	19,2	1,3
bufotenin	2	0	0	50	0	0	0	0	50	100	0
šalvěj divotvorná	202	60,9	5,4	26,7	20,3	3,5	6,4	3	14,9	24,3	5,9
iboga(in)	29	17,2	34,5	65,5	55,2	20,7	24,1	3,4	34,5	27,6	3,4
rostlinné delirogeny	62	80,6	1,6	12,9	8,1	1,6	3,2	1,6	6,5	16,1	3,2
GHB/GHA	27	74,1	7,4	11,1	3,7	14,8	18,5	0	3,7	3,7	0

Tabulka 21: Pozitivní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 341) *(pokračování)*

Látka/látky	n	Žádné %	Rodinný život a vztahy %	Vztah k sobě sama %	Životní hodnoty %	Partnerské soužití %	Přátelské vztahy %	Pracovní vztahy %	Životní směr %	Vztah k přírodě %	Jiné %
muchomůrka červená	74	54,1	4,1	25,7	16,2	5,4	8,1	4,1	13,5	33,8	2,7
PCP	12	83,3	0	16,7	8,3	0	0	0	0	0	0
DBT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
harmaliny	37	54,1	16,2	32,4	21,6	16,2	16,2	10,8	21,6	32,4	2,7
muškátový oříšek	107	88,8	0,9	4,7	1,9	0,9	0,9	0	3,7	3,7	2,8
ostatní (n = 90)		42,2	15,6	45,6	36,7	13,3	32,2	7,8	26,7	16,7	6,7
celkem respondentů		56,7	47,6	78,5	68,4	42,9	66,1	21,6	59,6	66,1	7,2

Pozn.: Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Tabulka 22: Negativní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 216)

Látka/látky	n	Žádné %	Rodinný život a vztahy %	Vztah k sobě samé/samému %	Životní hodnoty %	Partnerské soužití %	Přátelské vztahy %	Pracovní vztahy %	Životní směr %	Vztah k přírodě %	Jiné %
lysohlávky	744	90,6	2,2	2	1,2	2,7	1,1	2,3	1,7	0,7	0,7
LSD	738	86,7	3,4	3,4	1,6	3	2,3	2,6	2,6	0,5	0,8
psychedelické kaktusy	83	94	2,4	0	1,2	0	0	1,2	0	1,2	0
ayahuasca	136	91,9	1,5	1,5	0	1,5	0	3,7	0	0,7	0,7
DMT	106	93,4	1,9	0,9	0	0,9	0	1,9	0,9	0,9	0
pharmahuasca	5	80	0	0	0	0	0	0	0	20	0
changa	84	90,5	2,4	1,2	1,2	3,6	0	2,4	1,2	2,4	1,2
Bufo alvarius	53	90,6	5,7	0	0	1,9	0	3,8	0	1,9	0
5-MeO-DMT	18	94,4	0	0	0	0	0	0	0	5,6	0
yopo/vilca	10	90	0	0	0	0	0	0	0	10	0
akácie	3	66,7	0	0	0	0	0	0	0	33,3	0
2C-B		92,5	0,8	1,5	1,5	0	2,3	2,3	0,8	0,8	0
konopí	1 112	64,9	14,4	11	7,1	10,3	6,7	9,4	10	1	2,8
konopné extrakty	363	86,2	6,6	3,3	2,2	4,7	1,1	3	3,9	0,6	0,6
MDMA	620	80,5	7,1	6,8	4,2	5,3	4	3,2	5,3	0,6	0,6
MDA	102	78,4	10,8	4,9	4,9	4,9	6,9	5,9	4,9	1	2
ketamin	198	91,4	2,5	1,5	0,5	1,5	2	1	1	0,5	0,5
extáze	605	75,9	9,3	9,3	5,5	6	5,6	4,1	7,3	0,8	1
LSA	74	94,6	1,4	1,4	0	0	0	0	1,4	1,4	1,4
bufotenin	2	50	0	0	0	0	0	0	0	50	0
šalvěj divotvorná	197	95,9	1,5	1	0,5	1	0	0	0,5	1	0
iboga(in)	24	87,5	0	0	0	0	0	4,2	0	4,2	4,2
rostlinné delirogeny	67	88,1	7,5	3	1,5	0	1,5	1,5	1,5	1,5	3
GHB/GHA	27	92,6	0	0	0	0	0	0	0	3,7	3,7

Tabulka 22: Negativní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 216) *(pokračování)*

Látka/látky	n	Žádné %	Rodinný život a vztahy %	Vztah k sobě samé/samému %	Životní hodnoty %	Partnerské soužití %	Přátelské vztahy %	Pracovní vztahy %	Životní směr %	Vztah k přírodě %	Jiné %
muchomůrka červená	75	96	0	1,3	0	0	0	0	0	1,3	1,3
PCP	12	66,7	8,3	8,3	16,7	0	0	0	8,3	8,3	0
DBT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
harmaliny	34	94,1	0	2,9	2,9	2,9	0	0	2,9	5,9	0
muškátový oříšek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ostatní	88	84,1	5,7	4,5	4,5	2,3	3,4	2,3	6,8	2,3	1,1
celkem respondentů		74	15,1	14,3	8,6	11,9	9,2	10,2	11,1	1,2	3,1

Pozn.: Sloupec „n“ uvádí počet respondentů, kteří užili danou látku a odpověděli na otázku.

Z této skupiny látek měly na 5 uvedených kategorií pozitivní vliv i lysohlávky (41,2–68,1 % podle kategorie), LSD (47,8–72 %) a ayahuasca (45,3–71,5 %), u které však značná část respondentů označila i pozitivní vliv na jiné oblasti, jako jsou rodinný život a vztahy (55,2 %) a partnerské soužití (43 %). Ketamin, konopné extrakty, MDMA a konopí pozitivně ovlivnily vztah k sobě samé/samému (32,2–43,7 %). Pozitivní vliv na přátelské vztahy byl často označován i v případě konopí a MDMA (47 % a 50 %) a tato kategorie vystupovala do popředí u extáze (38,5 %). Právě u extáze, konopných extraktů a ketaminu však respondenti nejčastěji uváděli (43,1 %, 44,2 % a 52 %), že látka neměla žádný pozitivní vliv na žádnou z oblastí – tabulka 21.

V oblasti subjektivně vnímaných negativních vlivů užívání na konkrétní oblasti života 74 % respondentů uvedlo, že užívání látek nemělo negativní dopady na tyto oblasti, avšak v některých případech se objevily. Respondenti nejčastěji uváděli negativní dopady v případě konopí u všech kategorií (mimo vztahu k přírodě) (6,7–14,4 %) a u všech kategorií (mimo vztahů k přírodě) i v případě MDMA a extáze (3,2–9,3 %) – tabulka 22.

13.4.6 Souvislost zkušenosti s psychedeliky a míry užívání jiných psychoaktivních látek

Přibližně polovina (47,5 %, tj. n = 640) respondentů uvedla, že jejich zkušenost s psychedeliky ovlivnila míru jejich užívání jiných psychoaktivních látek, nejčastěji alkoholu (37,0 %, n = 498), tabáku (26,3 %, n = 354), v menší míře kokainu (6,2 %, n = 83), pervitinu (5,9 %, n = 80), antidepresiv (5,3 %, n = 71) aj. – tabulka 23.

Zejména v případě užití klasických psychedelik šlo o následné převažující snížení míry užívání všech zkoumaných látek, nejčastěji alkoholu (89,3 %), anxiolytik (89,5 %), antidepresiv (80,9 %), pervitinu (82,6 %), kokainu (73,8 %), tabáku (63,6 %) a antipsychotik (54,5 %). Respondenti uváděli i zvýšení míry užívání, konkrétně 10,5–45,5 % z těch, kteří uvedli, že jejich zkušenost s klasickými psychedeliky ovlivnila užívání dalších látek. Nejčastěji šlo o antipsychotika (45,5 %), tabák (36,4 %), kokain (26,2 %) aj. – tabulka 24, tabulka 25 a tabulka 26. V případě konopí a konopných derivátů také převažovalo snížení míry užívání dalších látek, a to nejčastěji v případě pervitinu (82,6 %), antidepresiv (80,9 %) a alkoholu (79,6 %). Zvýšení míry užívání bylo pak nejčastější u anxiolytik (53,3 %),

Tabulka 23: Ovlivnění zvýšení či snížení míry užívání jiných psychoaktivních látek skrze zkušenost s psychedeliky (n = 1 347)

Látka/látky	%	n
ne	48,7	656
alkohol	37,0	498
tabák	26,3	354
kokain	6,2	83
pervitin	5,9	80
antidepresiva	5,3	71
anxiolytika	3,1	42
antipsychotika	1,8	24
nevím	3,8	51
jiné	2,6	35

antipsychotik (45,5 %) a tabáku (36,4 %). I v případě kategorie „dalších psychedelik" (tj. všechny ostatní látky s psychedelickým účinkem kromě klasických psychedelik a konopí) respondenti uváděli převážně snížení míry užívání (42,9–79,3 %), nejčastěji pak antidepresiv (79,3 %), anxiolytik (78,6 %) a alkoholu (77,0 %). Zvýšení míry užívání

Tabulka 24: Ovlivnění míry užívání alkoholu a tabáku zkušeností s psychedeliky

Užívání	Látky	n	Výrazně zvýšilo %	Zvýšilo %	Snížilo %	Výrazně snížilo %
alkoholu	klasická psychedelika	355	2,0	8,7	30,4	58,9
	další psychedelika	187	2,7	20,3	36,4	40,6
	konopí a jeho deriváty	309	2,9	17,5	36,9	42,7
tabáku	klasická psychedelika	236	10,2	26,3	30,9	32,6
	další psychedelika	145	16,6	39,3	22,8	21,4
	konopí a jeho deriváty	236	13,1	43,2	25,0	18,6

Pozn.: „n" označuje počet respondentů, kteří uvedli, že jejich užívání nepsychedelické látky bylo nějakým způsobem ovlivněno zkušeností/zkušenostmi s některou látkou z kategorie psychedelik.

Tabulka 25: Ovlivnění míry užívání kokainu a pervitinu zkušeností s psychedeliky

Užívání	Látky	n	Výrazně zvýšilo %	Zvýšilo %	Snížilo %	Výrazně snížilo %
kokainu	klasická psychedelika	42	0,0	26,2	9,5	64,3
	další psychedelika	39	7,7	43,6	12,8	35,9
	konopí a jeho deriváty	38	7,9	42,1	15,8	34,2
pervitinu	klasická psychedelika	46	4,3	13,0	8,7	73,9
	další psychedelika	38	2,6	28,9	13,2	55,3
	konopí a jeho deriváty	41	12,2	31,7	17,1	39,0

Pozn.: „n" označuje počet respondentů, kteří uvedli, že jejich užívání nepsychedelické látky bylo nějakým způsobem ovlivněno zkušeností/zkušenostmi s některou látkou z kategorie psychedelik.

Tabulka 26: Ovlivnění míry užívání vybraných psychofarmak, konkrétně antipsychotik, antidepresiv a anxiolytik zkušeností s psychedeliky

Užívání	Látky	n	Výrazně zvýšilo %	Zvýšilo %	Snížilo %	Výrazně snížilo %
antipsychotik	klasická psychedelika	11	18,2	27,3	9,1	45,5
	další psychedelika	7	28,6	28,6	14,3	28,6
	konopí a jeho deriváty	12	50,0	16,7	8,3	25,0
antidepresiv	klasická psychedelika	47	6,4	12,8	23,4	57,4
	další psychedelika	29	3,4	17,2	24,1	55,2
	konopí a jeho deriváty	41	24,4	12,2	24,4	39,0
anxiolytik	klasická psychedelika	19	5,3	5,3	26,3	63,2
	další psychedelika	14	21,4	0,0	28,6	50,0
	konopí a jeho deriváty	30	26,7	20,0	26,7	26,7

Pozn.: „n" označuje počet respondentů, kteří uvedli, že jejich užívání nepsychedelické látky bylo nějakým způsobem ovlivněno zkušeností/zkušenostmi s některou látkou z kategorie psychedelik.

bylo pak nejčastěji uváděno v případě antipsychotik (57,1 %), tabáku (55,9 %) a kokainu (51,3 %).

Ve studii již nebyly dále zkoumány okolnosti, které vedly k této změně, časový horizont této změny ani další souvislosti.

13.5 Specifická rizika související s užíváním psychedelik

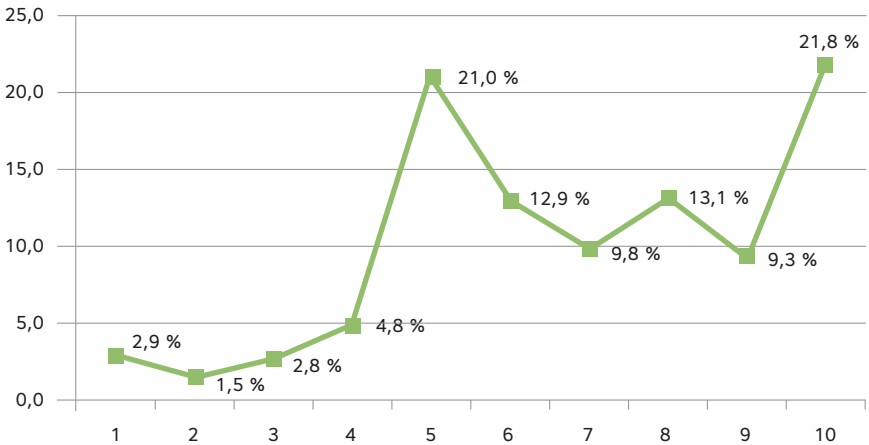
13.5.1 Náročná psychedelická zkušenost

Náročnou psychedelickou zkušenost (definovanou jako *zkušenost související s užitím psychedelické látky, která vyžadovala výrazné fyzické a/nebo psychické úsilí. Patří sem i zkušenosti pozitivního/negativního charakteru, které bývají někdy označovány jako „bad trip"*) zažilo 63,8 % osob, 11,7 % respondentů dokonce opakovaně, 11,8 % takovou zkušenost nezažilo.

Tabulka 27: Náročná psychedelická zkušenost, základní údaje

	Ano		Ne	
	n	%	n	%
Zažili jste někdy náročnou zkušenost s psychedeliky? (n = 1 403)	894	63,8	509	36,3
Byla tato zkušenost traumatická? (n = 889)	272	30,6	617	69,4
Byla tato zkušenost transformační? (n = 889)	599	67,4	290	32,6
Charakterizovali byste tuto zkušenost jako „bad trip"? (n = 885)	424	47,9	461	52,1
Jednalo se o vaši první psychedelickou zkušenost? (n = 885)	752	15,0	133	85,0
Odradila vás tato zkušenost od dalšího užití látky? (n = 888)	182	20,5	706	79,5

Graf 7: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní)



V následující sekci se budeme věnovat psychedelické zkušenosti, kterou respondenti označili za svou nejnáročnější. Až 30,6 % charakterizovalo tuto zkušenost jako traumatickou, 47,9 % jako „bad trip" a 67,4 % jako transformační (tedy že způsobila významné změny hodnot a postojů či životního směřování). Pro 15,0 % šlo o první zkušenost s psychedeliky. Tato zkušenost neodradila od dalšího užití 79,5 % respondentů – tabulka 27 – a převážná většina tuto zkušenost zpětně hodnotila spíše pozitivně – graf 7.

V rámci průzkumu jsme zmapovali, jaké nejčastější projevy náročná psychedelická zkušenost může mít. Respondenti mezi nejčastějšími prožitky uváděli pocity úzkosti (55,8 %), strachu (50,3 %), velké psychické úsilí (39,2 %), pocity paniky (35,9 %), paranoii (35,6 %) a rozpad ega (35,3 %). Objevovaly se však i prožitky spíše pozitivního charakteru, jako příjemné vize či halucinace (30,6 %), pocity jednoty se vším (27,8 %), pochopení smyslu života a bytí (27,7 %) či pocity radosti (26,2 %). Více prožívaných fenoménů ukazuje tabulka 28.

Tabulka 28: Projevy, které uživatelé prožívali během své nejnáročnější zkušenosti s psychedeliky (n = 893)

Projev	n	%
pocity úzkosti	498	55,8
pocity strachu	449	50,3
velké psychické úsilí	350	39,2
panika	321	35,9
paranoia	318	35,6
rozpad ega/já	315	35,3
ztráta kontroly	277	31,0
příjemné vize a halucinace	273	30,6
pocity jednoty se vším	248	27,8
pochopení smyslu života a bytí	247	27,7
pocity radosti	234	26,2
pocity umírání	226	25,3
myšlenky nesmyslnosti života a bytí	208	23,3
synestezie (sdružení dvou nebo více smyslových vjemů, např. vidím hudbu)	206	23,1
nepříjemné vize a halucinace (např. hmyz, hadi, krev, křik...)	194	21,7
třes	192	21,5
cestování v čase a prostoru	190	21,3
pocity spiknutí druhých osob vůči vám	168	18,8
setkání s jinými nehmotnými „bytostmi"/„entitami"/„démony"	158	17,7
navracení traumatických zážitků/vzpomínek z minulosti	134	15,0
velké fyzické úsilí	115	12,9
pocity významnosti	106	11,9
sebevražedné myšlenky	85	9,5
prožitky jiných zkušeností, které nebyly vaše	59	6,6
prožitky traumatických událostí, které nebyly vaše	44	4,9
agresivní myšlenky či chování	37	4,1
jiné	80	9,0

Mezi pět nejčastěji reportovaných příčin takové zkušenosti patřilo vnitřní rozpoložení (47,6 %), vlastní účinek látky (43,9 %), příliš vysoká dávka (35,4 %), neadekvátní prostředí (34,3 %), případně nevyhovující set (32,3 %) – tabulka 29.

Tabulka 29: Možné příčiny vzniku a prožití nejnáročnější zkušenosti s halucinogeny (n = 867)

Příčina	n	%
vnitřní rozpoložení (set)	413	47,6
účinek užití látky jako takové	381	43,9
moc vysoká dávka	307	35,4
neadekvátní prostředí = setting (např. okolí, lidé, společnost)	297	34,3
nevyhovující psychické rozpoložení = set (např. emoční nestabilita)	280	32,3
neočekávaná situace	186	21,5
neznámé dávkování	161	18,6
aktuální psychické obtíže	147	17,0
kombinace psychedelik a konopí	145	16,7
neznámá kvalita látky	141	16,3
nepřítomnost průvodce psychedelickou zkušeností (sitter, léčitel, šaman, terapeut aj.)	122	14,1
kombinace psychedelik (kromě konopí) a jiných psychoaktivních látek	63	7,5
nedostatečná informovanost o účincích látky	60	6,9
kombinace psychedelik (kromě konopí) mezi sebou	53	6,1
ilegalita látek (zásah policejních složek, strach)	46	5,3
nedostupnost služeb a odborné podpory	42	4,8
reálné ohrožení života během zkušenosti	27	3,1
aktuální fyzické onemocnění (kontraindikace)	18	2,1
fyzické zranění během zkušenosti	12	1,4
jiná látka, než jsem si koupil nebo myslel, že užívám	12	1,4
neadekvátní zásah zdravotnických služeb (ambulance, medikace)	9	1,0
moc nízká dávka	6	0,7
nevím	23	2,7
jiné	63	7,3

Tabulka 30: Významnost nejnáročnější zkušenosti s psychedeliky u respondentů (n = 888)

Významnost zážitku	n	%
mezi 5 nejvýznamnějšími zážitky v životě	206	23,2
mezi 10 nejvýznamnějšími zážitky v životě	190	21,4
srovnatelný s jinými významnými zážitky, které se dějí průměrně jednou za rok	152	17,1
srovnatelný s jinými významnými zážitky, které se dějí průměrně jednou za 5 let	130	14,6
nejvýznamnější zážitek v životě	79	8,9
srovnatelný s jinými významnými zážitky, které se dějí průměrně jednou za měsíc	58	6,5
ne významnější než běžné, každodenní zážitky	25	2,8
podobně jako smysluplné zážitky, které se dějí v průměru jednou týdně nebo častěji	23	2,6
jiné	25	2,8

Inspirovali jsme se škálou hodnocení významnosti zkušeností z předešlých výzkumů a zeptali jsme se respondentů, jak moc významný pro ně tento zážitek byl. Pro 23,2 % osob tento prožitek patří mezi 5 nejvýznamnějších v životě. V širším pojetí by tedy 43,6 % respondentů tento zážitek řadilo mezi 10 nejvýznamnějších zážitků v životě – tabulka 30.

13.5.2 Jiná rizika pojící se s užitím psychedelik

V dotazníku jsme identifikovali možné další obtížné, rizikové či zdraví nebo život ohrožujících situace, které mohli respondenti v souvislosti s užitím psychedelik prožít. Z 1 333 respondentů nějakou takovou zkušenost prožilo celkem 22,6 % osob. Nejčastěji šlo o následné psychické obtíže (14,0 %), méně často serotoninový syndrom (3,6 %) či fyzické zranění během zkušenosti (2,9 %). Reportovány byly také případy neadekvátní intervence od průvodce zkušeností či odborníků v následné péči (1,7 %) a sexuální zneužití či obtěžování během zkušenosti (1,4 %) – tabulka 31. Respondenti, kteří zvolili i možnost kvalitativně popsat svoji zkušenost s neadekvátní intervencí, sdíleli škálu různých negativně vnímaných zážitků od jednání zdravotnického personálu v nemocnici po různé facilitátory/sittery.

Tabulka 31: Další prožité obtížné, rizikové či zdraví nebo život ohrožující situace související s užíváním halucinogenů (n = 1 326)

Typ obtížné, rizikové či zdraví nebo život ohrožujících situace	n	%
žádné další situace jsem neprožil/neprožila	1 032	77,4
následné psychické obtíže	186	14,0
serotoninový syndrom	48	3,6
fyzické zranění během zkušenosti	38	2,9
fyzické následky po zkušenosti	35	2,6
neadekvátní intervence od průvodce zkušeností či odborníků v následné péči	22	1,7
sexuální zneužití či obtěžování během zkušenosti	19	1,4
jiné	37	2,8

Pozn. „Serotoninový syndrom" byl definován jako „potenciálně život ohrožující stav způsobený nadměrně zvýšenou hladinou serotoninu v důsledku nepříznivé reakce na látky působící na nervový systém, která může nastat po aplikaci látek působících na nervový systém, jejich náhodné interakci nebo předávkováním".

Příklad sexuálního zneužití ilustruje následující popis jedné respondentky:

„Během několikátého ayahuascového sezení s šamanem v Ekvádoru mě šaman osahával. Ráno mi bylo velmi psychicky špatně a všichni tvrdili, že to bylo v pořádku, že se nic nestalo. Byla jsem daleko od domova, nikdo mi nevěřil, měla jsem pocit, že jsem se zbláznila. Vznik traumatu, který jsem řešila 6 let."

Jako nejčastější příčinu vzniku obtížných, nebezpečných nebo život ohrožujících situací respondenti uváděli příliš vysokou dávku (37,7 %), nevyhovující psychické rozpoložení (set) (33,7 %), nežádoucí účinek látky jako takové (27,6 %), neadekvátní prostředí (setting) (24,6 %), neznámé dávkování (20,9 %) či neznámou kvalitu látky (19,9 %) – tabulka 32.

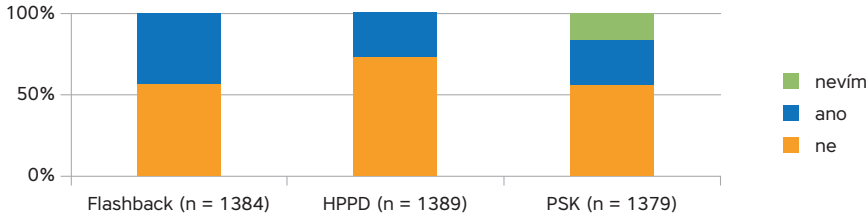
Tabulka 32: Možné příčiny vzniku obtížné, nebezpečné nebo život ohrožující situace (n = 296)

Příčina	n	%
moc vysoká dávka	112	37,7
nevyhovující psychické rozpoložení = set (např. emoční nestabilita)	100	33,7
nežádoucí účinek užití látky jako takové	82	27,6
neadekvátní prostředí = setting (např. okolí, lidé, společnost)	73	24,6
neznámé dávkování	62	20,9
neznámá kvalita látky	59	19,9
neočekávaná/nepředvídatelná situace	56	18,9
kombinace psychedelik a konopí	45	15,2
nedostatečná informovanost o účincích látky	34	11,4
nepřítomnost průvodce psychedelickou zkušeností (sitter, léčitel, šaman, terapeut aj.)	30	10,1
kombinace psychedelik (kromě konopí) a jiných psychoaktivních látek	29	9,8
nedostupnost služeb a odborné podpory	25	8,4
kombinace psychedelik (kromě konopí) mezi sebou	19	6,4
ilegalita látek (zásah policejních složek; strach)	16	5,4
jiná látka, než jsem si koupil nebo myslel, že užívám	12	4,0
zdravotní kontraindikace (předchozí zdravotní obtíže)	12	4,0
neadekvátní zásah zdravotnických služeb (ambulance; medikace)	5	1,7
moc nízká dávka	2	0,7
nevím	16	5,4
jiné	28	9,4

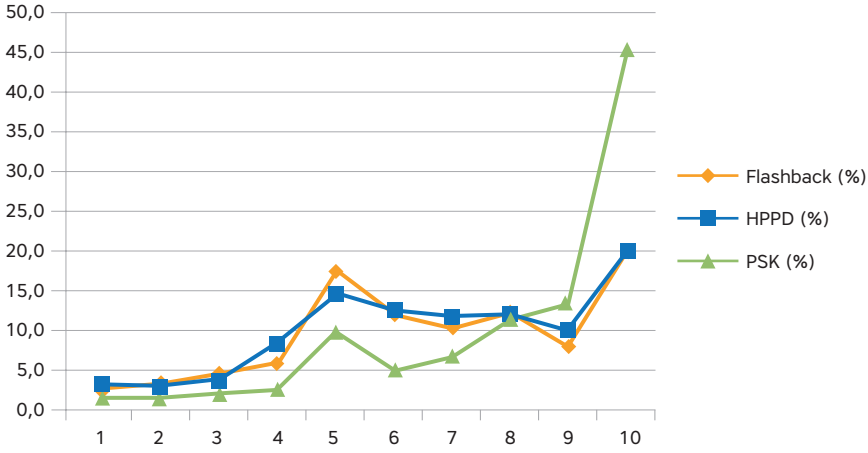
13.5.3 Flashbacky, HPPD a psychospirituální krize (PSK)

Zkušenost s flashbacky (definovány jako *„krátkodobý návrat stavu jako po požití látky či prožitek emocí spojených s traumatickým zážitkem při intoxikaci"*) uvedlo 43,4 % respondentů, s HPPD (definováno jako *„přetrvávající porucha vnímání po užití halucinogenu, která se většinou projevuje jako geometrické vizuální halucinace, falešné vnímání pohybu v periferiích zorného pole, záblesky barev, intenzivnější barvy, stopy pohybujících se objektů, pozitivní paobrazy, světelné kruhy kolem předmětů atp. Jde o déletrvající návrat prožitků zkušenosti s halucinogeny bez užití látek"*) 26,6 % uživatelů a s PSK (definováno jako *„epizody neobvyklých zážitků, které mohou nastat později po užití halucinogenů a zahrnují změny ve vědomí a ve vnímání, emocionálním, kognitivním a psychosomatickém fungování, u nichž je typický transpersonální přesah. Prožitky mohou mít podobu např. zážitku smrti či znovuzrození, mytologických a archetypálních jevů, minulých inkarnačních vzpomínek, mimotělních zážitků, výskytu synchronicit nebo mimosmyslového charakteru vnímání, stavů mystického spojení, identifikace s kosmickým vědomím"*) 27,5 % osob – graf 8. Většina respondentů tyto prožitky zpětně hodnotila převážně pozitivně, kdy na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní) bylo průměrné hodnocení zkušenosti s flashbackem i HPPD 6,7 a s PSK dokonce 8,1 bodu – graf 9 a tabulka 33.

Graf 8: Poměr respondentů, kteří uvedli zkušenost s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí (PSK)



Graf 9: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní)



Tabulka 33: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní)

Negativní až pozitivní (1–10)	Flashback (n = 585)		HPPD (n = 356)		PSK (n = 379)	
	n	%	n	%	n	%
1	15	2,6	12	3,4	6	1,6
2	20	3,4	11	3,1	6	1,6
3	27	4,6	14	3,9	8	2,1
4	35	6,0	30	8,4	10	2,7
5	103	17,6	52	14,6	37	9,9
6	71	12,1	45	12,6	19	5,1
7	61	10,4	42	11,8	25	6,7
8	71	12,1	43	12,1	43	11,5
9	47	8,0	36	10,1	50	13,4
10	117	20,0	71	19,9	170	45,6

13.6 Mikrodávkování

V našem dotazníku jsme položili 8 podotázek souvisejících s mikrodávkováním psychedelik. Z 1 412 respondentů, kteří tuto sekci vyplnili, užilo psychedelika formou mikrodávkování 33,1 %. Nejčastěji takto užité látky byly LSD (58,3 %), lysohlávky (psilocybin) (50,6 %) a konopí (31,3 %). Zcela zřídka pak ketamin, extáze, konopné

Tabulka 34: Užití psychedelik formou mikrodávkování (n = 453)

Látka/látky	n	%
LSD	264	58,3
lysohlávky (psilocybin)	229	50,6
konopí nebo hašiš	142	31,3
MDMA (krystaly)	50	11,0
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	30	6,6
extáze (tablety)	20	4,4
ketamin	10	2,2
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	10	2,2
syntetické/čisté DMT	8	1,8
changa	5	1,1
2C-B	5	1,1
iboga/ibogain	5	1,1
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	5	1,1
halucinogenní kaktusy (mezkalin, peyotl)	4	0,9
sekret z žáby *Bufo alvarius*	3	0,7
MDA	3	0,7
LSA/havajská růže	3	0,7
muchomůrka červená	3	0,7
harmaliny/MAO inhibitory (např. *Paeganum harmala*)	3	0,7
ayahuasca	1	0,2
syntetické/čisté 5-MeO-DMT	1	0,2
GHB/GHA	1	0,2
muškátový oříšek	1	0,2
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiná syntetické psychedelika)	17	3,8

Tabulka 35: Motivace k mikrodávkování psychedelik (n = 450)

Motivace	n	%
zvědavost	279	62,0
zvýšení kreativity	244	54,2
zvýšení produktivity	199	44,2
možné zlepšení psychických potíží	178	39,6
potřeba seznámit se s látkou před užitím vyšší dávky	95	21,1
možné zlepšení fyzické kondice	62	13,8
strach z užití vyšší dávky	45	10,0
zbavení se závislosti	33	7,3
jiné	56	12,4

extrakty a MDMA, (2,2–11 %) a téměř vůbec ayahuasca (0,2 %). Zastoupení látek od osob, které uvedly konkrétní látku, ukazuje tabulka 34. Chybějící látky nebyly žádným respondentem vybrány.

Nejčastěji udávanými motivacemi k užití daných látek ve formě mikrodávky byly zvědavost (62,0 %), zvýšení kreativity (54,2 %) a produktivity (44,2 %) či možné zlepšení psychických potíží (39,6 %) – tabulka 35.

Většina respondentů mikrodávkovala nepravidelně (57,9 %), nebo pravidelně maximálně 1 měsíc (22,5 %), případně po dobu 1–3 měsíců (12,7 %), nebo pravidelně déle než 3 měsíce (6,9 %) – tabulka 36. Podobně většina respondentů uvedla, že na ně mikrodávkování během užívání mělo pozitivní dopady (84,0 %).

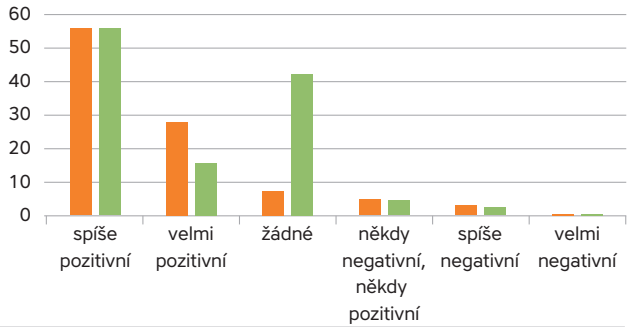
Až 84,0 % osob dopady mikrodávkování během užívání hodnotilo pozitivně. Po ukončení užívání však 42,4 % osob neuvádělo žádné dopady nebo je hodnotilo jako pozitivní (50,4 %) – graf 10.

Komplikace či nepříjemné stavy během či po skončení mikrodávkování nezažilo 84,2 % respondentů. Nějaké potíže pozorovalo 15,8 % osob, uváděly převážně psychické obtíže. Následující tabulka 37 uvádí pouze látky, které byly v souvislosti s pozorovanými obtížemi (psychickými či fyzickými) uváděny.

Tabulka 36: Frekvence mikrodávkování psychedelik (n = 449)

Frekvence	n	%
nepravidelně	260	57,9
pravidelně max. 1 měsíc	101	22,5
pravidelně po dobu 1–3 měsíců	57	12,7
pravidelně déle než 3 měsíce	31	6,9

Graf 10: Hodnocení dopadů mikrodávkování psychedelik během (n = 450) a po skončení (n = 448) užívání



	spíše pozitivní	velmi pozitivní	žádné	někdy negativní, někdy pozitivní	spíše negativní	velmi negativní
hodnocení dopadů během užívání v % (n = 450)	56	28	7,3	5,1	3,1	0,4
hodnocení dopadů po skončení užívání v % (n = 448)	34,6	15,8	42,4	4,5	2,2	0,4

Tabulka 37: Komplikace spojené s mikrodávkováním psychedelik (n = 450)

Látka/látky	n	Psychické obtíže %	Fyzické obtíže %
LSD	36	86,1	16,7
lysohlávky (psilocybin)	24	62,5	45,8
konopí nebo hašiš	23	73,9	34,8
MDMA (krystaly)	5	60,0	40,0
extáze (tablety)	4	100,0	0,0
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	3	66,7	33,3
iboga/ibogain	3	66,7	66,7
syntetické/čisté 5-MeO-DMT	1	0,0	100,0
sekret z žáby *Bufo alvarius*	1	100,0	100,0
LSA/havajská růže	1	100,0	0,0

13.7 Postoje k regulaci a užívání psychedelik

13.7.1 Postoje k legislativnímu postavení klasických psychedelik

Pouze 6,1 % zúčastněných se vyjádřilo, že podle jejich názoru je současný stav legislativy týkající se klasických psychedelik (konkrétně těchto látek: lysohlávky, psilocybin, LSD, ayahuasca, changa, 5-MeO DMT, DMT, sekret z *Bufo alvarius*, halucinogenní kaktusy, mezkalin, yopo, vilca, akácie, 2-CB) vyhovující.

Tabulka 38: Názor respondentů na dostupnost a legální ukotvení klasických psychedelik (n = 1 380)

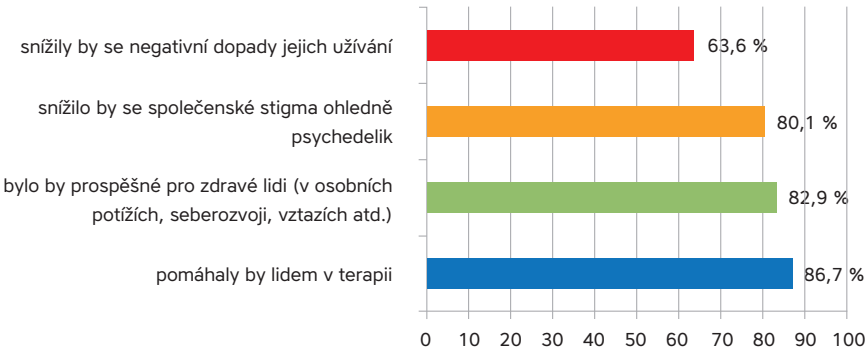
Klasická pychedelika by měla být...	n	%
dostupnější v rámci vedených rituálů školených a registrovaných sitterů	698	50,6
dostupnější v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli, šamany	586	42,5
dostupnější, ale výhradně v ordinaci / pod dozorem odborníka na duševní zdraví (např. lékaře, psychologa, psychoterapeuta)	476	34,5
dostupnější, měla by být možnost získat licenci na nákup těchto látek	390	28,3
dostupnější v lékárně na volný prodej po konzultaci	282	20,4
dostupnější podobně jako alkohol/tabák	261	18,9
dostupnější v lékárně na recept	225	16,3
neměla by být dostupnější, stávající stav je vyhovující	84	6,1
neměla by být dostupnější, legislativa a její vymáhání by mělo být přísnější	16	1,2
nevím	30	2,2
jiné	64	4,6

Podle 85,9 % respondentů by tyto látky měly být dostupnější, byli nespokojeni se současným legislativním ukotvením klasických psychedelik a zmírnili by jej. Někteří respondenti byli pro naprostou dekriminalizaci a někteří z respondentů, kteří zvolili specifikující odpověď, se vyjádřili, že by současný stav legislativy zmírnili, nicméně

nevědí, jakým způsobem by tak šlo učinit. Že legislativa a její vymáhání by měly být přísnější, uvedlo 1,2 % respondentů – tabulka 38. Mezi specifickými odpověďmi se nejčastěji vyskytovala možnost dekriminalizace s nějakou formou regulace – od rozsáhlého proškolení přes předávání informací před nákupem, prodej/výdej přes certifikované prodejce/výdejce či pečlivý dohled nad věkem či psychickým stavem kupujícího.

Navazovala rozšiřující otázka mapující názory na efekty zpřístupnění psychedelik. Podle 86,7 % respondentů by klasická psychedelika mohla být nápomocná lidem v terapii, 82,9 % označilo názor, že by jejich zpřístupnění prospělo zdravým lidem v různých oblastech a podle 80,1 % by se snížilo společenské stigma ohledně psychedelik – graf 11.

Graf 11: Pozitivní potenciální efekty zpřístupnění klasických psychedelik na základě názorů respondentů (n = 1 244)

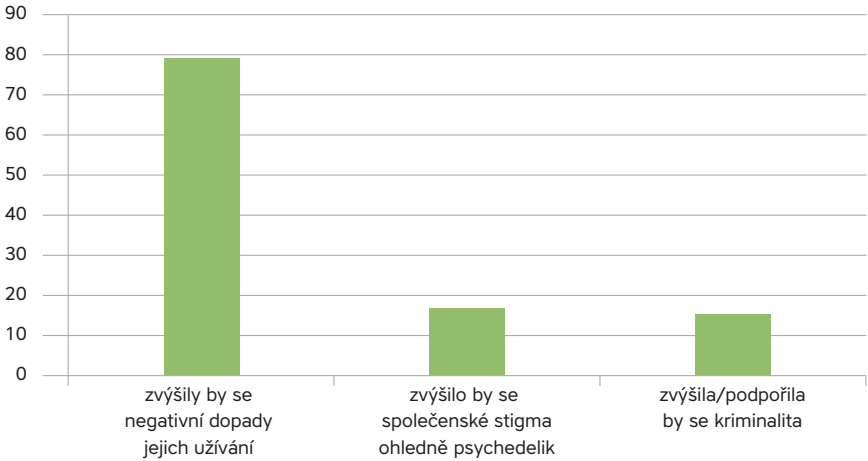


Pozn.: Do grafu nebyla zahrnuta kategorie „jiné“ (tj. n = 100; 8,0 %).

Z 1 244 respondentů 8 % zvolilo možnost vlastního vyjádření k tomuto tématu. Mezi názory se často objevovala domněnka, že by zmírnění legislativy vedlo k větší čistotě látek a že by uživatelé měli jistotu v tom, jakou látku užívají. Mnoho respondentů se vyjádřilo, že by legalizace/dekriminalizace mohla vést k refinancování drogové politiky z restriktivních opatření směrem k preventivním a léčebným. Někteří argumentovali tím, že restriktivní drogová politika je historicky neúčinná. Velká část vyplňujících se vyjadřovala k tomu, že by lidé měli mít možnost svobodně se rozhodnout o změně stavu svého vědomí za použití psychedelik. Část vyplňujících se domnívá, že by dostupnější psychedelika vedla k celkové pozitivní změně ve světě. Mnoho respondentů se také vyjádřilo k současnému stavu poznání, že psychedelika mají potenciál v léčbě mnoha psychických poruch, a měla by proto být dostupnější. Část respondentů se vyjádřila k nepoměru regulovaného trhu alkoholu a tabáku v porovnání s legislativními restrikcemi uvalenými na nakládání s psychedeliky.

K potenciálním negativním dopadům zmírnění regulace psychedelik se vyjádřilo 91 respondentů. Většina (79,1 %) si myslí, že by se zvýšily negativní dopady jejich užívání – graf 12. Slovně vlastní názory vyjádřilo 13 % respondentů, a to např. „Některým lidem to nepatří do ruky“, „Ničí to vztahy a hodnotu vlastního života“, „Společnost na to není připravená“, „Psychedelika nejsou pro všechny, a kdo chce, cestu si najde“ anebo „Nevidím přínos v užívání mimo jejich tradiční kulturu, změněných stavů vědomí lze dosáhnout i bez užívání jakýchkoli látek, tak nevidím důvod, proč je konzumovat“.

Graf 12: Negativní potenciální efekty zpřístupnění klasických psychedelik na základě názorů respondentů (n = 91)



Pozn.: Do grafu nebyla zahrnuta kategorie „jiné“ (tj. n = 12; 13,2 %).

13.7.2 Postoje k legislativnímu postavení konopí

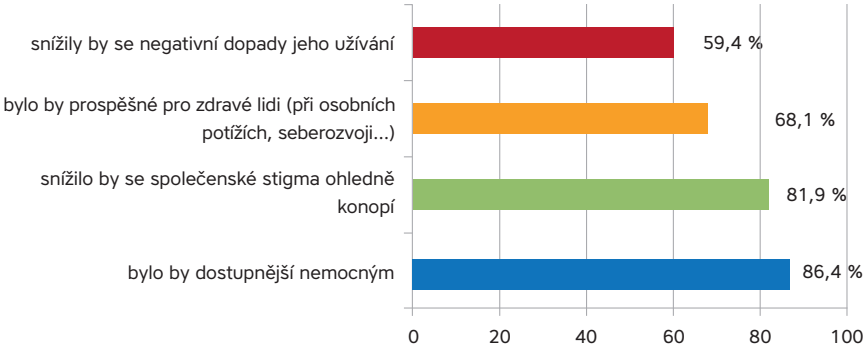
Respondenti měli příležitost vyjádřit se k současnému stavu legislativy týkající se i konopí. Pouze 3,8 % zúčastněných se vyjádřilo, že podle jejich názoru je současný stav legislativy, která pojednává o konopí, vyhovující. Minimálně 88,5 % respondentů bylo nespokojených se současným legislativním ukotvením konopí a zmírnilo by ji. Někteří respondenti hlasovali pro naprostou dekriminalizaci a někteří z vyplňujících, kteří zvolili specifikující odpověď, se vyjádřili, že by současný stav legislativy zmírnili, nicméně nevědí, jakým způsobem by tak šlo učinit. 0,7 % si myslí, že legislativa a její vymáhání by měly být přísnější – tabulka 39. Mezi specifickými odpověďmi se nejčastěji vyskytovala možnost úplné legalizace konopí pro léčebné účely, možnost jeho vybrání v lékárně na předpis nebo zpřístupnění s větší mírou „informační kampaně“ o rizicích a nežádoucích účincích.

Tabulka 39: Názor uživatelů konopí na jeho dostupnost a legální ukotvení (n = 1 383)

Konopí by mělo být	n	%
dostupnější, mělo by být umožněno samopěstování	959	69,3
dostupnější podobně jako alkohol/tabák	745	53,9
dostupnější, měly by být dostupné tzv. společenské kluby konopí (social cannabis clubs)	577	41,7
dostupnější v lékárně na volný prodej po konzultaci	402	29,1
dostupnější v rámci vedených sezení školenými a registrovanými sittery/facilitátory	243	17,6
dostupnější v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli	232	16,8
nemělo by být dostupnější, stávající stav je vyhovující	52	3,8
nemělo by být dostupnější, legislativa a její vymáhání by měly být přísnější	9	0,7
nevím	51	3,7
jiné	45	3,3

Jako možné benefity zmírnění regulace konopí zmiňovali respondenti nejčastěji lepší dostupnost konopí nemocným (86,4 %) a snížení společenského stigmatu ohledně konopí (81,9 %) – graf 13.

Graf 13: Pozitivní potenciální efekty zvýšení dostupnosti konopí na základě názorů respondentů (n = 1 260)



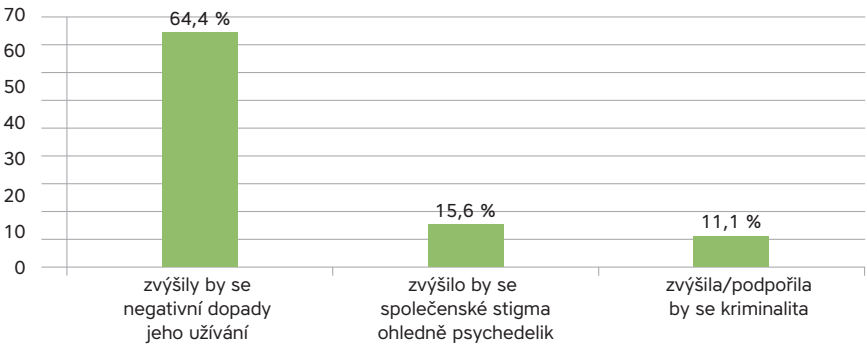
Pozn.: Do grafu nebyla zahrnuta kategorie „jiné" (tj. n = 104; 8,2 %).

Další benefity specifikovalo v odpovědi „jiné" 8,2 % respondentů, nejčastěji to byly výroky související s omezením/pádem regulací černého trhu, s daňovým potenciálem pro stát, výroky narážející na nepoměr v regulaci alkoholu a tabáku vs. konopí (např. „Konopí je mnohem mírnější a bezpečnější látka než alkohol. Tabák má prokazatelně více negativních zdravotních dopadů. Absolutně tomu nerozumím.").

Čtyřicet pět respondentů však popsalo i potenciální negativní efekty zpřístupnění konopí, 64,4 % z nich si myslí, že by se zvýšily negativní dopady užívání konopí – graf 14. Dvanáct osob vyjádřilo slovně vlastní názory, mezi které patřily výroky jako „Je to v pořádku tak, jak to je, kdo chce, si konopí opatří", „Myslím si že právě marihuana je nejhorší ze všech drog právě proto, že je to ‚lehká' droga a všichni se pak přehulují a podobně", „Opět, v ČR pro legalizaci ještě není vytvořené to správné zázemí".

Tyto citáty mohou sloužit pro ilustraci smýšlení samotných uživatelů.

Graf 14: Negativní potenciální efekty zpřístupnění konopí na základě názorů respondentů (n = 45)



Pozn.: Do grafu nebyla zahrnuta kategorie „jiné" (tj. n = 12; 26,7 %).

13.7.3 Subjektivně vnímaná rizikovost psychedelik

Poslední z otázek v názorové sekci našich respondentů se zaměřila na jejich vnímání míry rizikového potenciálu, který se s užíváním psychedelik může pojit. Jejich odpovědi na otázku, jak velké je podle jejich názoru riziko, že si lidé uškodí, pokud užívají psychedelika pravidelně (s frekvencí 1–2× měsíčně), shrnuje tabulka 40.

Tabulka 40: Míra rizika při užívání níže uvedených látek 1–2× měsíčně (názor respondentů) (n = 1 311–1 383 podle látky; celkové n = 1 393)

Látka/látky	Velmi nízké %	Nízké %	Středně vysoké %	Vysoké riziko (%)	Smrtelné nebezpečí (%)	Nevím (%)
lysohlávky/psilocybin	26,8	36,8	17,3	5,4	0,4	13,3
LSD	20,9	36,5	19,8	9,5	0,6	12,8
ayahuasca	11,7	16,9	13,7	8,9	1,0	47,9
halucinogenní kaktusy / mezkalin	10,0	14,3	13,2	7,8	0,5	54,2
konopí	48,4	33,5	11,6	2,2	0,1	4,1
sekret z *Bufo Alvarius* / 5-MeO-DMT	4,6	8,2	10,8	9,4	1,7	65,3
ketamin	2,8	10,6	20,3	15,6	2,9	47,9
extáze	5,2	19,7	31,7	23,4	2,7	17,2
MDMA	6,8	24,0	27,8	17,3	1,4	22,7
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	7,4	15,2	11,8	8,1	1,2	56,3
iboga (ibogain)	3,7	6,2	6,3	5,0	0,8	78,0

Obecně nízká rizika respondenti většinou vnímali u LSD (57,4 %), lysohlávek (63,6 %) a konopí (81,9 %). Vnímání středně vysokého rizika převažovalo zejména u MDMA a extáze (27,8 a 31,7 %) a k ayahuasce a ketaminu se respondenti spíše nedovedli vyjádřit (shodně 47,9 %).

13.8 Informovanost a zkušenosti uživatelů psychedelik s pomáhajícími službami

V následující části přinášíme opět výsledky z NPV, kde jsme se zabývali především informovaností uživatelů psychedelik o možnostech specializované pomoci a podpory. Otázky směřovaly na jejich vlastní zkušenosti s vyhledáním nějakého druhu podpory, osobní pohled na současnu situaci v ČR a preference konkrétních služeb, které by měli zájem využívat.

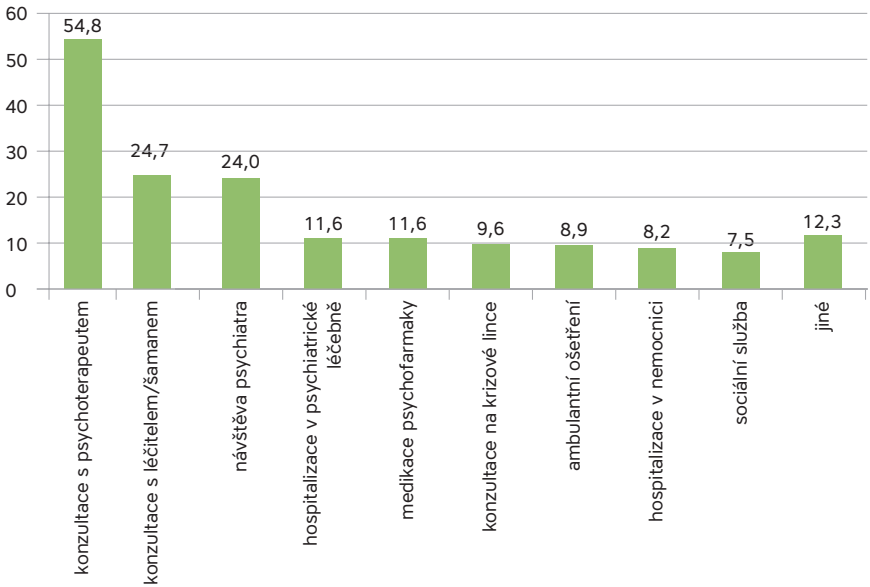
Z celého souboru si 13,5 % respondentů myslí, že v ČR je dostupná dostatečná pomoc a podpora pro uživatele psychedelik (vč. jednorázové zkušenosti), 48,8 % respondentů považuje v současnosti dostupnou pomoc za nedostatečnou a 37,7 % označilo odpověď „nevím“.

Většina (76,5 %) respondentů nevyhledala odbornou pomoc během či po jejich zkušenosti s psychedeliky, protože ji nepotřebovali pro sebe ani pro nikoho jiného,

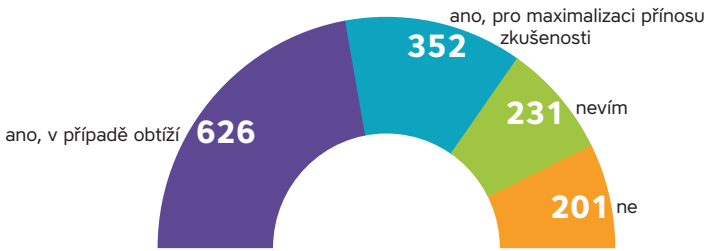
a 8,3 % takovou službu nevyhledalo záměrně, ačkoliv ji potřebovali. Zbylí respondenti odbornou pomoc vyhledali pro sebe (8,3 %) či pro známé (3,4 %) nebo takovou službu využít chtěli pro sebe nebo pro někoho jiného, ale nebylo to v jejich finančních možnostech (0,7 %) či požadovaná služba nebyla dostupná (6,4 %). Někteří respondenti vypověděli, že by v minulosti ocenili službu, která by pomohla v průběhu či po skončení psychedelického prožitku jim či jejich známým, ale nevěděli, na jakou službu se obrátit, nenapadlo je to nebo nevěděli, že služby tohoto typu existují.

Způsoby odborné pomoci se u participantů, kteří ji využili (tj. n = 146), lišily. Jak ukazuje graf 15, respondenti nejčastěji využili konzultace s psychoterapeutem (54,8 %), s léčitelem/šamanem (24,7 %) nebo návštěvy psychiatra (24 %). Následovala hospitalizace v psychiatrické léčebně (11,6 %), medikace psychofarmaky (11,6 %), konzultace na krizové lince (9,6 %), ambulantní ošetření (8,9 %), hospitalizace v nemocnici (8,2 %) či sociální služba (7,5 %). Jako „jiné" uživatelé nejčastěji uváděli harm-reduction služby na hudebních akcích.

Graf 15: Typy odborné pomoci využité uživateli psychedelik (n = 146) v %



Graf 16: Názor respondentů na to, jestli a jakým způsobem by využívali specializované služby pro uživatele psychedelik (n = 1 410)



Polovina (47,9 %) respondentů uvedla, že neví, kam se obrátit, když oni nebo někdo v jejich okolí zažívá psychické či fyzické potíže související s užitím psychedelik. Více než dvě třetiny (69,3 %) respondentů se vyjádřily, že by měli zájem o využívání specializovaných služeb pro uživatele psychedelik. Z nich by je 44,5 % využívalo v případě obtíží, 24,8 % pro maximalizaci přínosu zkušenosti, 16,5 % zvolilo možnost „nevím" – graf 16.

13.8.1 Specializované služby pro uživatele psychedelik

Z těch, kteří by měli zájem o využívání specializovaných služeb (n = 962), nejvíce participantů vypovědělo, že by ocenili existenci české online encyklopedie psychedelik (60,1 %), psychoterapeutického centra (57,4 %), online poradenství (53,6%), katalogu organizací/odborníků poskytujících péči (53,6 %), informačních videí (50,4 %), osobní služby sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti (43,7 %), komunitní centrum se vzdělávacím programem (41,6 %), místnost/prostor pro bezpečné projití psychedelickou zkušeností (40,2 %) – tabulka 41.

Tabulka 41: Preferované typy specializovaných služeb podle respondentů (n = 962)

Služba	n	%
česká online encyklopedie psychedelik	578	60,1
psychoterapeutické centrum	552	57,4
katalog organizací/odborníků poskytujících péči	516	53,6
online poradenství	516	53,6
videa o těchto látkách a jejich bezpečnosti	485	50,4
osobní služba sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti	420	43,7
komunitní centrum se vzdělávacím programem	400	41,6
místnost/prostor pro bezpečné projití psychedelickou zkušeností	387	40,2
anonymní telefonická linka pro dotazy	372	38,7
online krizová linka	350	36,4
možnost vstupního vyšetření (psychologického a fyzického)	338	35,1
rekreační pobyt	334	34,7
integrační skupiny	305	31,7
setkání anonymních uživatelů halucinogenů / podpůrná skupina	306	31,6
nízkoprahové centrum pro uživatele	305	31,5
telefonická linka	225	23,2
lůžkové zařízení pro integraci zážitku	208	21,5

13.8.2 Testování čistoty látek

Pravděpodobně nejvíce žádanou službou, která v České republice úplně chybí, je testování donesených omamných a psychotropních látek, kterému jsme věnovali zvláštní sekci. Je zřejmé, že znalost látky a jejích účinků patří mezi základní předpoklady prevence náročných psychedelických zkušeností, předávkování a jiných komplikací, které mohou vést k poškození zdraví. Většina (71,8 %) ze 1 396 respondentů uvedla, že si čistotu nebo složení látky neověřují, 28,1 % si čistotu látky ověřovala, z toho 13,3 % občas, 7,9 % často a 6,9 % vždy. Většina (66,0 %) uživatelů ani neznala možnosti testování obsahu účinných látek. Z těch, kteří tyto možnosti znali (n = 475), je využilo 26,9 % respondentů.

Z 1 401 respondentů 61,0 % v průzkumu uvedlo, že by si obsah účinných látek a jejich čistotu před užitím ověřovali vždy, 33,7 % by si tyto informace ověřovalo jen někdy a pouze 5,3 % by této služby nevyužilo. 93,8 % z 1 400 respondentů by uvítalo, kdyby kvalita jimi užívaných látek byla ověřena a deklarována.

Tabulka 42: Povědomí respondentů o službách relevantních pro uživatele psychedelik aktuálně dostupných v ČR (n = 1 381)

Služba	Popis služby	Počet respondentů, kteří službu znají	
		n	%
Drop in	středisko prevence a léčby drogových závislostí zaměřující se na poskytování zdravotnických a sociálních služeb, především uživatelům nealkoholových drog, jejich rodinám a blízkým	775	56,1
Psycare	zdarma poskytovaná služba v prostředí hudebních festivalů, která napomáhá bezpečnému projití náročnou psychedelickou zkušeností	621	45,0
Sananim	nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem ohroženým drogami a jejich blízkým, poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace	377	27,3
síť odborníků na webu České psychedelické společnosti	síť odborníků pro integraci náročné psychedelické zkušenosti	375	27,2
Podané ruce	pomáhají lidem osvobodit se od závislosti anebo od tíživé situace, která jim zabraňuje žít plnohodnotný život a zapojit se do života společnosti pomocí všestranné podpory a profesionální služby v oblastech prevence a léčby návykového chování, programů pro děti a mládež a duševního zdraví	297	21,5
RIAPS	zdravotnické zařízení poskytující péči plnoletým lidem, u nichž je v důsledku náročné životní situace ohroženo jejich duševní zdraví; používané metody jsou především krizová intervence, individuální a skupinová psychoterapie, relaxační techniky a jiná práce s tělem, farmakoterapie	281	20,3
Holos centrum	mezinárodní transpersonální centrum, jehož posláním je pečovat o duševní zdraví lidí při uplatňování celostního přístupu k životu, vědecky rozvíjet a prosazovat metody transpersonální psychologie a holistické medicíny	263	19,0
Diabasis	organizace zaměřená na informování veřejnosti o problematice psychospirituální krize a poskytování odborné pomoci těm, kteří jí procházejí nebo prošli, odborná pomoc při zpracování těžkého psychedelického zážitku	209	15,1

Tabulka 42: Povědomí respondentů o službách relevantních pro uživatele psychedelik aktuálně dostupných v ČR (n = 1 381) *(pokračování)*

Služba	Popis služby	Počet respondentů, kteří službu znají	
		n	%
Program Hard and Smart (Podané ruce)	preventivní a intervenční činnost společnosti Podané ruce v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy	107	7,7
Progressive	odborné služby v oblasti diagnostiky, metodické podpory a poradenství osobám ohroženým užíváním návykových látek formou specifických a inovativních programů v oblasti harm reduction	62	4,5
PSYON	psychedelická klinika, která sdružuje skupinu terapeutů, kteří nabízí psychoterapeutické konzultace v širokém spektru různých životních situací a obtíží a služby se specializací na klinickou problematiku psychedelik	43	3,1
Skupiny psychedelické integrace*	pravidelná skupinová setkání určená širokému spektru zájemců o integraci své psychedelické zkušenosti, získané v jakémkoliv kontextu v prostorách Mindfulness Clubu v Praze pod záštitou organizací DIABASIS & Beyond Psychedelics	18	1,3
neznám žádnou		256	18,5
jiné		22	1,6

Pozn.: * Skupiny psychedelické integrace vznikly až po spuštění průzkumu a byly tak přidány později.

13.8.3 Stávající služby v ČR

Oblast povědomí o službách aktuálně dostupných v ČR ukazuje tabulka 42. Je zřejmé, že mezi uživateli jsou nejznámější služby Drop in a Psycare.

V souvislosti s užitím psychedelik však některou z výše uvedených služeb využilo jen 12,9 % z 1 064 respondentů, nejčastěji šlo o harm reduction služby Psycare (3,4 %) a Program Hard and Smart (2,3 %). Méně než 2 % uživatelů využilo ještě také služby Sananim, Diabasis, Síť odborníků webu České psychedelické společnosti, Drop in, Holos centrum, RIAPS a Podané ruce. Celkovou spokojenost respondentů, kteří měli s těmito službami zkušenosti, uvádí tabulka 43.

13.8.4 Společenské kluby konopí

Průzkum zkoumal také otázku, zda by uživatelé měli zájem o zavedení a využívání tzv. společenských klubů konopí (angl. cannabis social clubs, CSC). V zahraničí fungují jako transparentní neziskové organizace, jejichž plnoletí členové legálně společně pěstují v kontrolovaných podmínkách konopí, nebo své právo k pěstování delegují na jiné členy klubu. Vypěstované konopí, které je testováno na obsah účinných látek a obsah případných škodlivin, je následně distribuováno mezi členy klubu na základě jejich individuálních potřeb. V klubu je dostupný bezpečný prostor k užívání látky, poradenství v případě potíží a informace i kontakty na odborníky pro nemocné, kteří vyhledávají léčebné konopí.

Tabulka 43: Míra spokojenosti se specializovanými služby podle vlastních zkušeností respondentů (n = 35)

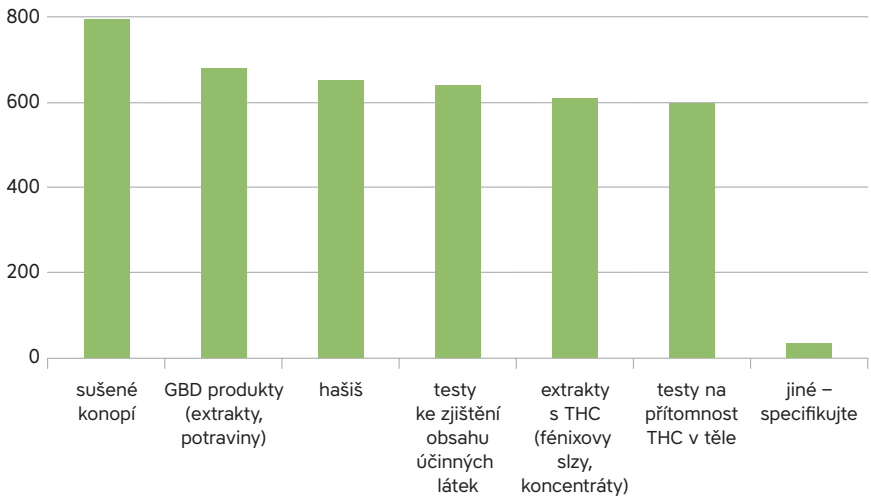
Služba	n %	Velmi spokojeni %	Spíše spokojeni %	Spíše nespokojeni %	Velmi nespokojeni %
Psycare	35	82,9	17,1	0	0
Diabasis	14	78,6	21,4	0	0
Síť odborníků na webu CZEPS	14	64,3	28,6	7,1	0
Holos centrum	12	58,3	41,7	0	0
Podané ruce	7	85,7	14,3	0	0
RIAPS	11	54,5	9,1	27,3	9,1
Drop in	13	30,8	46,2	7,7	15,4
Progressive	0	0	0	0	0
Program Hard and Smart	25	60,0	40,0	0	0
Sananim	18	44,4	38,9	5,6	11,1
jiné, specifikujte	17	52,9	29,4	0	17,6

Pozn.: CZEPS – Česká psychedelická společnost.

Z 1 311 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, by 63,3 % (tj. n = 830) tyto společenské kluby konopí uvítalo. Z nich by podle 96,6 % respondentů měly CSC v rámci produktů nabízet sušené konopí, CBD produkty (82,4 %) aj. – graf 17. Pokud jde o služby, které by CSC měly nabízet, nejčastěji respondenti označili testování obsahu účinných látek (81,5 %), poradenství ohledně vhodných odrůd (81,0 %), bezpečné prostředí k užívání (79,0 %), možnost společného pěstování konopí (78,5 %) aj. – tabulka 44.

Většina respondentů (69,9 %) by měla zájem i o využívání tohoto typu společenských klubů, ale pro klasické psychedelické látky.

Graf 17: Produkty, které by měly na základě názorů respondentů nabízet společenské kluby konopí (n = 826)



Tabulka 44: Služby, které by měly na základě názorů respondentů nabízet společenské kluby konopí (n = 821)

Služba	n	%
testování obsahu účinných látek	674	81,5
poradenství ohledně vhodných odrůd	670	81,0
bezpečné prostředí k užívání	653	79,0
společné pěstování konopí	649	78,5
legální poradenství	613	74,1
vaporizéry (zařízení k bezpečnějšímu užívání inhalací)	607	73,4
komunitní aktivity (sportovní či relaxační aktivity – meditace, jóga apod.)	591	71,5
testování přítomnosti konopí v těle	558	67,5
distribuce informačních materiálů	547	66,1
služby psychoterapeuta	458	55,4
služby průvodce konopnou zkušeností	446	53,9
služby lékaře předepisujícího konopí	416	50,3
jiné	11	1,3

13.8.5 Kompetence a vzdělání odborníků ve službách pro uživatele psychedelik

V poslední části této sekce jsme se respondentů ptali, jaké kompetence by podle nich měl mít odborník v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik a jaké během samotné zkušenosti. Nejčastěji byla uváděna vlastní psychedelická zkušenost (83,5 % a 80,9 %) a zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností (67,2 % a 73,5 %), specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik (63,8 % a 60 %). Dále byly uváděny tradičnější kompetence, jako jsou psychoterapeutické vzdělání (61,5 % a 51,9 %) nebo kurz první pomoci (58,1 % a 69,4 %) – tabulka 45.

Tabulka 45: Kompetence odborníka v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik (n = 1 379) a během samotné zkušenosti s psychedeliky (n = 1 341)

Kompetence	V přípravné a následné péči		Během samotné zkušenosti	
	n	%	n	%
vlastní psychedelická zkušenost	1 152	83,5	1 085	80,9
zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností	927	67,2	986	73,5
specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik	880	63,8	804	60
psychoterapeutické vzdělání	848	61,5	696	51,9
kurz první pomoci	801	58,1	930	69,4
vlastní zkušenost se změněnými stavy vědomí (nelátková)	782	56,7	711	53
základy krizové intervence	761	55,2	789	58,8
psychologické vzdělání	542	39,3	451	33,6
zkušenost se šamanskými technikami	369	26,8	448	33,4
zdravotnické vzdělání (zdravotnický asistent)	293	21,2	279	20,8
zdravotnické vzdělání (lékař)	244	17,7	200	14,9
zdravotnické vzdělání (farmaceut)	201	14,6	139	10,4
jiné	23	1,7	21	1,6

>14

Kapitola 14

Zkušenosti a postoje pracovníků pomáhajících profesích: průřezová studie

R. Kočárová, F. Kňažek, B. Bláhová, M. Plevková, K. Klobušníková, Z. Postránecká

V následující části jsou prezentovány výsledky ze druhého online dotazníkového šetření mezi pracovníky pomáhajících profesí, tj. poskytovatelů adiktologických, sociálních, zdravotnických, psychologických a terapeutických služeb (n = 59–65) na jejich zkušenosti s uživateli psychedelik, postoje a názory na stávající i žádoucí podobu služeb a legislativní situace a na jejich vlastní zkušenosti s psychedeliky.

14.1 Metoda

Průzkum probíhal v období leden–březen 2020. Dotazník obsahoval 99 otázek a kompletně ho vyplnilo 65 respondentů. Podmínky zahrnovaly minimální věk 18 let a zaměstnání ve stávajících sociálních, zdravotních a psychoterapeutických službách v České republice. Pod tyto služby spadají drogové a adiktologické služby, služby péče o duševní zdraví i další zdravotní, psychologické, psychoterapeutické služby aj. Pozvánka k účasti ve výzkumu byla rozeslána celkem na 291 e-mailových adres. Tyto adresy byly získány vyhledáváním v internetových prohlížečích a zahrnovaly jak různé služby, tak jednotlivé poskytovatele péče jako např. terapeuty v soukromých praxích. Dotazník byl vyplňován anonymně, zodpovězení každé z otázek nebylo povinné a bylo na rozhodnutí respondenta, na kterou otázku bude či nebude odpovídat. Uváděná procenta jsou tak vždy z počtu 59–65 respondentů, pokud neuvádíme jiný počet. Data byla následně zpracována pomocí deskriptivních analýz.

14.2 Výsledky

14.2.1 Popis výzkumného souboru

Dotazník zodpovědělo celkem 66,2 % žen (n = 43) a 33,8 % mužů (n = 22).

Věkový průměr činil 36,6 roku (24–60 let). Většina poskytovatelů byla vysokoškolsky vzdělaná, přičemž 56,9 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání druhého stupně

a 21,5 % mělo ukončený bakalářský stupeň. Mezi nejčastější vystudované obory patřila sociální práce (32,3 %), psychologie (20,0 %) a sociální pedagogika (10,8 %). Více než jednou se také objevila medicína (7,7 %), andragogika (4,6 %), sociální antropologie (3,0 %) a sociologie (3,0 %).

Polovina respondentů (50,8 %) uvedla, že působí v oblasti sociálních služeb, dále ve službách adiktologických (15,4 %), zdravotnických (12,3 %), psychoterapeutických (9,2 %), pedagogických (1,5 %), psychologických (1,5 %) a jiných (9,2 %).

V rámci své praxe (stávající i minulé) měli zkušenosti nejčastěji v rámci služeb terénních programů (27,7 %), ambulantní léčby či ošetření (21,5 %) a v oblasti kontaktních služeb (20,0 %).

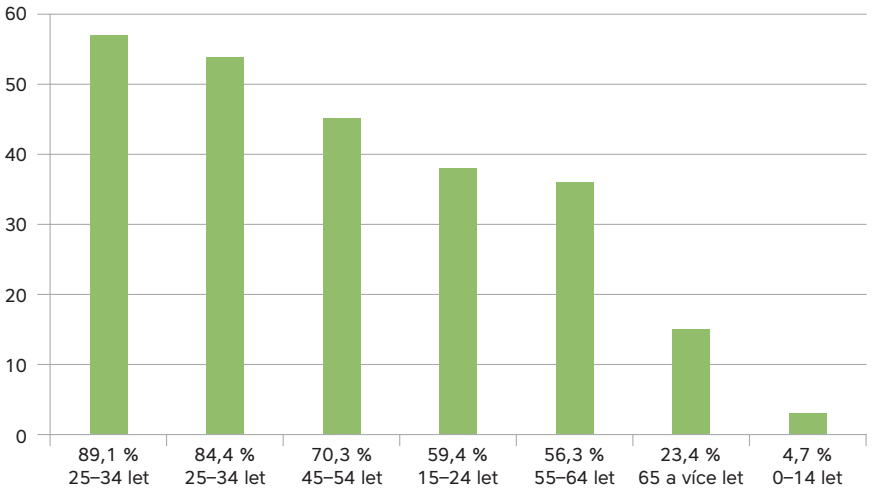
Odhadovaný počet uživatelů služeb poskytovaných respondenty v roce 2019 se pohyboval mezi 5 a 15 000 klienty či pacienty (pro naše účely dále „klienti"), průměrně 642. Respondenti uváděli délku výkonu své praxe v rozmezí 1–45 let, průměrně 9,7 roku.

Poskytovatelé se primárně setkávali s klienty z různých věkových kategorií, největší množství z nich s věkovou kategorií 25–34 let (89,1 %), 35–44 let (84,4 %), ale často i s klienty/pacienty ve věku 45–54 let (70,3 %), 15–24 let (59,4 %) a 55–64 let (56,3 %) – graf 18.

Jako primární cílová skupina poskytovatelů služeb byli označeni uživatelé ilegálních psychoaktivních látek (56,9 %), pacienti s duševními potížemi (50,8 %) a další cílové skupiny – tabulka 46.

Z těch, kteří pracovali s uživateli ilegálních psychoaktivních látek, jich 81,1 % specifikovalo klientelu jako aktivní problémové uživatele, 62,2 % jako problémové, 62,2 % jako problémové či závislé v léčbě a 56,8 % jako rekreační uživatele – tabulka 47.

Graf 18: Věk klientů, se kterými poskytovatelé primárně pracovali (n = 64)



Tabulka 46: Primární cílová skupina, se kterou poskytovatelé pracovali (n = 65)

Cílová skupina	n	%
uživatelé ilegálních psychoaktivních látek	37	56,9
pacienti s duševními obtížemi	33	50,8
osoby s rizikovým chováním, v sociálním vyloučení apod.	25	38,5
rodinní příslušníci uživatelů psychoaktivních látek	21	32,3
uživatelé legálních psychoaktivních látek	19	29,2
neuživatelé psychoaktivních látek	10	15,4
pacienti s fyzickými obtížemi	7	10,8
jiná	3	4,6

Tabulka 47: Typy uživatelů ilegálních psychoaktivních látek (n = 37)

Typy uživatelů	n	%
aktivní problémoví uživatelé	30	81,1
problémoví uživatelé	23	62,2
problémoví či závislí uživatelé v léčbě	23	62,2
rekreační uživatelé	21	56,8
lidé užívající látky k léčbě zdravotních obtíží	8	21,6

Většina respondentů měla absolvovaný kurz základů první pomoci (70,8 %) a kurz krizové intervence (63,1 %). Dále uváděli absolvování systematického psychoterapeutického výcviku (47,7 %), kurzů soft skills (46,2 %), vysokoškolské vzdělání v sociální práci (44,6 %), ale i jiných vzdělávacích programů – tabulka 48.

Zkušenosti s uživateli psychedelik

Celkem 79,7 % (tj. n = 51) poskytovatelů uvedlo, že se v rámci výkonu svého povolání setkali s uživateli psychedelik (počet respondentů, kteří odpověděli v následující sekci, se pohyboval v intervalu n = 45–51).

K setkání došlo napříč různými službami, včetně adiktologických, sociálních, zdravotnických či psychoterapeutických. Podle respondentů měl zkušenost s psychedeliky velmi rozdílný podíl jejich klientů, odhadovaná procenta se pohybovala v rozmezí 1–97 % klientů, v případě konopí v rozmezí 0–100 % klientů.

Téměř všichni tito poskytovatelé (92,2 %) uvedli, že jejich klienti mají zkušenost s konopím nebo hašišem, dále často s extází (86,3 %), LSD (74,5 %), lysohlávkami (70,6 %), MDMA (49,0 %), ketaminem (31,4 %), konopnými extrakty (25,5 %), ale i šalvějí divotvornou (17,6 %), ayahuascou (11,8 %), MDA (11,8 %), sekretem ze žáby *Bufo alvarius* (9,8 %), rostlinnými delirogeny (9,8 %) či syntetickým DMT (7,8 %). Odhadovaný podíl klientů se zkušeností s dalšími psychedeliky nepřesáhl 6,0 %.

Pokud jde o jiné psychoaktivní látky, odhadovaný podíl klientů se zkušeností byl nejvyšší v případě alkoholu (100 %), tabáku (95,4 %), anxiolytik (86,2 %), antidepresiv (84,6 %), metamfetaminu (78,5 %), sedativ/hypnotik (76,9 %), antipsychotik (75,4 %), elektronických cigaret (67,7 %), léků proti bolesti na bázi opiátů (67,7 %), opiátů (61,5 %)

či IQOS / jinou alternativou cigaret (52,3 %). Téměř polovina klientů měla podle úsudku poskytovatelů zkušenosti i s kokainem (49,2 %), amfetaminy (46,2 %) a vodní dýmkou (41,5 %). S řadou dalších látek mělo podle respondentů zkušenost méně než 16,0 % klientů.

Tabulka 48: Vzdělávací programy, které respondenti absolvovali během své praxe (n = 65)

Vzdělávací program	n	%
základy první pomoci	46	70,8
kurz krizové intervence	41	63,1
systematický psychoterapeutický výcvik	31	47,7
tzv. soft-skills (prevence syndromu vyhoření, asertivní dovednosti, nenásilná komunikace, zvládaní konfliktů v týmu aj.)	30	46,2
vysokoškolské vzdělání v sociální práci	29	44,6
kurzy věnující se drogové problematice (kromě psychedelických látek)	25	38,5
kurz motivačních rozhovorů	22	33,8
expresivní terapie (dramaterapie, arteterapie, sandplaying, ergoterapie, muzikoterapie aj.)	19	29,2
kurzy zaměřené na děti a mladistvé	16	24,6
kurzy harm reduction	16	24,6
vysokoškolské psychologické vzdělání	15	23,1
kurz sociálního poradenství	13	20,0
kurz mediace	10	15,4
vysokoškolské zdravotnické vzdělání	7	10,8
specializace v psychiatrii	7	10,8
specializace v oboru návykových nemocí	5	7,7
aktivizační techniky	4	6,2
vysokoškolské adiktologické vzdělání	3	4,6
kurzy zaměřené na práci se seniory	3	4,6
kurzy věnující se psychedelické tematice (sitting, psychedelické harm reduction)	2	3,1
výcvik holotropního dýchání	1	1,5
jiné	9	13,8

Souvislost mezi užíváním psychedelik a duševním onemocněním

Až 62,7 % poskytovatelů péče uvedlo, že pozorovali u svých klientů či pacientů rozvoj nějakého duševního onemocnění v souvislosti s užíváním psychedelik; 19,6 % uvedlo, že neví, a 17,6 % respondentů tento fenomén nepozorovalo.

Poskytovatelé se nejčastěji setkali s rozvojem psychotického onemocnění (schizofrenie) (68,8 %), akutní psychózy (62,5 %), poruch spánku (62,5 %), syndromu závislosti (56,3 %), fobií (46,9 %), jiných úzkostných poruch (46,9 %) či depresivního onemocnění (40,6 %) a dalších – tabulka 49.

Podle poskytovatelů mělo na rozvoj tohoto duševního onemocnění vliv převážně konopí nebo hašiš (84,4 %). Méně často další látky, jako jsou LSD (28,1 %), lysohlávky (25,0 %),

extáze (15,6 %), MDMA (6,3 %), ketamin (6,3 %), konopné extrakty (3,1 %) a další – tabulka 50.

Tabulka 49: Duševní onemocnění rozvinuté v souvislosti s užíváním psychedelik podle názoru poskytovatelů služeb (n = 32)

Duševní onemocnění	n	%
psychotické onemocnění (schizofrenie)	22	68,8
akutní psychóza	20	62,5
poruchy spánku	20	62,5
syndrom závislosti	18	56,3
úzkostné onemocnění (fobie)	15	46,9
úzkostné onemocnění (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha)	15	46,9
depresivní onemocnění	13	40,6
bipolární afektivní porucha (maniodeprese)	11	34,4
porucha osobnosti	9	28,1
jiné poruchy nálady (cyklotymie, dystymie)	4	12,5
porucha příjmu potravy	3	9,4
posttraumatická stresová porucha (PTSD)	2	6,3
psychosomatické onemocnění	1	3,1
obsedantně kompulzivní porucha (OCD)	1	3,1
jiné	1	3,1

Tabulka 50: Názor poskytovatelů na vliv konkrétních látek na rozvoj duševního onemocnění (n = 32)

Látka/látky	n	%
konopí nebo hašiš	27	84,4
LSD	9	28,1
lysohlávky (psilocybin)	8	25
extáze (tablety)	5	15,6
MDMA (krystaly)	2	6,3
ketamin	2	6,3
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	1	3,1
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	1	3,1
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	1	3,1
muchomůrka červená	1	3,1
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiné syntetické psychedelika)	1	3,1
nevím	6	18,8

Více než polovina z 50 respondentů nedovedla odhadnout, zda se nějaké duševní onemocnění u klientů vyskytovalo před psychedelickou zkušeností (64,0 %). Dále se 32,0 % poskytovatelů domnívalo, že ano, a 14,0 %, že se onemocnění nevyskytovalo. Pakliže se domnívali, že klienti trpěli před psychedelickou zkušeností duševním onemocněním, nejčastěji uváděli depresivní (75 %) a úzkostná (56,3–62,5 %) onemocnění, poruchy spánku (62,5 %), psychotická onemocnění (56,3 %) a poruchy

osobnosti (50,0 %) – tabulka 51. Na otázku, zda si myslí, že psychedelická zkušenost klientů ovlivnila jejich předchozí onemocnění, odpovědělo 37,5 % „nevím“, 31,3 % „ano, spíše negativně“, 18,8 % „ano, negativně“ a 12,5 % „ne“.

Tabulka 51: Duševní onemocnění, které se podle poskytovatelů péče u klientů vyskytovalo již před psychedelickou zkušeností (n = 16)

Duševní onemocnění	n	%
depresivní onemocnění	12	75,0
úzkostné onemocnění (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha)	10	62,5
poruchy spánku	10	62,5
úzkostné onemocnění (fobie)	9	56,3
psychotické onemocnění (schizofrenie)	9	56,3
porucha osobnosti	8	50,0
bipolární afektivní porucha (maniodeprese)	7	43,8
porucha příjmu potravy	6	37,5
syndrom závislosti	6	37,5
psychosomatické onemocnění	4	25,0
akutní psychóza	4	25,0
posttraumatická stresová porucha (PTSD)	4	25,0
obsedantně kompulzivní porucha (OCD)	4	25,0
jiné poruchy nálady (cyklotymie, dystymie)	3	18,8

Přímá zkušenost s uživateli psychedelik pod vlivem látky

Značná část poskytovatelů (43,1 %) se během výkonu své práce s klientem pod akutním vlivem psychedelické látky nesetkala a téměř stejná část (41,2 %) se setkala s touto situací opakovaně. Další uvedli jednorázové setkání (5,9 %) a 9,8 % osob se nedovedlo vyjádřit.

Ze 24 respondentů, kteří takovou situaci zažili, téměř všichni (95,8 %) uvedli, že mají zkušenost s klientem pod akutním vlivem konopí nebo hašiše, méně často s klientem pod vlivem lysohlávek (33,3 %), extáze (29,2 %), LSD (25,0 %), MDMA (20,8 %) a výrazně méně se jich setkalo s uživatelem pod vlivem ketaminu (8,3 %) nebo jiné substance – tabulka 52. Na otázku, zda si myslí, že dokázali klientovi/klientům se zvládnutím situace pomoci, 37,5 % respondentů nedokázalo odpovědět, 33,3 % uvedlo „spíše ano“, 20,8 % „spíše ne“ a pouze 8,3 % odpovědělo kladně.

Čtvrtina z těchto poskytovatelů reflektovala, že tato zkušenost pro ně byla náročná. Dalších 25,0 % uvedlo, že byla náročná pro oba (pro ně i pro klienta), jeden respondent uvedl, že jen pro klienta, a 45,8 % hodnotilo, že nebyla náročná pro žádnou ze stran. Jako důvod, proč byla tato setkání náročná, poskytovatelé (tj. n = 13) nejčastěji uváděli vnitřní rozpoložení klienta (set) (100 %), dále jeho agresivní projevy (46,2 %), prostředí (setting) (38,5 %), kombinaci různých látek (vč. jiných psychedelik – 38,5 %, alkoholu – 30,8 % či konopí – 30,8 %).

Přímá zkušenost s uživateli psychedelik popisujícími předchozí zkušenost s užitím

Z 50 respondentů se 84,0 % někdy během výkonu práce setkalo s klienty, kteří jim popisovali svou předchozí psychedelickou zkušenost. Šlo převážně o zkušenosti

s konopím nebo hašišem (61,9 %), LSD (57,1 %), lysohlávkami (50,0 %), extází (50,0 %,), MDMA (38,1 %), ale i s ketaminem (21,4 %), ayahuascou (11,9 %), konopnými extrakty (11,9 %) a dalšími látkami – tabulka 53. Většina z nich (73,8 %) uvedla, že klienti tuto zkušenost hodnotili spíše pozitivně, a 26,2 % respondentů uvedlo, že jejich klienti hodnotili tuto zkušenost spíše negativně.

Tabulka 52: Látky, pod jejichž akutním vlivem byli klienti při setkání s poskytovateli (n = 24)

Látka/látky	n	%
konopí nebo hašiš	23	95,8
lysohlávky (psilocybin)	8	33,3
extáze (tablety)	7	29,2
LSD	6	25,0
MDMA (krystaly)	5	20,8
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	3	12,5
ketamin	2	8,3
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	1	4,2
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	1	4,2
muchomůrka červená	1	4,2
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiné syntetické psychedelika)	3	12,5
nevím	1	4,2

Tabulka 53: Látky, které klienti spojovali s popisem zkušenosti (n = 42)

Látka/látky	n	%
konopí nebo hašiš	26	61,9
LSD	24	57,1
lysohlávky (psilocybin)	21	50,0
extáze (tablety)	21	50,0
MDMA (krystaly)	16	38,1
ketamin	9	21,4
ayahuasca	5	11,9
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	5	11,9
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	4	9,5
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	4	9,5
sekret z žáby *Bufo alvarius*	3	7,1
MDA	2	4,8
muchomůrka červená	2	4,8
muškátový oříšek	2	4,8
GHB/GHA	1	2,4
DBT	1	2,4
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiná syntetická psychedelika)	1	2,4
nevím	3	7,1

Tabulka 54: Látky, v souvislosti s kterými klienti popisovali negativní stavy spojené s jejich užitím (n = 38)

Látka/látky	n	%
konopí nebo hašiš	26	68,4
LSD	17	44,7
lysohlávky (psilocybin)	15	39,5
extáze (tablety)	10	26,3
MDMA (krystaly)	6	15,8
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	4	10,5
ketamin	3	7,9
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	3	7,9
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	2	5,3
muchomůrka červená	2	5,3
sekret z žáby *Bufo alvarius*	1	2,6
MDA	1	2,6
GHB/GHA	1	2,6
muškátový oříšek	1	2,6
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiné syntetické psychedelika)	1	2,6
nevím	5	13,2

Tabulka 55: Psychické obtíže klientů podle poskytovatelů (n = 38)

Obtíže	n	%
úzkost, panika, strach či fobie	30	78,9
bad trip (úzkostná či děsivá zkušenost)	29	76,3
psychotické symptomy (např. halucinace, bludy)	24	63,2
smutek nebo deprese	20	52,6
flashbacky	19	50,0
depersonalizace (odosobnění) a/nebo derealizace (okolní svět se zdá být „jako ve filmu“)	19	50,0
nespavost	17	44,7
depresivní stavy po odeznění účinků látky	15	39,5
sebevražedné sklony	8	21,1
nevolnost	8	21,1
schopnost soustředit se	7	18,4
nechutenství	7	18,4
kardiovaskulární potíže	6	15,8
psychospirituální krize	6	15,8
agresivní projevy	5	13,2
HPPD (přetrvávající porucha vnímání)	4	10,5
spánková paralýza	4	10,5
jiná náročná zkušenost než bad trip	3	7,9
omdlévání	3	7,9
svalové napětí, třes	3	7,9
bolest	2	5,3
infekční onemocnění	1	2,6
onkologické onemocnění	1	2,6

Potřebu pomoci s integrací psychedelické zkušenosti u klientů vnímalo 26,8 % ze 41 respondentů, přičemž 72,7 % z nich dále uvedlo, že svým klientům „spíše" dokázali v tomto ohledu pomoci, jeden respondent se domníval, že svému klientovi/klientům byl schopen pomoci, a 18,2 % uvedlo, že „neví".

Většině poskytovatelů (74,5 %) klient už někdy popisoval negativní stavy spojené s užitím psychedelik.

Poskytovatelé nejčastěji označovali, že klienti zažívali tyto negativní stavy či obtíže po užití konopí nebo hašiše (68,4 %), dále často po LSD (44,7 %), lysohlávkách (39,5 %), po užití extáze (26,3 %) či MDMA (15,8 %) a také po ketaminu (7,9 %), konopných extraktech (7,9 %) či dalších látkách – tabulka 54. Podle poskytovatelů šlo zejména o úzkostné stavy (78,9 %), bad trip (76,3 %), psychotické symptomy (63,2 %), smutek nebo depresi (52,6 %), flashbacky (50 %), depersonalizaci a/nebo derealizaci (50 %), nespavost (44,7 %) a depresivní stavy po odeznění účinků látky (39,5 %). Objevily se i sebevražedné sklony (21,1 %), kardiovaskulární obtíže (15,8 %), psychospirituální krize (15,8 %), agresivní projevy (13,2 %), HPPD (10,5 %), spánková paralýza (10,5 %) a další – tabulka 55. Jako příčinu respondenti uváděli nevyhovující psychické rozpoložení (64,9 %) a účinek užití látky jako takové (59,5 %). Více než třetina považovala za příčinu i kombinaci

Tabulka 56: Příčina obtíží klientů podle poskytovatelů (n = 37)

Názor	n	%
nevyhovující psychické rozpoložení = set (např. emoční nestabilita)	24	64,9
účinek užití látky jako takové	22	59,5
kombinace psychedelik a konopí	16	43,2
kombinace psychedelik (kromě konopí) a jiných psychoaktivních látek	14	37,8
neznámé dávkování	13	35,1
neadekvátní prostředí = setting (např. okolí, lidé, společnost)	13	35,1
neznámá kvalita látky	12	32,4
psychotické symptomy (např. halucinace, bludy)	12	32,4
zdravotní kontraindikace (předchozí zdravotní obtíže)	11	29,7
moc vysoká dávka	11	29,7
nepřítomnost průvodce psychedelickou zkušeností (sitter, léčitel, šaman, terapeut aj.)	10	27,0
neočekávaná/nepředvídatelná situace	10	27,0
nedostatečná informovanost o účincích látky	9	24,3
kombinace psychedelik (kromě konopí) mezi sebou	8	21,6
depersonalizace (odosobnění) a/nebo derealizace (okolní svět se zdá být „jako ve filmu")	5	13,5
jiná látka, než si klient koupil/koupila, nebo myslel/myslela, že užívá	5	13,5
depresivní stavy po odeznění účinků látky	5	13,5
agresivní projevy	4	10,8
neadekvátní péče od průvodce psychedelickou zkušeností	4	10,8
nedostupnost služeb a odborné podpory	4	10,8
infekční onemocnění	1	2,7
onkologické onemocnění	1	2,7
neadekvátní zásah zdravotnických služeb (ambulance, medikace)	1	2,7
jiné	2	5,4

psychedelik a konopí (43,2 %), kombinaci psychedelik (kromě konopí) a jiných psychoaktivních látek (37,8 %), neznámé dávkování (35,1 %), neadekvátní prostředí (35,1 %), neznámou kvalitu látky (32,4 %) a psychotické symptomy (32,4 %) – tabulka 56.

Negativní důsledky spojené s užíváním psychedelik popisované klienty v konkrétních oblastech byly v oblastech rodinného života a vztahů (71,9 %) a vztahu k sobě samému/samé (71,9 %). Dále klienti popisovali i negativní důsledky v oblasti partnerského soužití (43,8 %), pracovního života či pracovních vztahů (37,5 %) i v jiných oblastech.

Klienti poskytovatelům popisovali také pozitivní důsledky zkušeností, zejména v oblasti vztahu k sobě samému (68,6 %), ujasnění životních hodnot (62,9 %) a vztahu k přírodě (48,6 %) – tabulka 57 a graf 19.

Tabulka 57: Pozitivní a negativní důsledky užívání psychedelik v životních oblastech popisované klienty z pohledu poskytovatelů péče

Oblast ovlivnění	Pozitivní (n = 35)		Negativní (n = 32)	
	%	n	%	n
vztah k sobě samému/samé	68,6 %	24	71,9 %	23
ujasnění životních hodnot	62,9 %	22	28,1 %	9
vztah k přírodě	48,6 %	17	12,5 %	4
duševní zdraví	42,9 %	15	N/A	
postoje ke smrti	37,1 %	13	12,5 %	4
ujasnění životního směřování	34,3 %	12	12,5 %	4
přátelské vztahy	25,7 %	9	25,0 %	8
rodinný život a vztahy	20,0 %	7	71,9 %	23
pracovní život/vztahy	14,3 %	5	37,5 %	12
fyzický zdravotní stav	11,4 %	4	N/A	
partnerské soužití	11,4 %	4	43,8 %	14
jiné, uveďte jaké	2,9 %	1	N/A	

Pozn.: N/A – možnost nebyla nabídnuta.

Postoje a zkušenosti v oblasti služeb pro uživatele psychedelik

Tématem následující části byly postoje poskytovatelů a pracovníků pomáhajících profesí k současnému i žádoucímu stavu služeb pro uživatele psychedelik v ČR, názory na konkrétní služby a názory na kompetence důležité pro odborníky v péči o uživatele psychedelik.

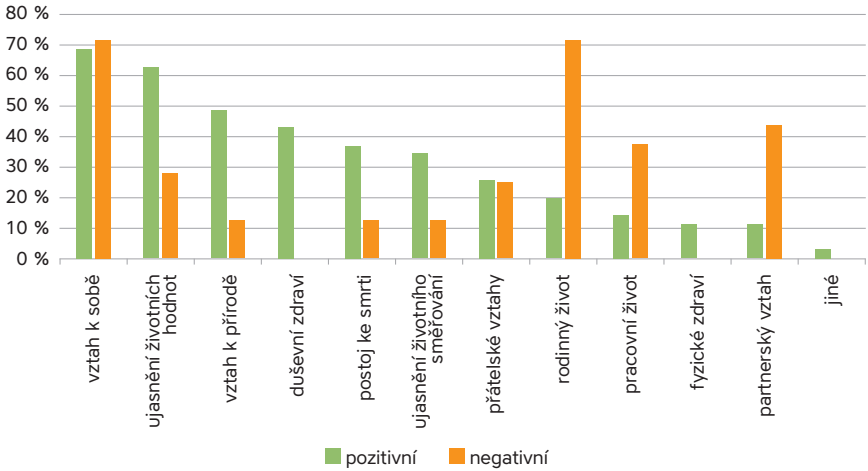
Až 61,5 % ze 65 poskytovatelů uvedlo, že si nemyslí, že v ČR je dostupná dostatečná pomoc a podpora pro uživatele psychedelik, podle 15,4 % je tato péče dostatečná a 23,1 % uvedlo, že neví.

Téměř polovina (49,2 %) z 63 osob se domnívala, že není dostupná dostatečná pomoc a podpora ani profesionálům v adiktologických a jiných službách přicházejících do kontaktu s uživateli psychedelik. Opačnou odpověď uvedlo 23,8 % respondentů a 27,0 % se nedovedlo vyjádřit.

S tvrzením, zda by bylo možné předejít nežádoucím událostem spojeným s užíváním psychedelik, kdyby byl systém služeb organizován jinak, souhlasilo 93,7 % poskytovate-

lů, z toho podle 66,7 % by bylo možné předejít jen některým a podle 27,0 % většině. S tvrzením nesouhlasilo 6,3 %.

Graf 19: Pozitivní a negativní důsledky užívání psychedelik v životních oblastech popisované klienty z pohledu poskytovatelů péče



Tabulka 58: Návrhy služeb pro uživatele psychedelik (n = 64)

Služba	n	%
online poradenství	47	73,4
anonymní telefonická linka pro dotazy	44	68,8
katalog organizací/odborníků poskytujících péči	42	65,6
psychoterapeutické centrum	42	65,6
setkání anonymních uživatelů psychedelik / podpůrná skupina	38	59,4
online krizová linka	36	56,3
nízkoprahové centrum pro uživatele	34	53,1
integrační skupiny	33	51,6
osobní služba sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti	33	51,6
videa o těchto látkách a jejich bezpečnosti	31	48,4
výjezdní týmy / „psychedelická záchranka"	31	48,4
česká online encyklopedie psychedelik	28	43,8
místnost/prostor pro bezpečné projití psychedelickou zkušeností	27	42,2
komunitní centrum se vzdělávacím programem	26	40,6
telefonická linka	24	37,5
lůžkové zařízení pro integraci zážitku	19	29,7
možnost vstupního vyšetření (psychologického a fyzického)	14	21,9
rekreační pobyt	11	17,2
jiné	2	3,1

Služby, které poskytovatelé považují za nejdůležitější pro uživatele psychedelik, souvisely především s dostupností kvalitních informací. Součástí dostupných služeb pro uživatele psychedelik by mělo být například online poradenství (73,4 %), anonymní telefonická linka pro dotazy (68,8 %) a katalog organizací či odborníků, kteří poskytují péči

uživatelům psychedelik (65,6 %). Pro zřízení psychoterapeutického centra by bylo 65,6 %, pro podpůrnou skupinu/setkání anonymních uživatelů 59,4 %. Více než polovina poskytovatelů by ocenila také online krizovou linku, nízkoprahové centrum pro uživatele psychedelik, integrační skupiny či osobní službu sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti – tabulka 58.

Kompetence pracovníků poskytujících služby pro uživatele psychedelik
Mezi nejdůležitější kompetence pracovníků ve službách pro uživatele psychedelik v přípravné a následné péči patří z pohledu poskytovatelů kurz první pomoci, psychoterapeutické vzdělání a specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik. Pro tyto služby v dotazníku hlasovalo ve všech třech případech 71,9 % poskytovatelů. Že by takový odborník měl ovládat také krizovou intervenci, si myslí 70,3 % poskytovatelů, a že by měl mít zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností 54,7 %. Vlastní nelátkovou zkušenost se změněnými stavy vědomí (např. holotropní dýchání) v tomto případě považovalo za důležitou 37,5 % poskytovatelů a vlastní psychedelickou zkušenost 34,4 % poskytovatelů – tabulka 59.

Tabulka 59: Kompetence poskytovatelů služeb v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik (n = 64)

Kompetence	n	%
kurz první pomoci	46	71,9
psychoterapeutické vzdělání	46	71,9
specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik	46	71,9
základy krizové intervence	45	70,3
zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností	35	54,7
vlastní zkušenost se změněnými stavy vědomí (nelátková) (např. holotropní dýchání)	24	37,5
vlastní psychedelická zkušenost	22	34,4
psychologické vzdělání	16	25,0
zdravotnické vzdělání (lékař – specializace psychiatr)	14	21,9
zdravotnické vzdělání (zdravotnický asistent)	9	14,1
zdravotnické vzdělání (lékař)	6	9,4
zkušenost se šamanskými technikami	5	7,8
systematický výcvik holotropního či maitri dýchání	4	6,3
zdravotnické vzdělání (farmaceut)	3	4,7
jiné	2	3,1

Nejdůležitějšími kompetencemi odborníka, který by provázel samotnou psychedelickou zkušeností, byly podle poskytovatelů péče schopnost poskytnout první pomoc (84,1 %), základy krizové intervence (74,6 %), zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností (73,0 %), specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik (68,3 %), psychoterapeutické vzdělání (52,4 %) a vlastní psychedelická zkušenost (42,9 %) – tabulka 60.

Ze 65 poskytovatelů bylo 78,5 % pro zavedení testování čistoty a kvality substancí, 16,9 % poskytovatelů nevědělo, zda by byli pro či proti testování, a 4,6 % bylo proti testování.

Tabulka 60: Žádoucí kompetence odborníků během akutní fáze užití psychedelik (n = 63)

Kompetence	n	%
kurz první pomoci	53	84,1
základy krizové intervence	47	74,6
zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností	46	73,0
specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik	43	68,3
psychoterapeutické vzdělání	33	52,4
vlastní psychedelická zkušenost	27	42,9
vlastní zkušenost se změněnými stavy vědomí (nelátková) (např. holotropní dýchání)	25	39,7
psychologické vzdělání	17	27,0
zdravotnické vzdělání (zdravotnický asistent)	13	20,6
zdravotnické vzdělání (lékař – specializace psychiatr)	13	20,6
zdravotnické vzdělání (lékař)	10	15,9
zkušenost se šamanskými technikami	9	14,3
systematický výcvik holotropního či maitri dýchání	4	6,3
zdravotnické vzdělání (farmaceut)	1	1,6

Společenské kluby konopí

Se zavedením společenských klubů konopí (angl. social cannabis clubs) souhlasilo 60,0 % poskytovatelů (n = 39). Opak se domnívalo 10,8 % a 29,2 % osob se nedovedlo k otázce vyjádřit.

Na otázku, zda by uvítali existenci podobných klubů i pro uživatele klasických psychedelik, odpovědělo 44,6 % osob kladně, 23,1 % by takovou službu neocenilo a 32,3 % uvedlo, že neví.

Vzdělávání odborníků

Školení zaměřená na téma psychedelických látek by ocenilo 78,5 % poskytovatelů (tj. n = 51). Nejvíce by poskytovatele zajímaly informace o LSD, lysohlávkách, MDMA či extázi, případně jakékoliv další informace o více látkách.

Z poskytovatelů se 78,1 % vzdělávalo a vyhledávalo si informace o psychedelických látkách, 54,7 % z vlastního zájmu navštěvovalo přednášky, semináře či konference s tímto tématem.

Názory na služby relevantní pro uživatele psychedelik

Až třetina (33,8 %) poskytovatelů považovala vzdělávání a preventivní programy o psychedelických látkách a konopí na středních školách za spíše nedostačující, 18,5 % za nedostačující, 4,6 % za spíše dostačující a 23,1 % uvedlo, že žádné takové programy nezná.

Poskytovatelé nejčastěji znají služby, které jsou určené pro uživatele OPL obecně, tedy zařízení Drop in (87,7 %), Sananim (81,5 %) a Podané ruce (78,5 %). Ze služeb, které jsou specializované na uživatele především psychedelických látek, poskytovatelé nejčastěji znají Psycare (55,4 %) a Síť odborníků pro integraci psychedelické zkušenosti

na webu České psychedelické společnosti (44,6 %). Pouze jeden z dotazovaných poskytovatelů neznal ani jednu z nabízených služeb – tabulka 61.

Tabulka 61: Vlastní informovanost o službách pro uživatele drog či lidi se zájmem o změněný stav vědomí (n = 65)

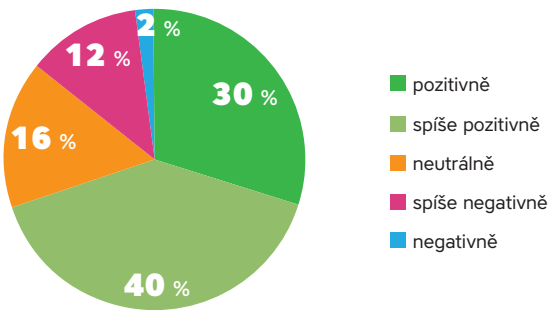
Služba	n	%
Drop in	57	87,7
Sananim	53	81,5
Podané ruce	51	78,5
RIAPS	37	56,9
Psycare	36	55,4
Síť odborníků na webu České psychedelické společnosti	29	44,6
Program Hard and Smart (Podané ruce)	28	43,1
Progressive	24	36,9
Diabasis	23	35,4
PSYON*	21	32,3
Holos centrum	16	24,6
Skupina psychedelické integrace*	3	4,6
žádnou z těchto služeb neznám	1	1,5
jiné	6	9,2

Pozn.: Popisy jednotlivých organizací a služeb tak, jak byly uvedeny v dotazníku, jsou v tabulce 42 v kapitole Služby pro uživatele psychedelik.
*Tyto služby byly přidány až v pozdější fázi sběru dat, a možnost je označit tak mělo menší množství respondentů, protože vznikly až v jeho průběhu.

14.2.2 Vlastní zkušenost s užitím psychedelické látky

Vlastní zkušenost s užitím nějaké psychedelické látky uvedlo 78,1 % poskytovatelů (tj. n = 50) (počet respondentů, kteří odpověděli v následující sekci, se pohyboval v intervalu n = 47–50 a podíly v této sekci vycházejí z této skupiny dotazovaných). Nejčastěji šlo o konopí (92,0 %), lysohlávky/psilocybin (62,0 %), extázi (46,0 %), MDMA (44,0 %), LSD (42,0 %) a někteří měli i zkušenost s konopnými extrakty (26 %), ayahuascou (12,0 %) či ketaminem (10,0 %) i s dalšími látkami – tabulka 62. Své zkušenosti s psychedeliky hodnotilo 40,0 % těchto poskytovatelů spíše pozitivně, 30,0 % pozitivně, 16,0 % neutrálně, 12 % spíše negativně a 2 % negativně – graf 20.

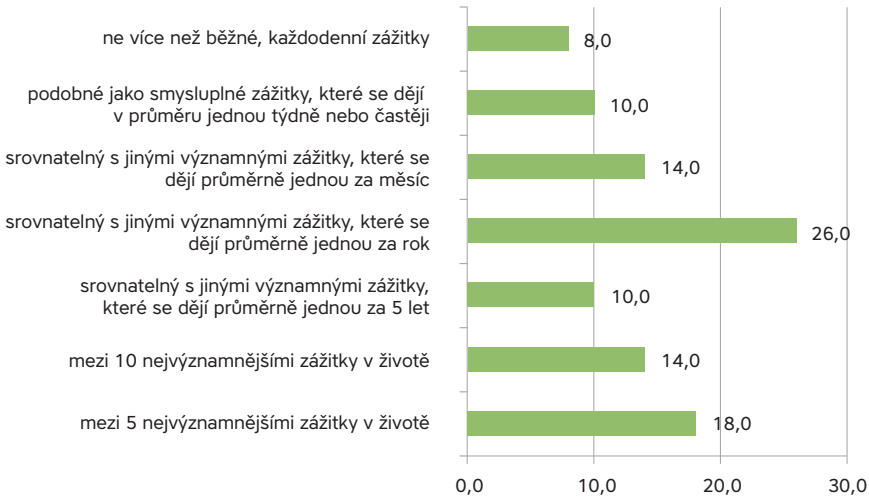
Graf 20: Hodnocení zkušenosti s psychedelickou látkou (n = 50)



Tabulka 62: Vlastní zkušenost poskytovatele služeb s užitím psychedelické látky (n = 50)

Látka/látky	n	%
konopí nebo hašiš	46	92,0
lysohlávky (psilocybin)	31	62,0
extáze (tablety)	23	46,0
MDMA (krystaly)	22	44,0
LSD	21	42,0
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	13	26,0
šalvěj divotvorná (salvinorin A)	8	16,0
ayahuasca	6	12,0
ketamin	5	10,0
muškátový oříšek	5	10,0
muchomůrka červená	3	6,0
syntetické DMT	2	4,0
GHB/GHA	2	4,0
halucinogenní kaktusy (mezkalin, peyotl)	1	2,0
changa	1	2,0
sekret z žáby *Bufo alvarius*	1	2,0
syntetické 5-MeO-DMT	1	2,0
akácie	1	2,0
MDA	1	2,0
LSA/havajská růže	1	2,0
durman, blín, rulík zlomocný a jiné rostlinné deliriogeny / skopolamin, atropin	1	2,0
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiné syntetická psychedelika)	1	2,0

Graf 21: Významnost vybrané psychedelické zkušenosti pro poskytovatele (n = 50), zastoupení je vyjádřeno v %



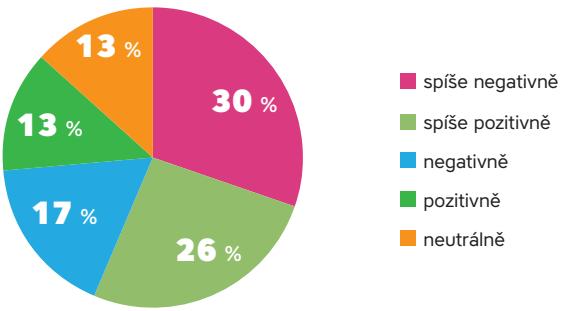
Svoji nejvýznamnější psychedelickou zkušenost považovalo 32 % poskytovatelů péče za jeden z deseti nejvýznamnějších zážitků v životě, z toho 18 % z nich dokonce za jeden z pěti nejvýznamnějších. Pouze 8 % uvedlo, že zkušenost nebyla významnější než běžné, každodenní zážitky – graf 21. K významným zážitkům docházelo nejčastěji s konopím či konopnými extrakty, LSD, lysohlávkami, MDMA/extází a v menší míře i s jinými psychedeliky.

Tabulka 63: Látka či kombinace látek, se kterou došlo k náročné psychedelické zkušenosti (n = 24)

Látka/látky	n	%
lysohlávky (psilocybin)	12	50,0
konopí nebo hašiš	11	45,8
LSD	8	33,3
extáze (tablety)	4	16,7
ayahuasca	3	12,5
halucinogenní kaktusy (mezkalin, peyotl)	1	4,2
syntetické 5-MeO-DMT	1	4,2
konopné extrakty (fénixovy slzy, oleje)	1	4,2
MDMA (krystaly)	1	4,2
ostatní (např. výzkumné chemikálie, vedlejší produkty syntéz, jiná syntetická psychedelika)	1	4,2

Polovina z 52,0 % poskytovatelů péče (tj. n = 26) si někdy v životě prošla náročnou psychedelickou zkušeností, a to nejčastěji po užití lysohlávek (50,0 %), konopí či hašiše (45,8 %) a LSD (33,3 %) – tabulka 63. Tuto svou náročnou zkušenost hodnotilo spíše negativně 47,8 % z 23 respondentů, 39,1 % spíše pozitivně a 13 % neutrálně – graf 22.

Graf 22: Zpětné hodnocení náročné psychedelické zkušenosti poskytovateli (n = 23)

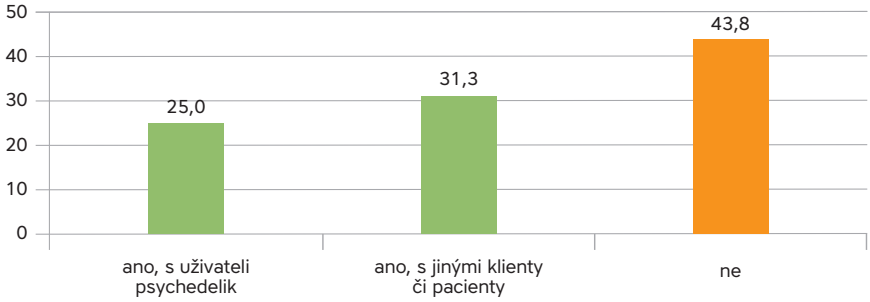


Pro 56,3 % ze 48 respondentů byly jejich vlastní zkušenosti s psychedeliky nápomocné při jejich práci, z toho pro 25,0 % v jejich práci s uživateli psychedelik a pro 31,3 % s jinými klienty či pacienty. Oproti tomu 43,8 % respondentů své zkušenosti jako nápomocné pro svou práci nehodnotilo – graf 23.

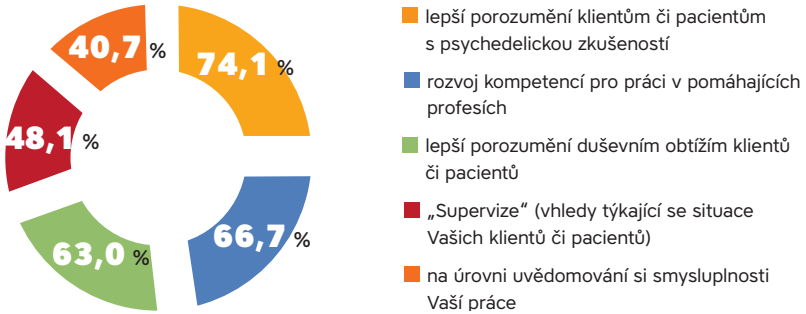
Pakliže respondenti shledávali zkušenost užitečnou v práci s klienty (tj. n = 27), šlo o oblasti lepšího porozumění klientům s psychedelickou zkušeností (74,1 %), rozvoje

kompetencí pro práci v pomáhajících profesích (66,7 %), lepšího porozumění duševním obtížím klientů (63,0 %), „supervize" (tj. vhledů týkajících se situace jejich klientů) (48,1 %) a na úrovni uvědomování si smysluplnosti jejich práce (40,7 %) – graf 24.

Graf 23: Využití vlastních zkušeností s psychedeliky v práci s klienty (n = 48), v %



Graf 24: Konkrétní oblasti, ve kterých poskytovatelé služeb uvedli, že využili své vlastní zkušenosti s psychedeliky v práci s klienty či pacienty (n = 27)



Někteří z poskytovatelů v rámci kvalitativních odpovědí přiblížili, jakým způsobem jim byla v práci s klienty nápomocna vlastní zkušenost s užíváním psychedelik:

„Před pár dny jsem měl poprvé LSD a velmi pozitivně to ovlivňuje mou psychoterapeutickou práci, nyní se jedná především o schopnost více pracovat „tady a teď" a zaměřovat se na emoce, počitky v těle – napětí a dech. Jako by mi konečně „na vlastní kůži" došlo, jak je ukotvení v těle důležité a jak je možné s ním v terapii pracovat."

„Přivedla mě k pomáhající profesi."

„Je rozdíl o psychedelické zkušenosti číst, slyšet a jiné si jí projít – toto porozumění je základ pro práci s lidmi, kteří psychedelickou zkušeností prošli. Zvýšila se míra empatie, porozumění, ale i schopnosti při pomoci s integrací této zkušenosti atd."

„Umím se vcítit do pocitů, vím, co ne/pomohlo, rozumím slangu."

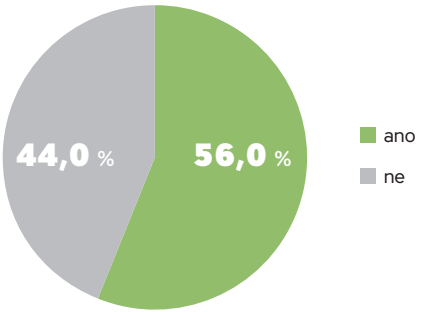
„V mých zkušenostech byla ta těžká část projít smrtí, která v tu chvíli byla absolutně reálná. Dalo mi to určitý náhled na to, co by se mohlo s vědomím dít po smrti (5-MEO DMT). Komunikuji s pacienty, kteří jsou v terminální fázi nemocí, téma smrti s nimi i s jejich rodinou občas řeším. Po mých zkušenostech jsem k tomu dokázala

přistoupit s klidem, že smrt je zcela přirozený proces, dokázala jsem je lépe uklidnit a podpořit."

Téměř všichni respondenti, kteří nějakou vlastní zkušenost uvedli (tj. n = 50), si nemyslí, že by jim zkušenost s psychedeliky v práci s klienty nějak uškodila (98,0 %), pouze jeden respondent uvedl, že mu v práci s jinými klienty uškodila.

Zkušenost s psychedeliky pomohla při řešení vlastních obtíží či v seberozvoji 56,0 % poskytovatelů a 44,0 % si myslí, že jim vlastní zkušenost v těchto oblastech nijak nepomohla – graf 25.

Graf 25: Pomohla vám zkušenost s psychedeliky při řešení vašich vlastních obtíží či seberozvoji? (n = 50)



Poskytovatelé dále uvedli, že zkušenost s psychedeliky pozitivně ovlivnila především jejich vztah k sobě samému/samé (50,0 %), jejich životní hodnoty (48,0 %), vztah k přírodě (38,0 %) a jiné oblasti jejich života, které uvádí tabulka 64.

Většina respondentů (70,2 % ze 47) odpověděla, že jejich psychedelická zkušenost neměla negativní vliv na žádnou oblast jejich života. Menší část zaznamenala negativní vliv na partnerské soužití (19,1 %), v oblasti duševního zdraví (12,8 %) aj. – tabulka 65.

Tabulka 64: Pozitivní vliv na konkrétní oblasti života poskytovatelů (n = 50)

Oblast	n	%
vztah k sobě samému/samé	25	50,0
životní hodnoty	24	48,0
vztah k přírodě	19	38,0
životní směřování	18	36,0
rodinný život a vztahy	16	32,0
žádné	15	30,0
postoje ke smrti	13	26,0
přátelské vztahy	12	24,0
duševní zdraví	11	22,0
partnerské soužití	9	18,0
pracovní život a vztahy	8	16,0
fyzický zdravotní stav	6	12,0
jiné	2	4,0

Tabulka 65: Negativní vliv na konkrétní oblasti života poskytovatelů (n = 47)

Oblast	n	%
žádné	33	70,2
partnerské soužití	9	19,1
duševní zdraví	6	12,8
vztah k sobě samému/samé	3	6,4
fyzický zdravotní stav	3	6,4
rodinný život a vztahy	1	2,1
přátelské vztahy	1	2,1
postoje ke smrti	1	2,1
jiné	1	2,1

14.2.3 Postoje k legislativní situaci a užívání klasických psychedelik a konopí

Pokud jde o názory na zvyšování dostupnosti tzv. klasických psychedelik (tj. lysohlávky, psilocybin, LSD, ayahuasca, changa, 5-MeO DMT, DMT, sekret z *Bufo alvarius*, halucinogenní kaktusy, mezkalin, yopo, vilca, akácie, 2-CB), větší část poskytovatelů (53,2 %) si myslí, že by mohla být dostupnější v rámci vedených sezení školených a registrovaných sitterů. Pro jejich přístupnější užívání výhradně pod dozorem odborníka na duševní zdraví (např. lékaře, psychologa, psychoterapeuta) by bylo 40,3 % osob a 38,7 % pro užívání v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli, šamany. Stávající stav by neměnilo 12,9 % poskytovatelů a legislativu a její vymáhání by zpřísnilo 8,1 % z nich – tabulka 66.

Tabulka 66: Názor na zvýšení dostupnosti klasických psychedelik (n = 62)

Dostupnost	n	%
ano, v rámci vedených sezení školených a registrovaných sitterů	33	53,2
ano, ale výhradně pod dozorem odborníka na duševní zdraví (např. lékaře, psychologa, psychoterapeuta)	25	40,3
ano, v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli, šamany	24	38,7
ano, měla by být možnost získat licenci na nákup těchto látek	10	16,1
ne, stávající stav je vyhovující	8	12,9
ano, v lékárně na recept	6	9,7
ne, legislativa a její vymáhání by měly být přísnější	5	8,1
ano, podobně jako alkohol/tabák	4	6,5
ano, v lékárně na volný prodej po konzultaci	3	4,8
nevím	4	6,5

Někteří poskytovatelé (n = 45) vybrali i z konkrétních důvodů ke zpřístupňování klasických psychedelických látek, přičemž 82,2 % označilo terapeutické využití, 77,8 % snižování společenského stigmatu ohledně těchto látek, 64,4 % snižování negativního dopadu jejich užívání a 60,0 % vidí prospěch i pro zdravé lidi – tabulka 67.

Pokud jde o důvody, proč by ke zvyšování dostupnosti dojít nemělo, 80,0 % z těch, kteří se vyjádřili negativně k širšímu zpřístupnění těchto látek (tj. n = 10), si myslí, že by se zvýšily negativní dopady jejich užívání – tabulka 68.

Tabulka 67: Důvody pro zvyšování dostupnosti klasických psychedelik (n = 45) a konopí (n = 47)

Důvod	Klasická psychedelika n = 45	Konopí n = 47
	%	%
pomáhaly by lidem v terapii	82,2	51,1
snížilo by se společenské stigma ohledně psychedelik/konopí	77,8	72,3
snížily by se negativní dopady užívání	64,4	80,9
byly by prospěšné pro zdravé lidi (v osobních potížích, seberozvoji, vztazích atd.)	60,0	42,6

Tabulka 68: Důvody proti zvyšování dostupnosti klasických psychedelik (n = 10) a konopí (n = 4)

Důvod	Klasická psychedelika n = 10	Konopí n = 4
	%	%
zvýšily by se negativní dopady jejich užívání	80,0	50,0
zvýšilo by se společenské stigma ohledně psychedelik	10,0	25,0
zvýšila/podpořila by se kriminalita	10,0	25,0

Více než polovina (57,1 %) poskytovatelů zastávalo názor, že v případě konopí by mělo být umožněno samopěstování, a podle dalších 46,0 % by mělo být dostupné v tzv. společenských klubech konopí. Stávající stav považovalo za vyhovující 7,9 % a 4,8 % by legislativu a její vymáhání ještě zpřísnilo – tabulka 69.

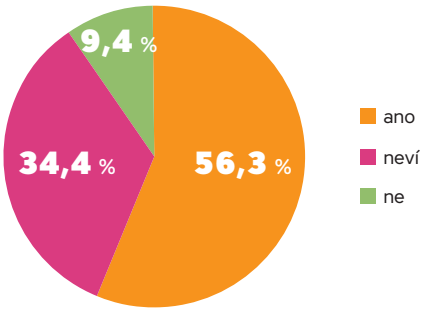
Tabulka 69: Názory na změnu dostupnosti konopí (n = 63)

Dostupnost	n	%
ano, mělo by být umožněno samopěstování	36	57,1
ano, měly by být dostupné tzv. společenské kluby konopí (social cannabis clubs)	29	46,0
ano, v rámci vedených sezení školenými a registrovanými sittery/facilitátory	15	23,8
ano, podobně jako alkohol/tabák	12	19,0
ano, v lékárně na volný prodej po konzultaci	12	19,0
ano, v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli, šamany	10	15,9
ne, stávající stav je vyhovující	5	7,9
ne, legislativa a její vymáhání by měly být přísnější	3	4,8
nevím	6	9,5

Až 80,9 % respondentů shledávalo ve zvyšování dostupnosti konopí perspektivu snížení negativních dopadů jeho užívání a 72,3 % snížení společenského stigmatu kolem něj. Někteří vnímali potenciál využití nejen pro terapeutické účely (51,1 %), ale i pro zdravou populaci (42,6 %). Pouze 4 respondenti vybrali některý z konkrétních důvodů proti zvyšování dostupnosti.

Kontrolovaná psychedelická zkušenost by měla být pro klienty dostupná podle 56,3 % poskytovatelů péče, podle 9,4 % z nich by dostupná být neměla a 34,4 % uvedlo, že neví – graf 26.

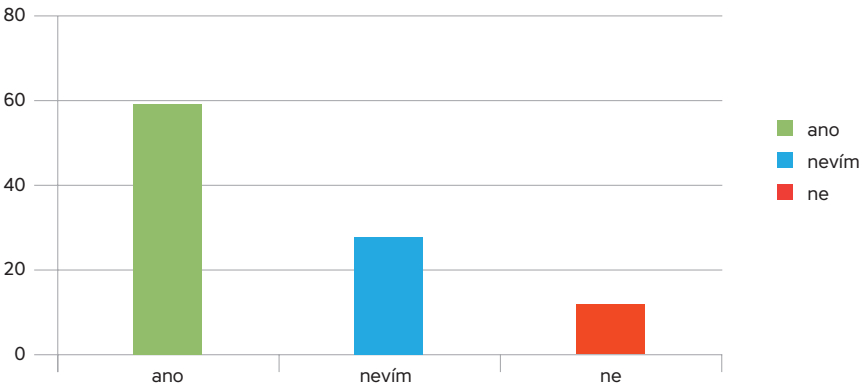
Graf 26: Názory poskytovatelů na otázku, zda by podle nich měla být kontrolovaná psychedelická zkušenost dostupná pro klienty či pacienty (n = 64)



V otevřených odpovědích na otázku, kde vidí poskytovatelé využití těchto látek pro klienty, se objevovaly oblasti práce s traumatem, terapie deprese, úzkosti, poruch osobnosti, závislostí, podle jiných obecně v rámci psychoterapie a osobním růstu, obecně v péči o duševní zdraví, včetně péče o sebe, sebepoznání, vyrovnávání se s náročnými životními situacemi, lepší porozumění sobě i světu, strachu ze smrti a celé škále dalších obtíží.

Kontrolovaná psychedelická zkušenost měla být dostupná i v rámci vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích podle 59,4 % respondentů, 28,1 % osob se k tomu nedovedlo vyjádřit a 12,5 % uvedlo názor, že by dostupná v rámci vzdělávání být neměla – graf 27.

Graf 27: Myslíte si, že by kontrolovaná psychedelická zkušenost měla být dostupná v rámci vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích?



Postoje k užívání psychedelik a konopí

Následující část obsahuje popis kvalitativních odpovědí uživatelů týkajících se postoje k užívání psychedelických látek (kromě konopí). Názor na psychedelika byl spíše kladný, ačkoliv část respondentů připouštěla, že psychedelika s sebou přinášejí rizika a nemusí

být vždy bezpečná. Většina pracovníků pomáhajících profesí vnímala u substancí terapeutický potenciál a uvítali by, kdyby uživatelé psychedelické látky mohli zkušeností projít pod dohledem profesionála. Řada poskytovatelů by uvítala, aby měli uživatelé možnost poradit se o psychedelické zkušenosti s pověřenou osobou, která by byla schopna poskytnout informace o účincích dané látky, rizicích i správném setu a settingu pro užití. Většina poskytovatelů služeb se přiklání spíše na stranu možnosti legalizace psychedelických látek, psychedelika mohou být důležitá pro seberozvoj, ale ne každý uživatel ví, do čeho jde, stejně tak dobrá kvalita psychedelické látky není snadno dostupná. Objevovala se i témata respektu k volbě lidí, jak chtějí nakládat se svým životem. Zároveň někteří respondenti by mírnější regulaci látek považovali za rizikovou až „nebezpečnou". Níže uvádíme několik vybraných odpovědí respondentů průzkumu.

Jaký je váš názor na užívání psychedelických látek (kromě konopí)?

„Neutrální. Je to věc každého, nic, co by se mělo doporučovat či nedoporučovat."

„Osobně se toho obávám – důsledků, nepříjemných zkušeností. U klientů to respektuji jako jejich volbu."

„Rozporuplný. Na jednu stranu si uvědomuji, že nikdy nezmizí, na druhou stranu vím, že to může být nebezpečné. Kdyby byla jistota, že všichni uživatelé dobře ví, do čeho jdou, byla by to (podle mě) jejich věc. Ale skutečnost je jiná."

„Myslím, že by bylo dobré, kdyby lidé obecně měli možnost se poradit s odborníky (s vlastní zkušeností) o tom: 1. jaká jsou rizika při užívání psychedelik, 2. jak rizika snížit (set, setting, přítomnost sitterů etc.*). Asi by bylo i hezké, kdyby lidé měli možnost užít psychedelika s profesionály v terapeutickém settingu, případně settingu rituálním. Myslím, že by psychedelika měla být v rukou profesionálů využitelná k terapeutickým účelům."*

„Užívání vnímám jako rizikové (především z hlediska rozvoje psychotických stavů), omezení dostupnosti však nevnímám jako řešení."

„Jsem pro legální užití, nejlépe v terapeutickém kontextu, nebo pokud bude dostatečná síť služeb následné péče, i mimo terapeutický rámec."

„Nepostihovat. Psychedelika by neměla být ilegální. Tam, kde by se dala získat, by byl i informační servis k jejich rozumnému použití."

Výzkum obsahoval i otevřenou otázku cílenou na vlastní názor poskytovatelů péče na užívání konopí. Většina dotazovaných měla vztah ke konopí spíše kladný či tolerantní (*„Každý, jak se cítí"*, *„U klientů to respektuji jako jejich volbu"*, *„Je to každého věc"*) a převažovali zastánci legalizace. V jeho užití jsou shledávány zdravotní benefity, nicméně problém podle některých poskytovatelů nastává v dlouhodobém a pravidelném užívání (*„Pokud se nejedná o denní užívání, není problematické"*). Konopí je podle poskytovatelů služeb snadno dostupné a pro nemocné osoby může mít velký zdravotní přínos, především u paliativní péče a somatických projevů různých druhů onemocnění. Nicméně jeho terapeutický potenciál byl shledáván spíše v nárazovém užití, ale při dlouhodobém užívání se objevovaly obavy týkající se rizika rozvoje duševních poruch, závislosti a psychotických stavů. Méně často se objevoval také nesouhlas vůči příliš *„benevolentnímu přístupu k užívání konopí"*, ale i názory na užívání jako *„velmi nebezpečné"* či *„škodlivé"*. Z kvalitativní části výzkumu taktéž vyplynulo, že by podle poskytovatelů

péče situaci prospělo, kdyby uživatelé konopí byli v oblasti užívání více vzděláváni a měli možnost se informovat o projevech látky, setu i settingu.

Jaký je váš názor na užívání konopí?

„Nemyslím si, že konopí je opravdu tak neškodné, jak ho někteří prezentují."

„Vzhledem ke zkušenostem z praxe vnímám jeho pozitivní účinky, např. v oblasti paliativní péče a léčby bolesti a nevolností a dalších somatických potíží. Jako velmi rizikové jej ale vnímám jako možného spouštěče vážných duševních poruch, s čímž jsem se už mnohokrát setkala."

„Jsem pro legalizaci, viz výše... Je určitě nutná mnohem vyšší informovanost (HR, prevence) o všech látkách, tak aby člověk přibližně věděl, co podstupuje a co se může přihodit, setting apod."

„Dostupnost a kvalita se zlepšuje, zejména pro léčebné užití. Bylo by dobře, kdyby se nějak dala regulovat kvalita a čistota – pomohla by legalizace."

„Užívání vnímám jako rizikové (především z hlediska rozvoje psychotických stavů), omezení dostupnosti však nevnímám jako řešení."

„Všeho s mírou, v péči máme dost klientů již závislých na konopí, kterým toto zasahuje do běžného fungování, takže nějaká regulace, vzdělávání v oblasti by být měly."

„Je to každého věc. Mělo by být legální."

„Mladým lidem by mohlo pomoci užívání pod vedením zkušených zdravotníků."

Subjektivně vnímaná rizikovost užívání psychedelik

Názory poskytovatelů na riziko, že si lidé uškodí fyzicky, jestliže užívají následující látky pravidelně (pravidelnost byla v dotazníku definována jako užívání běžné dávky zdravými lidmi s frekvencí 1–2× měsíčně) – přehledně je ukazuje tabulka 70. Velmi nízké a nízké riziko respondenti označovali nejčastěji u konopí (70,2 %), u LSD (40,4 %), lysohlávek (39,3 %) a ayahuascy (35,2 %), přičemž u těchto látek téměř stejně často vnímali i středně vysoké a vysoké riziko (LSD 38,6 %, lysohlávky 35,7 %, ayahuasca 22,3 %). MDMA a extáze byly častěji vnímány v kategoriích středně vysokého a vysokého rizika (44,7 a 45,6 %). Mnoho látek respondenti s tohoto hlediska nedokázali zařadit, například i ketamin (53,6 %) nebo ayahuascu (40,7 %). Smrtelné nebezpečí vnímali respondenti u všech látek jen zřídka (0 % – 5,5 %).

Obdobně názory na psychické riziko v případě pravidelného užívání (1–2× za měsíc u zdravého jedince) shrnuje tabulka 71. V tomto ohledu bylo konopí také ze všech látek nejčastěji vnímáno v mezích nízkého rizika (45,5 %), avšak už srovnatelně i jako látka se středně vysokým či vysokým rizikem (40,7 %). Jako středně rizikové a vysoce rizikové považovali respondenti často i pravidelné užívání LSD (51,8 %), extáze (49,1 %), lysohlávek (46,2 %), MDMA (44,9 %), ketaminu (39,7 %) či ayahuascy (36,8 %), přičemž u MDMA a extáze převažovala spíše kategorie středního rizika (25,9 % a 30,5 %) a u LSD a ayahuascy spíše vysoké riziko (32,8 a 22,8 %). Respondenti také poměrně často nedokázali z tohoto hlediska zařadit ketamin a ayahuascu (53,4 a 36,8 %), ale i jiné látky. Smrtelné nebezpečí bylo označeno jen u 3 látek, a to zcela výjimečně (1,7 %).

Tabulka 70: Subjektivně vnímaná rizikovost fyzického poškození v souvislosti s užíváním konkrétních psychedelických látek z pohledu poskytovatelů péče (n = 53–57)

Látka/látky	Velmi nízké riziko %	Nízké riziko %	Středně vysoké riziko %	Vysoké riziko %	Smrtelné nebezpečí %	Nevím %
lysohlávky/psilocybin	14,3	25,0	21,4	14,3	1,8	23,2
LSD	12,3	28,1	19,3	19,3	0	21,1
ayahuasca	16,7	18,5	13,0	9,3	1,9	40,7
halucinogenní kaktusy/mezkalin	11,3	9,4	13,2	13,2	0	52,8
konopí	29,8	40,4	14,0	3,5	0	12,3
sekret z *Bufo alvarius*	5,5	7,3	9,1	7,3	1,8	69,1
5-MeO-DMT	5,5	5,5	9,1	5,5	5,5	69,1
ketamin	7,1	7,1	17,9	10,7	3,6	53,6
extáze	12,3	17,5	26,3	19,3	1,8	22,8
MDMA	14,3	14,3	26,8	17,9	1,8	25,0
šalvěj divotvorná/salvinorin A	8,9	5,4	17,9	5,4	1,8	60,7
iboga/ibogain	8,9	3,6	7,1	7,1	0	73,2

Pozn.: „Velmi nízké riziko" bylo dále specifikováno jako „ne větší než u jiných běžných aktivit".

Tabulka 71: Subjektivně vnímaná rizikovost psychického poškození v souvislosti s užíváním konkrétních psychedelických látek z pohledu poskytovatelů péče (n = 56–59)

Látka/látky	Velmi nízké riziko %	Nízké riziko %	Středně vysoké riziko %	Vysoké riziko %	Smrtelné nebezpečí %	Nevím %
lysohlávky/psilocybin	6,9	25,9	24,1	24,1	1,7	17,2
LSD	6,9	24,1	19,0	32,8	0	17,2
ayahuasca	3,5	22,8	14,0	22,8	0	36,8
halucinogenní kaktusy/mezkalin	3,6	12,5	16,1	19,6	0	48,2
konopí	15,3	30,5	25,4	15,3	0	13,6
sekret z *Bufo alvarius*	1,8	7,0	7,0	19,3	0	64,9
5-MeO-DMT	0	7,1	7,1	17,9	0	67,9
ketamin	0	6,9	19,0	20,7	0	53,4
extáze	3,4	23,7	30,5	18,6	1,7	22,0
MDMA	6,9	20,7	25,9	19,0	0	27,6
šalvěj divotvorná/salvinorin A	1,7	10,3	15,5	10,3	1,7	60,3
iboga/ibogain	1,8	7,1	10,7	10,7	0	69,6

Pozn.: „Velmi nízké riziko" bylo dále specifikováno jako „ne větší než u jiných běžných aktivit".

>15

Kapitola 15

Metodologické aspekty a limity

Pokud jde o tematické vymezení výzkumu a zvolenou terminologii, v odborné komunitě nepanuje shoda, zda je vhodné látky, které nepatří mezi klasická psychedelika, ale mají potenciál vyvolat psychedelický účinek (např. psychoaktivní konopí, MDMA, ketamin a řada dalších), zařazovat pod souhrnné označení „psychedelika". Pro tento projekt jsme se rozhodli pracovat s psychedeliky v širším pojetí, čemuž odpovídá i používaná terminologie. Důvodem pro toto rozhodnutí bylo primární zaměření projektu na specifika psychedelického účinku, který je charakteristický výrazným psychologickým účinkem, oproti možnosti věnovat se klasickým psychedelikům podle farmakologické definice. Tento účinek může nabývat různých podob (viz kap. Vymezení a účinky psychedelik), pojí se s řadou specifických projevů a důsledků, a to právě i u této skupiny atypických psychedelik, kdy právě například v případě psychoaktivního konopí přibývá studií ukazujících na jeho schopnost vyvolat jistou formu psychedelické či spirituální zkušenosti.[25, 60, 61] Adekvátní péče při této zkušenosti napříč touto širokou skupinou látek však není v České republice dostupná, a to ani u poměrně rozšířeného konopí. Dalším důvodem, proč používáme pojem psychedelika v takto širokém rozpětí, je skutečnost, že majoritní část výzkumného souboru online studie mezi uživateli psychedelik má skutečně alespoň jednu zkušenost s klasickým psychedelikem.

Teoretická rešeršní část neměla charakter systematického přehledu, a to mimo jiné proto, že v daném rozsahu jej nebylo možné v rámci tohoto projektu realizovat. I když přehled byl zpracován co možná nejpečlivěji a nejzodpovědněji vzhledem k současnému stavu poznání a se snahou vyhnout se publikačnímu biasu, je pravděpodobné, že pominul některé relevantní zdroje informací.

S průřezovým dotazníkovým designem se pojí limity typu informační (recall) bias a zkreslení dané vyhýbavými odpověďmi (evasive answer bias), které vedou k podhodnocení případných (populačních) odhadů. Dalším limitem je nízký počet respondentů u některých látek nebo kategorií látek, které mohou být příčinou výběrové chyby, jak dokládají také široké intervaly spolehlivosti. Odhady založené na nízkých *n* by tak měly být interpretovány opatrně.

Sekundární analýza dat NMS z let 2016 a 2018 je založena na analýze již existujících dat celopopulačních studií na (kvazi)reprezentativních vzorcích dat. V důsledku toho jsou výsledky týkající se populační prevalence užívání a sociodemografie uživatelů omezeny na látky, které byly sledovány v těchto šetřeních, tedy konopí, halucinogenní houby, LSD, extázi, ketamin, ayahuascu a kategorii „jiné halucinogeny" (přičemž poslední dvě skupiny byly zařazeny pouze v roce 2018).[275, 276] Další limity výzkumu vycházejí z formulací otázek a použité terminologie, například počet osob, které uvedly užití „extáze", nemusí odpovídat počtu uživatelů MDMA.

Průzkum mezi uživateli a poskytovateli péče byl proto koncipován tak, aby doplnil poznání, které není možné získat z dat sbíraných v rámci celopopulačních šetření, tedy zejména podrobněji popsat širokou škálu subjektivních zkušeností pojících se s užitím i méně častých psychedelik, různé způsoby užívání a postoje lidí se zkušeností s psychedeliky. Aby byl do výzkumného souboru získán dostatek respondentů se zkušeností s užíváním psychedelik, byla zvolena metoda anonymního průřezového průzkumu se sebenominováním osob s minimálně jednou zkušeností s psychedeliky. Ačkoliv je tento design pro dané účely vhodný a představuje prakticky jedinou možnost, jak bez existující opory výběru prozkoumat skrytou populaci uživatelů psychedelik, s jeho použitím se pojí zase jiná řada metodologických problémů souvisejících zejména s výběrovým zkreslením.[278]

Vzhledem k metodě samovýběru vzorku není možno výběr považovat za reprezentativní a zobecňování výsledků na celou populaci uživatelů psychedelik je tak problematické.[279] Zároveň však díky ochotě respondentů se účastnit umožňuje hlubší vhled do dosud málo prozkoumané problematiky.[280] Protože byl dotazník umístěn na webovém rozhraní, mohli jej vyplnit pouze respondenti s přístupem k internetu. Při použití této metody sběru dat se ukazuje, že může být nedostatečně zastoupena například starší populace, etnické menšiny či lidé s nižším vzděláním.[281] Dále lze předpokládat, že lidé s aktuálními problémy vyvolanými psychedelickou zkušeností se šetření mohli účastnit v menší míře, tedy že respondenti měli spíše tendenci k souhlasnému postoji k psychedelickým látkám, což mohlo ovlivnit zjištěnou míru pozitivních či negativních zkušeností. Vedle omezení daných způsobem výběru a online sběrem dat je však uváděna řada pozitiv online průzkumů zaměřených na užívání psychoaktivních látek, jako je vyšší pocit anonymity a soukromí respondentů, jejich ochotu odpovídat na otázky týkající se užívání nelegálních drog a tím menší informační chyba daná vyhýbavými odpověďmi – z těchto důvodů jsou online studie čím dál častěji považovány za cenný nástroj pro sledování užívání psychoaktivních látek.[282, 283]

Respondenti byli dotazováni na zkušenosti v průběhu celého jejich života, mnoho zážitků tak již mohlo být zapomenuto nebo zkresleno. Abychom prozkoumali obecné zkušenosti s těmito látkami v dané populaci, obvykle jsme se dotazovali na nejčastější způsob užívání, případně na dopady zkušenosti bez ohledu na kontext užití. Nebyly tedy např. podrobně zkoumány souvislosti konkrétního aspektu užití (látka, set či setting atd.) s konkrétní pozitivní či negativní zkušenosti. Nebyly také zjišťovány podrobnosti týkající se duševních či fyzických obtíží, včetně například závažnosti těchto obtíží či frekvence jejich výskytu. Pro otázky týkající se duševních potíží nebo duševní pohody a spokojenosti nebyly s ohledem na rozsah dotazníku vzhledem širokému záběru studie použity standardní psychometricky ověřené nástroje.

Odpovědi na otevřené otázky nebyly systematicky kategorizovány a analyzovány, ve výsledcích jsou použity selektivně pro ilustraci některých fenoménů.

Výsledky tohoto projektu, tj. rešeršní části, sekundárních analýz, průzkumů mezi uživateli a poskytovateli služeb v této publikaci jsou interpretovány s ohledem na jejich význam a doporučení pro rozvoj služeb pro uživatele psychedelik a využití psychedelik ve výzkumu a praxi ve formálním klinickém i neklinickém kontextu. Tato doporučení byla diskutována v rámci kulatých stolů, jichž se účastnila vybraná skupina relevantních odborníků. Interpretace výsledků a formulovaná doporučení odrážejí zaměření výzkumu a jeho cíle a jiným důležitým aspektům psychedelické péče, jako jsou např. (tradiční) léčitelská praxe[284] či náboženský kontext užívání psychedelik,[73] se nevěnují vůbec či se jim věnují jen okrajově.

>16

Kapitola 16

Souhrn zjištění

R. Kočárová, B. Bláhová, Z. Postránecká, T. Dleštíková

16.1 Vymezení a účinky psychedelik

Existuje poměrně široká škála látek s potenciálem vyvolat psychedelický účinek, jejich dělení není ve světové literatuře jednoznačné. Jedno z možných je na klasická a atypická (neklasická) psychedelika.[13] Z farmakologického hlediska je v odborné literatuře tato skupina častěji nazývána jako halucinogeny,[18] tento termín je však někdy považován za stigmatizující a zavádějící, protože např. klasická psychedelika typicky pravé halucinace nezpůsobují.[18]

Klasická psychedelika jsou primárně agonisty serotoninových receptorů (5-hydroxytryptamin nebo 5-HT_{2A}) chemickou strukturou odvozené od tryptaminů, fenylethylaminů nebo lysergamidů. Atypická psychedelika a další látky s psychedelickým účinkem (viz níže) se liší svým mechanismem účinku a patří sem disociativa, empatogeny/entaktogeny, rostlinné delirogeny, kanabinoidy (THC) a další látky (např. salvinorin A nebo ibogain obsažený v keři čeledě *Apocynaceae*, zejména *Tabernanthe iboga*).[13]

Pro účely tohoto projektu jsou látky s psychedelickým účinkem označovány jako „psychedelika", „psychedelické látky" nebo „látky s psychedelickým účinkem". Pro označení primárních agonistů 5-HT receptorů používáme termín „klasická psychedelika".

Psychedelické látky jsou charakteristické účinky, které zahrnují intenzivní změnu vědomí a škálu různých prožitků na úrovni vnímání, prožívání, myšlení a chování. Psychedelickou zkušenost lze popsat v rámci faktorů: zkušenost jednoty, spirituální zkušenost, blaženost, bystrost, inkarnace, narušená kontrola a kognice, úzkost, komplexní představy, elementární představy, audiovizuální synestézie a změněný význam vnímání.[23] Od jiných nevšedních stavů vědomí ji pak může dělit její terapeutický a heuristický potenciál.[19] Charakteristické jsou prožitky transpersonální či spirituální povahy, ve své nejintenzivnější podobě popisované jako rozpuštění či rozpad ega, prožitek jednoty, oceánská bezbřehost, mystická či vrcholná zkušenost.

16.2 Kontext užívání psychedelik – „set" a „setting"

Charakter psychedelické zkušenosti závisí jak na látce (typu, dávce, kombinaci), tak na kontextu užití, tedy na individuálních charakteristikách (tzv. set) a na okolním prostředí, ve kterém ke zkušenosti dochází (tzv. setting).

Tyto proměnné mají podstatný vliv na výsledný účinek psychedelik během samotné zkušenosti i po uplynutí akutní fáze účinku. Napříč různými kontexty k redukci rizik

a škod a maximalizaci možných přínosů je považováno za vhodnější nějakým způsobem strukturované či kontrolované užití (může zahrnovat např. užití pod dohledem kompetentní osoby odborníka, screening na možné kontraindikace, adekvátní přípravu a následnou péči, resp. integraci zkušenosti), aspekty jako připravenost na zkušenost, jasný záměr k užití a přítomnost důvěryhodných osob, prostředí založené na důvěře, informacích a podpoře.[11, 49, 63] Mezi rizikové faktory patří např. neinformované užití, neadekvátní péče či absence péče, nebezpečný obsah užité látky či užití kombinace různých psychoaktivních látek, nevhodná dávka nebo zdravotní kontraindikace.

Psychedelika jsou užívána s různou motivací, včetně rekreace,[83] seberozvoje, změny nálady a zábavy, duchovního, náboženského a spirituálního rozměru, léčení duševních a fyzických obtíží, rozšiřování vědomí.[66, 67, 81–84]

16.3 Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života

Některá psychedelika jsou užívána po tisíciletí, v moderní společnosti byla zkoumána v 60. letech 20. století. V té době bylo významným centrem výzkumů také Československo. V posledních letech dochází k renesanci výzkumu a praktického využití psychedelik v léčbě. Rychle rostoucí množství studií přináší slibné výsledky o jejich bezpečnosti při vhodném užití a jejich potenciálu v oblasti péče o duševní zdraví, včetně léčby širokého spektra duševních nemocí (vč. depresivních a úzkostných onemocnění, traumatu a závislostí). Užití psychedelik je i mimo formální léčbu spojeno s řadou příznivých účinků v oblasti životní spokojenosti a duševního zdraví, psychické i fyzické pohody a kvality života či snížení míry užívání některých psychoaktivních látek (např. alkoholu). Důkazní báze o účinnosti a bezpečnosti psychedelik při léčbě širokého spektra duševních nemocí (např. depresivních a úzkostných onemocnění, traumatu a závislostí), v rámci paliativní péče i podpory zdraví u zdravých jedinců se rozšiřuje.

Klasická psychedelika jsou z hlediska rizika vzniku závislosti a fyziologické toxicity považována za relativně bezpečné látky.[129] Úmrtí na předávkování jsou velmi vzácná, a to i v ČR. Přesto se hlavně s neadekvátním užitím pojí řada rizik a negativních dopadů, zejména na úrovni rozvoje či zhoršení symptomů duševního zdraví, náročné psychedelické zkušenosti a (re)traumatizace, rozvoje flashbacku či HPPD, psychospirituální krize, serotoninového syndromu nebo úrazů.

16.4 Legislativní status psychedelik a související nařízení v České republice

V České republice jsou psychedelika řazena mezi omamné a psychotropní látky (OPL), tj. zákonem zakázané návykové látky, jejichž přechovávání, popř. pěstování pro vlastní potřebu v „množství větším než malém“, jakož i jiné nakládání s nimi, a to již bez ohledu na množství, je trestným činem, a tedy přísně postihováno. Ani v menším množství není tolerováno a je klasifikováno jako přestupek.

V současnosti u nás neexistuje platná legislativa založená na diferenciaci návykových látek vycházející z vědeckého poznání a s tím související racionální drogová politika zohledňující

specifika jednotlivých návykových látek, zejména míru jejich škodlivosti, rizikovosti a závislostní potenciál. K terapeutickému potenciálu a vědeckému poznání těchto látek tak ani v praxi zpravidla není přihlíženo. Zatímco z již provedených výzkumů vyplývá léčebný, resp. terapeutický potenciál psychedelik, legislativa toto žádným způsobem nezohledňuje, a tak komplikuje nejen další výzkum, ale i terapeutické využití psychedelik.

Realizace a nabídka pomáhajících služeb, osvětových, preventivních a vzdělávacích aktivit relevantních pro látky s psychedelickým účinkem (tj. zohledňující jejich specifika) jakožto nedílných aktivit racionální drogové politiky je dnes limitována či ohrožena možným rizikem trestního postihu za trestný čin šíření toxikomanie a skutečností, že i držení látky pro osobní potřebu je sankcionováno.

Ustanovení 287 o šíření toxikomanie trestního zákoníku skrze svou vágní definici významně limituje či ohrožuje jakékoliv aktivity související s racionální protidrogovou politikou, včetně poskytování služeb, sekundární a terciální prevence nebo osvěty odborné i laické veřejnosti.

Tato situace vede ke zvýšení rizik při užívání psychedelik z nelegálního trhu a ke kriminalizaci jejich uživatelů, a to včetně těch, kteří užívají psychedelika v kontrolovaném a potenciálně bezpečném kontextu v rámci seberozvoje či léčby. Lidé se tak dostávají do potenciálně rizikových situací, protože nemohou látku získat legálně a nemají možnost získat ani legální odbornou asistenci a pomoc. Existující služby poskytující podporu uživatelům psychedelik a realizující další aktivity informující o skutečných účincích těchto látek jsou vystaveny riziku trestního stíhání.

16.5 Služby a intervence psychedelické péče

Současná nabídka adiktologických služeb v ČR se s potřebami uživatelů psychedelik často míjí. Jsou majoritně zaměřeny na léčbu závislosti na návykových látkách a závislostního chování a na zdravotní a sociální dopady s ní spojenými.

Ve světě již existuje řada služeb a intervencí v oblasti psychedelické péče (tj. pomáhajících služeb v oblasti práce s psychedelickou zkušeností). Velká část z nich je založena na přístupu harm reduction, tj. prevenci a řešení škod vyplývajících z užívání psychedelik. Mezi ně patří například: podpůrné a terapeutické skupiny psychedelické integrace (následné práce s psychedelickou zkušeností), individuální integrace, poradenství a informační materiály zaměřené na edukaci a prevenci rizik, testování čistoty látek, krizové telefonní nebo online linky či bezpečný prostor pro absolvování zkušenosti, asistence vyškoleného dohledu během psychedelické zkušenosti nebo svépomocné a podpůrné skupiny a aktivity včetně tzv. (konopných) sociálních klubů.

Další oblast zahrnují služby pracující s kontrolovanou zkušeností s psychedeliky, kdy je látka ověřené kvality podávána jako součást služby a celá intervence zahrnuje část přípravnou, asistenci během akutní fáze účinku a následnou péči. Rozvoj služeb tohoto typu je limitován legislativním postavením psychedelik jako přísně kontrolovaných, tzv. nelegálních drog. Přesto jsou tyto služby v některých zemích nebo jurisdikcích dostupné ve formě specializovaných klinických i nezdravotnických center a zařízení,

kde jsou psychedelika (pro tyto účely) legální nebo kde byla dekriminalizována, v rámci klinického výzkumu či off-label podávání psychedelik v klinické praxi.

V ČR existují ojedinělé léčebné a poradenské služby určené uživatelům psychedelik, které nabízejí např. organizace Diabasis, Holos Centrum, Beyond Psychedelics, Česká psychedelická společnost, Psychedelická klinika Psyon a řada terapeutů ve své soukromé praxi. Tyto programy nabízejí zejména psychoterapeutické konzultace v oblasti integrace psychedelické zkušenosti a poradenství, podpůrné skupiny psychedelické integrace či podporu a řešení nežádoucích akutních stavů vyvolaných po užití psychedelik na hudebních akcích. V současnosti probíhá preklinický i klinický výzkum psychedelik (zejména terapeutického využití psilocybinu, ketaminu a MDMA) také v ČR v Národním ústavu duševního zdraví. Další legální výjimku představuje off-label užití ketaminu a esketaminu (S-formy ketaminu) pro léčbu farmakorezistentní deprese. V ČR je dále pro vybrané zdravotní indikace dostupná ketaminem asistovaná terapie a léčebné konopí. Širší použití psychedelik ve formálním i neformálním terapeutickém kontextu je limitováno jejich zákonnou regulací.

16.6 Prevalence užívání psychedelik v ČR a sociodemografie uživatelů: sekundární analýzy celopopulačních studií

Prevalence užívání psychedelik a sociodemografie uživatelů v ČR
Některou psychedelickou látku užilo někdy v životě přibližně 28–30 % české dospělé populace (tj. přibližně 2 miliony obyvatel), z toho nejčastěji konopí (26–27 %). Klasická psychedelika (tj. LSD, halucinogenní houby nebo ayahuascu) někdy v životě užilo 5–6 % dospělé populace (tj. 350–430 tis. obyvatel). Za posledních 12 měsíců uvedlo užití jakékoliv psychedelické látky přibližně 9–11 % dospělé populace (590–750 tis. obyvatel), z toho klasická psychedelika 0,7–1,9 % populace (tj. 50–130 tis. obyvatel). Přibližně 8 % (tj. 550 tis.) užilo psychoaktivní konopí pro léčebné účely.

Uživatelé psychedelik byli častěji muži (70 %) ve věku 15–34 let, svobodní (68 %), s nižším dosaženým vzděláním (základní nebo nižší střední) (63 %), měli nižší čistý příjem (pod 10 000 Kč) (39 %) nebo byli finančně neaktivní (39 %) a žili ve městech nad 100 000 obyvatel (33 %). V případě konopí pro léčebné účely byly uživatelkami častěji ženy vyššího věku (90 % starší 35 let).

16.7 Zkušenosti a postoje uživatelů psychedelik: průřezová studie (n = 1 415)[1]

Žádná z otázek nebyla povinná, uváděné podíly jsou tak z různě velkých skupin respondentů, kteří poskytli odpověď na konkrétní otázku (tj. n = 1 219–1 415).

1 Podíly (v %) v závorkách odkazují vždy pouze na uživatele konkrétní látky (na celý soubor respondentů), konkrétní počty uživatelů u jednotlivých látek jsou v části výsledků průřezových studií v rámci této publikace.

Vzorce užívání psychedelik – kontext, motivace, příprava a integrace
Mezi nejčastěji užité látky alespoň jednou v životě patřilo konopí (94 %), lysohlávky (68 %), LSD (67 %), extáze/MDMA (59/57 %). S konopím měla většina uživatelů (63 %) zkušenost více než 100× v životě. V případě dalších látek uváděli respondenti většinou užití maximálně 20× za život. Nejčastější první užitou psychedelickou látkou v životě (mimo konopí) bylo LSD (31 %) a lysohlávky (31 %), a to nejčastěji ve věku 16–19 let.

Z pohledu uživatelů v České republice byla psychedelika užívána s různou motivací, ta se lišila v závislosti na typu látky. U klasických psychedelik převažovala motivace spirituální (43–80 % podle jednotlivých látek), sebepéče a seberozvoj (46–63 %), zábavy (3–60 %) a existenciální důvody (31–46 %). Mezi méně častými motivacemi byly sociální důvody (6–11 %), psychické (5–17 %) a fyzické obtíže (0–13 %). U ketaminu, konopných extraktů, konopí, MDMA a extáze (63–95 %) převažovala motivace zábavy, ale užívány byly i z jiných důvodů. Léčení psychických potíží bylo nejčastější u konopí, konopných extraktů a ayahuascy (26 %, 21 % a 21 %).

Většina respondentů získávala psychedelika od známých či kamarádů (78 %). Látky byly užívány venku v přírodě, v původním kontextu látky (např. rituální prostor v amazonské džungli), v prostředí hudebních akcí a festivalů, doma či v jiném, důvěrně známém prostředí. Látky byly užívány v různém sociálním kontextu, ve skupině lidí, s partnerem/kou, s kamarádem/kou, o samotě, s nějakým typem supervize/dohledu během zkušenosti (např. léčitelem, šamanem, facilitátorem či sitterem). Užití v přítomnosti klinického pracovníka nebo terapeuta se objevovalo jen ojediněle, a to napříč všemi látkami. Fyzické i sociální prostředí, ve kterém byly látky nejčastěji užívány, se v závislosti na konkrétní látce lišilo.

Přibližně polovina uživatelů uvedla, že se nějakým způsobem na zkušenost připravovali, 80 % zkušenosti nějakým způsobem integrovali, nejčastěji sdílením s přáteli.

Mikrodávkování
Zkušenost s mikrodávkováním uvedlo 453 osob (33 %), nejčastěji z důvodů zvědavosti (62 %), zvýšení kreativity (54 %) a produktivity (44 %) a možného zlepšení psychických potíží (40 %). Až 84 % osob hodnotilo dopady mikrodávkování během užívání pozitivně, po ukončení užívání již pouze 50 %.

Dopady užívání psychedelik na zdraví a kvalitu života
Mezi respondenty studie převažovalo celkově pozitivní hodnocení vlivu zkušeností s psychedeliky na životní spokojenost a psychickou pohodu. V případě klasických psychedelik šlo o 36–93 % uživatelů podle látky, nejčastěji bylo pozitivní hodnocení uváděno v případě užití sekretu ze žáby *Bufo alvarius* (93 %), ayahuascy (90 %) a LSD (85 %). Negativní hodnocení uvedlo 2–17 % uživatelů podle látky.

Převážně pozitivní hodnocení se objevovalo i v případě konopí a konopných extraktů (63 a 62 %), MDMA a extáze (61 a 46 %) a ketaminu (45 %). Spíše negativně byl vliv u těchto látek uváděn u 10–22 % uživatelů.

Respondenti po užití psychedelik uváděli alespoň jednu zkušenost jak se zlepšením (60 %), tak se zhoršením (39 %) některých duševních symptomů. Ke zlepšení docházelo nejčastěji v případě úzkostných a depresivních psychických potíží, zejména v případě většiny

klasických psychedelik, dále i MDMA a extáze. V případě konopí, konopných extraktů a ketaminu šlo nejčastěji o zlepšení depresivních obtíží.

V oblasti zhoršení či vyvolání duševních obtíží byly nejčastěji uváděny symptomy depersonalizace a derealizace, které převažovaly například u lysohlávek, LSD a ketaminu. Další často uváděné obtíže byly úzkostné symptomy, a to zejména v případě konopných extraktů a konopí, dále i depresivní obtíže v souvislosti s užitím konopí, extáze anebo MDMA.

Necelá polovina (42 %) respondentů vypověděla, že během užití psychedelik někdy zažili traumatickou či zraňující zkušenost. Podobně polovina (53 %) uživatelů uvedla, že jim naopak zkušenost pomohla se zpracováním některé traumatické události z minulosti.

Psychedelika užívali i lidé s diagnostikovaným duševním onemocněním (13 %), nejčastěji to u nich byly úzkostné (69 %) a depresivní (67 %) poruchy. U většiny z nich (76 %) bylo toto onemocnění přítomno i během jejich zkušenosti s psychedeliky. Většina z nich (tj. 69 % ze 175 respondentů) uvedla, že psychedelika toto onemocnění ovlivnila pozitivně. Podle 6 % ze všech respondentů jejich zkušenost vedla k rozvoji duševního onemocnění, podle 27 % uživatelů tato zkušenost mohla napomoci k tomu, aby se u nich žádné duševní onemocnění nerozvinulo.

I v případě celkového hodnocení vlivu užití psychedelik na fyzickou pohodu a na další oblasti života, jako např. vztah k sobě samému, životní hodnoty, vztah k přírodě či přátelské vztahy, převažovalo pozitivní hodnocení zkušenosti.

Přibližně polovina (47,5 %) ze všech respondentů uvedla, že jejich zkušenost s psychedeliky ovlivnila míru jejich užívání jiných psychoaktivních látek, nejčastěji šlo o zkušenost s klasickým psychedelikem, které vedlo ke snížení míry užívání anxiolytik, alkoholu, antidepresiv, pervitinu, kokainu, tabáku či antipsychotik. V menší míře docházelo i ke zvýšení míry užívání, nejčastěji šlo o antipsychotika, tabák, kokain aj. I v případě konopí a konopných derivátů také převažovalo snížení míry užívání dalších látek, a to nejčastěji v případě pervitinu, antidepresiv a alkoholu.

Specifická rizika užívání psychedelik

Specifickým typem prožitku je náročná psychedelická zkušenost. V našem průzkumu uvedlo takovou zkušenost 894 osob (64 %). Mezi příčiny patřily faktory na úrovni setu, settingu a látky.

Až 31 % z nich charakterizovalo tuto zkušenost jako traumatickou, 48 % jako bad trip a 67 % jako transformační. Tuto zkušenost zařadilo 45 % respondentů mezi 10 nejvýznamnějších zážitků v životě a převažovalo pozitivní hodnocení této zkušenosti.

Objevovaly se i následné flashbacky (43 %), psychospirituální krize (28 %), psychické obtíže (14 %), serotoninový syndrom (4 %) či fyzické zranění během zkušenosti (3 %). Tyto zkušenosti byly častěji zpětně hodnoceny jako pozitivní.

Názory na služby a zkušenosti s nimi

Pouze 16 % všech respondentů považovalo současné služby pro uživatele psychedelik za dostatečné, 48 % respondentů uvedlo, že neví, kam se obrátit v případě obtíží.

Přes dvě třetiny (69 %) uživatelů by specializované služby uvítalo, zájem byl o služby testování čistoty látek, služby edukativní (např. videa o látkách a jejich bezpečnosti, encyklopedii látek, seznam služeb), poradenské (např. online i telefonické krizové a poradenské linky), podpůrné a terapeutické (např. psychoterapeutické centrum, integrační a podpůrné skupiny, osobní službu sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti, komunitní centrum se vzdělávacím programem, prostor pro bezpečné projití psychedelickou zkušeností) aj. Zájem (63 % uživatelů) byl i o využívání konopných klubů (angl. cannabis social clubs), které by nad rámec již zmíněných služeb nabízely i možnost společného pěstování konopí (79 %).

Mezi hlavními kompetencemi, které by měl mít odborník v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik a také během samotné zkušenosti, byla nejčastěji uváděna vlastní psychedelická zkušenost (84 a 81 %) a zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností (67 a 74 %), specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik (64 a 60 %). Následovaly tradičnější kompetence, jako je psychoterapeutické vzdělání (62 a 52 %) či kurz první pomoci (58 a 69 %) aj. Zdravotnické vzdělání považovalo za důležité pouze 15 a 21 % uživatelů.

Názory a postoje k současné regulaci psychedelik

Uživatelé psychedelik většinou nebyli spokojeni se současnou regulací klasických psychedelik (86 %) a konopí (89 %) a navrhovali by její zmírnění. V případě klasických psychedelik by umožnili užívání nejčastěji v různých typech kontrolované zkušenosti: v rámci sezení vedených školenými a registrovanými sittery (51 %), v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli a šamany (43 %) nebo pod dohledem odborníka na duševní zdraví (např. lékaře, psychologa, psychoterapeuta) (34 %). Celkem 28 % respondentů si myslí, že by mělo být možné získat licenci na nákup těchto látek. V případě konopí převládal názor, že by mělo být umožněno samopěstování (69 %), ale zájem byl i o jiné modely regulace. Důvodem pro méně restriktivní legislativu bylo označováno terapeutické využití, snižování společenského stigmatu ohledně těchto látek, snižování negativního dopadu jejich užívání i přínos pro zdravé lidi.

16.8 Zkušenosti a postoje pracovníků pomáhajících profesí: průřezová studie (n = 65)[2]

Uživatelé psychedelik jako klienti služby

Celkem 80 % (tj. n = 51) respondentů se v rámci své praxe setkalo s uživateli psychedelik, nejčastěji měli zkušenost s konopím (92 %), extází (86 %), LSD (75 %), lysohlávkami (71 %), MDMA (49 %), ketaminem (31 %), konopnými extrakty (26 %), ale i se šalvějí divotvornou (18 %), ayahuascou (12 %), MDA (12 %), sekretem žáby *Bufo alvarius* (10 %), rostlinnými delirogeny (10 %) či syntetickým DMT (8 %), v menší míře i s dalšími psychedeliky.

2 Není-li uvedeno jinak, pak % v závorkách odkazují k celému souboru respondentů, kteří na danou otázku odpověděli (tj. n = 59–65).

Souvislost mezi užíváním psychedelik a duševním onemocněním
Až 63 % (tj. n = 32) poskytovatelů služeb pozorovalo u svých klientů rozvoj některého duševního onemocnění v souvislosti s užitím psychedelik, nejčastěji šlo o psychotické onemocnění (schizofrenie) (69 %), akutní psychózy (63 %), poruchy spánku (63 %), syndrom závislosti (56 %), fobie (47 %), jiné úzkostné poruchy (47 %) či depresivní onemocnění (41 %). Jako spouštěč bylo nejčastěji podle pracovníků uváděno konopí (84 %). Z nich podle 32 % respondentů se u klientů vyskytovalo nějaké duševní onemocnění již před psychedelickou zkušeností.

Přímá zkušenost s uživateli psychedelik pod akutním vlivem látky
S klientem pod akutním vlivem psychedelické látky se setkalo 47 % (n = 24) poskytovatelů, nejčastěji byli pod vlivem konopí (96 %), lysohlávek (33 %), extáze (29 %), LSD (25 %), MDMA (21 %) nebo ketaminu (8 %). Více než polovina (54 %) z nich uvedla, že tato zkušenost byla pro ně či pro klienta/pacienta náročná, z nich 25 % tuto zkušenost považovalo za náročnou pro obě strany. Pouze méně než polovina pracovníků (42 % z 24) uvedlo, že dokázali svým klientům pomoci.

Přímá zkušenost s uživateli psychedelik popisujícími předchozí zkušenost s užitím
Většina pracovníků (84 %) se setkala s klienty, kteří jim popisovali svou dřívější psychedelickou zkušenost, nejčastěji v souvislosti s konopím (62 %), LSD (57 %), lysohlávkami (50 %), extází (50 %), MDMA (38 %), méně často s ketaminem (21 %) či ayahuascou (12 %). Z nich většina (74 %) tuto zkušenost hodnotila spíše pozitivně a 26 % spíše negativně. Podle 26 % respondentů tito klienti potřebovali pomoc s integrací zkušenosti a většinou (82 %) jim dovedli pomoci.

Pomáhající pracovníci také často (75 %) uváděli, že jim už klienti někdy popisovali negativní stavy spojené s užitím psychedelik. Šlo zejména o úzkostné stavy (79 %), bad trip (76 %), psychotické symptomy (63 %), smutek nebo deprese (53 %), flashbacky (50 %) a depersonalizace nebo derealizace (50 %).

Postoje a zkušenosti v oblasti služeb pro uživatele psychedelik
Podle 62 % respondentů z řad poskytovatelů služeb v ČR není dostatečná pomoc uživatelům psychedelik, 50 % pracovníků nepovažuje za dostatečnou ani podporu pro profesionály přicházející do kontaktu s uživateli psychedelik a celkem 79 % poskytovatelů by ocenilo specializovaná školení. Téměř všichni (94 %) pracovníci si myslí, že kdyby byl systém služeb organizován jinak, dalo by se předejít nežádoucím událostem spojeným s užíváním psychedelik.

Mezi službami, které by měly být dostupné pro uživatele psychedelik, se objevovalo nejčastěji online poradenství (73 %), anonymní telefonická linka pro dotazy (69 %), katalog organizací či odborníků (66 %), psychoterapeutické centrum (66 %) a podpůrné skupiny (59 %). Přibližně polovina poskytovatelů by ocenila také online krizovou linku, nízkoprahové centrum pro uživatele psychedelik, integrační skupiny či osobní službu sittera nebo terapeuta během samotné zkušenosti. Většina (79 %) poskytovatelů byla pro zavedení testování čistoty a kvality substancí.

Mezi důležité kompetence poskytovatelů služeb v rámci přípravné a následné péče o uživatele psychedelik patřily z pohledu 72 % poskytovatelů kurz první pomoci, psychoterapeutické vzdělání a specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik. V případě

kompetencí odborníků přítomných během psychedelické zkušenosti šlo nejčastěji o kurz první pomoci (84 %), základy krizové intervence (75 %), zkušenost s provázením psychedelickou zkušeností (73 %), specializovaný kurz pro práci s uživateli psychedelik (68 %), psychoterapeutické vzdělání (52 %) a vlastní psychedelická zkušenost (43 %).

Názory na legislativní situaci ve věci psychedelik a konopí

Podle poskytovatelů péče by klasická psychedelika měla být dostupnější v rámci sezení vedených školenými a registrovanými sittery (53 %), pod dozorem odborníka na duševní zdraví (např. lékaře, psychologa, psychoterapeuta) (40 %) či v rámci rituálů vedených tradičními léčiteli a šamany (39 %). Důvodem by bylo terapeutické využití (pro 82 %), snižování společenského stigmatu ohledně těchto látek (pro 78 %), snižování negativního dopadu jejich užívání (64 %) a přínos i pro zdravé lidi (60 %). Stávající stav by neměnilo 13 % poskytovatelů a legislativu a její vymáhání by zpřísnilo 8 %.

V případě konopí by podle více než poloviny (57 %) respondentů mělo být umožněno samopěstování a 46 % by bylo pro vznik tzv. společenských klubů konopí (cannabis social clubs). Oproti tomu 8 % považuje naopak stávající stav za vyhovující a 5 % by legislativu a její vymáhání ještě zpřísnilo.

>17

Kapitola 17

Závěr a doporučení

Z projektu vyplynulo, že míra zkušeností české populace s užíváním látek s psychedelickým účinkem je relativně vysoká, některou psychedelickou látku užilo přibližně 30 % obyvatel ČR ve věku 15–64 let (tj. odhadem 2 miliony obyvatel), z toho klasická psychedelika (po vyloučení konopí, extáze a ketaminu; tj. halucinogenní houby, LSD a ayahuascu) užilo v životě přibližně 350–430 tis. osob. Motivací pro užití bývá zábava, seberozvoj a sebepéče, spirituální, existenciální motivy/důvody a léčba psychických či fyzických potíží. Specifický způsob užití představuje tzv. mikrodávkování, kdy jsou cíleně užívány tak malé dávky látky, aby nedošlo k psychedelickému účinku.

Zejména klasická psychedelika jsou z hlediska rizika vzniku závislosti a toxicity považována za relativně bezpečné látky. Užití psychedelik je i mimo formální léčbu spojeno s řadou příznivých účinků v oblasti životní spokojenosti a duševního zdraví, psychické i fyzické pohody a kvality života, přičemž mezi uživateli psychedelik v naší studii v souladu s literaturou převažovalo pozitivní hodnocení dopadů, a to včetně snížení míry užívání návykových látek, jako např. alkoholu či tabáku, ale i dalších psychoaktivních látek vč. léků užívaných v psychiatrických indikacích. Užívání psychedelik souvisí také s řadou rizik. Mezi zkušenosti s rizikovým potenciálem či negativními důsledky patří psychické problémy po náročné psychedelické zkušenosti vč. psychospirituální krize, negativní prožitky během akutního působení látky nebo opětovný prožitek psychedelického stavu po uplynutí účinku látky (tzv. flashback). Jako rizikové faktory se ukazují být například neadekvátní kontext užití, nevhodná intervence od průvodce zkušeností či poskytovatelů zdravotnických služeb nebo její úplná absence.

Důkazní báze o účinnosti a bezpečnosti psychedelik při léčbě širokého spektra duševních nemocí (např. depresivních a úzkostných onemocnění, traumatu a závislostí) i podpory zdraví u zdravých jedinců se rozšiřuje. Dosud je použití psychedelik v rámci formální i neformální péče o duševní zdraví komplikováno jejich přísnou legislativní kontrolou, s čímž se pojí i výskyt rizik, která nejsou adekvátně podchycena současnou nabídkou služeb. Zda bude mít psychedelická zkušenost pozitivní, či negativní důsledky, se pojí s adekvátním způsobem užití a dostupnou péčí.

Jako potřebné byly uváděny například krizová linka, online poradenství, psychoterapeutické služby či prostor pro bezpečné absolvování zkušenosti. V současnosti dostupná pomoc a podpora uživatelům psychedelik není dostačující. Do současného systému adiktologické péče se sice dostávají, ten však neodpovídá specifikám psychedelik a jejich uživatelé tak sítí služeb často propadají. Ze strany uživatelů psychedelik i profesionálů pracujících v pomáhajících službách existuje poptávka po rozšíření nabídky služeb v ČR, aby dokázaly nabídnout kvalifikovanou, dostupnou a adekvátní odbornou pomoc uživatelům psychedelik.

Adekvátní zahrnutí problematiky psychedelik do strategických dokumentů politiky v oblasti psychoaktivních látek

V kontextu prezentovaných zjištění považujeme v rámci plánování protidrogové politiky za důležité zohlednit skutečnost, že ačkoliv psychedelika jako specifická skupina psychoaktivních látek sice nejsou explicitně vyloučena z typů látek, které jsou zahrnuty do politiky v oblasti závislostí a o jejichž uživatele by měly adiktologické služby pečovat, současně však doposud používaná terminologie i zaměření aktivit oblast psychedelik opomíjí, resp. nereflektuje specifika psychedelik. Vhodným krokem by mohlo být adekvátní zahrnutí problematiky psychedelik do strategických dokumentů politiky v oblasti psychoaktivních látek a závislostí.

Vzdělávání odborníků a metodická podpora

Mezi specifika těchto látek patří třeba skutečnost, že skýtají významný terapeutický potenciál, související rizika jsou do značné míry odlišná od těch pojících se s užíváním jiných psychoaktivních látek. Zda bude mít psychedelická zkušenost pozitivní či negativní dopad na zdraví a kvalitu života, souvisí do značné míry na celém kontextu užití. Ačkoliv nevhodné užití psychedelických látek představuje nemalá rizika, psychedelika skýtají poměrně významný terapeutický potenciál při adekvátním užití, tj. zejména v kontrolovaném a bezpečném rámci. Tyto skutečnosti považujeme za žádoucí reflektovat při rozvoji specializovaných pomáhajících služeb, případně aktualizaci těch stávajících. Ty by sloužily jak k redukci rizikových způsobů užití a prevenci možných škod plynoucích z užití psychedelik, tak ke zvýšení pravděpodobnosti, že dojde i k potenciálně pozitivním výsledkům.

Rozšířená nabídka specializovaných intervencí a služeb by mohla cílit jak na redukci rizik a škod, tak na získání potenciálních přínosů. Tyto služby by mohly být podle typu péče nabízeny jak profesionály v pomáhajících profesích, tak např. i v rámci peer podpory. Mezi tyto služby by po vzoru zahraničí a pilotních projektů v ČR patřily poradenství a edukace, testování čistoty a složení látek, krizová intervence a linky, podpůrné a terapeutické skupinové či individuální integrace. Mezi potenciálně kontroverznější, avšak v kontextu charakteristik psychedelik poměrně zásadní prvky poskytované péče by patřil bezpečný prostor pro absolvování zkušenosti, např. ve formě společenského klubu pro uživatele konopí, ale také dalších látek s psychedelickým účinkem, či asistence během akutního účinku látky. Navrhované intervence a služby je potřeba vnímat jako modality, které by v praxi poskytování služeb bylo možné vzájemně kombinovat. Dalším krokem, který se dnes pojí s významnějšími legislativními úskalími, je poskytování samotné kontrolované zkušenosti v optimálním kontextu (tj. včetně screeningu, odborné přípravy, asistence během zkušenosti a následné integrace), které dnes představují možná nejbezpečnější a nejefektivnější využití jejich terapeutického potenciálu,[11] prakticky tak integrují jednotlivé prvky a intervence popsané výše. Ve světě dochází na základě odborného konsenzu o nízké rizikovosti psychedelických látek a důkazů o jejich terapeutickém potenciálu k zavádění různých modelů jejich terapeutického využití v souladu s legislativou daných států, a to jak v kontextu zdravotnických, tak nezdravotnických služeb. Se zavedením psychedelické terapie do systému péče o duševní zdraví se však pojí řada výzev,[55, 230] zvláštní pozornost si zaslouží související etické aspekty.[231]

Vzdělávání odborníků a metodická podpora

Pro vznik kvalitních služeb pro uživatele psychedelik je nezbytné poskytnout jejich pracovníkům příležitost k adekvátnímu specializovanému a akreditovanému vzdělávání v dané problematice, které dnes v ČR až na spíše ojedinělé semináře a kurzy stále chybí. Vzdělání poskytovatelů služeb by mohlo zvýšit pravděpodobnost kontaktu uživatele s kvalifikovanou odbornou službou a omezilo by tak případná rizika spojená s vyhledáním pomoci v šedé zóně nekvalifikovaných odborníků. V zahraničí jsou již dostupná první doporučení,[78] teoretické modely[87] a koncepce vzdělávání terapeutů poskytujících některý typ psychedelické péče.[285] Mezi praktickými kroky by tak pro zajištění kvalitní péče mohl být vznik metodických doporučení, specializované akreditované kurzy a výcviky. Pokud jde o metodické manuály, ačkoliv v České republice donedávna neexistovala komplexní metodika, která by poskytla základní oporu v práci s uživateli psychedelik, tak i na základě výsledků tohoto projektu byl vznik takové metodiky s názvem „Psychedelická zkušenost v pomáhajících službách" podpořen v dotačním řízení RVKPP v rámci projektu realizovaného NUDZ. Její zveřejnění je plánováno během roku 2022. Cílem této metodiky je poskytnout odborníkům v pomáhajících profesích napříč různými službami nástroj založený na výzkumné evidenci a dobré praxi v práci s touto skupinou uživatelů. Kurzy a výcviky zaměřené na práci s uživateli psychedelik a psychedelickou zkušeností by mohly být určené pro pracovníky v pomáhajících službách – psychology, terapeuty, psychiatry, adiktology a další zdravotnické profese či profese v sociálních službách, dobrovolníky i peer podporu. Jejich obsahem by bylo základní povědomí o psychedelikách a jejich mechanismu účinku, praktické informace o tom, jak pracovat s klienty, kteří užili psychedelickou látku či její užití zvažují, kompetence k zajištění bezpečné psychedelické zkušenosti a k pomoci při řešení náročné psychedelické zkušenosti. Vzhledem k významu přikládanému vlastní zkušenosti s psychedelickou látkou jak v literatuře,[239, 286] tak ve zjištěních z našich studiích se jako vhodné jeví umožnit v rámci vzdělávání i absolvování zkušenosti v kontrolovaném prostředí.

Úprava legislativy související s psychedeliky

Poměrně klíčovým krokem ke snižování rizik spojených s užíváním a realizaci některých změn na úrovni služeb a souvisejícího vzdělávání se jeví být také revize a aktualizace legislativy související s psychedeliky směrem k racionální drogové politice. Současná legislativa většinu psychedelik zařazuje mezi přísně kontrolované látky a jejich držení, přechovávání, šíření či výroba jsou přísně postihovány. Tato situace vede ke zvýšení rizik při užívání psychedelik z nelegálního trhu a ke kriminalizaci jejich uživatelů, a to včetně těch, kteří užívají psychedelika v kontextu seberozvoje nebo léčby. Lidé se tak dostávají do potenciálně rizikových situací, protože nemohou získat látku legálně a ověřené kvality, mají dále jen omezené možnosti, jak získat legální odbornou asistenci a pomoc. V první řadě se jeví jako žádoucí, aby zákonodárce reflektoval pozitivní potenciál psychedelik a vědecké poznání, volil diferencovaný přístup k jednotlivým OPL podle jejich specifik. Změna legislativy nejen ve prospěch zákonem dovolené psychedeliky asistované psychoterapie, tj. legální možnost užití psychedelik v klinické praxi, by měla být, logicky, dalším krokem. Pomohla by i dalšímu výzkumu léčebného, resp. terapeutického potenciálu psychedelických látek, jenž je v zásadě možný, avšak i vzhledem k administrativní náročnosti týkající se získání potřebných povolení velmi limitovaný.

Racionální drogovou politiku postavenou na podpoře veřejného zdraví a principech harm reduction včetně poskytování služeb výrazně limituje i paragraf 287 šíření toxikomanie trestního zákoníku. Existující služby poskytující podporu uživatelům psychedelik a realizu-

jící další aktivity informující o skutečných účincích těchto látek jsou vystaveny riziku trestního stíhání. Považujeme za nezbytné, aby se poskytovatelé péče cítili při výkonu své práce bezpečně, k tomu může vést důkladná revize či reformulace tak, aby skutečně sloužil k podpoře veřejného zdraví a nelimitoval možnosti poskytování pomáhajících služeb. Možným způsobem, jak toho dosáhnout, by bylo rozšíření palety jednání, na něž se trestný čin šíření toxikomanie nevztahuje, která by byla rozšířena ve prospěch psychedelických látek, a to pokud jde jak o harm reduction, tak o poskytování podpory uživatelům, a to i přímo při prožívání psychedelické zkušenosti, jakož i o poradenské a léčebné služby či osvětu odborné a laické veřejnosti, informování o skutečných účincích těchto látek nevyjímaje. Tyto aktivity by tak v duchu teleologického výkladu skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie nebyly interpretovány jako šíření toxikomanie, s čímž souvisí i depenalizace takového jednání, tj. jeho nestíhání orgány činnými v trestním řízení.

V neposlední řadě nelze nezmínit problematiku dekriminalizace OPL, která sice v České republice částečně existuje, pokud jde o přechovávání OPL v množství nikoli „větším než malém" pro vlastní potřebu, nicméně v takovém případě stále jde o přestupek. V případě psychedelických látek vhledem k jejich statusu OPL pravděpodobně nyní nemá význam uvažovat o úplné dekriminalizaci vztahující se i na jiné nakládání s těmito látkami, neboť toto by bylo v rozporu s mezinárodními závazky (zejména Jednotnou úmluvou OSN o omamných látkách z roku 1961 a Úmluvou o psychotropních látkách z roku 1971), s nimiž musí být česká legislativa v souladu. Dokud tedy nedojde k reklasifikaci psychedelických látek na seznamech citovaných úmluv OSN, jeví se nejlepší možnou cestou právě ona nestíhatelnost jednání spočívajícího v podpoře uživatelů psychedelik, a to např. po vzoru nizozemského přístupu (toleration policy), přičemž takováto cesta je, alespoň podle nizozemské argumentace, v souladu s mezinárodními závazky plynoucími z mezinárodních úmluv (tj. Jednotná úmluva OSN o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1972): určitá jednání spojená s tzv. měkkými drogami (soft drugs) – typicky užívání, jakož i prodej konopí za splnění určitých zákonem daných podmínek – jsou trestnými činy tak, jak to požaduje mezinárodní právo, v důsledku nizozemské toleration policy odpovídající racionální drogové politice však nejsou trestněprocesně řešeny.[287] Dekriminalizace v rámci tohoto či podobného modelu by umožnila zavedení některých harm reduction služeb a zároveň umožnila užívání těchto látek lidem, kteří o to mají zájem, bez hrozby postihu. Narůstající množství studií ukazuje, že benefity plynoucí z užívání psychedelik bezpečnou formou předčí rizika i mimo klinický kontext a psychedelická zkušenost může být bezpečná a vést k pozitivnímu působení na zdraví a kvalitu života.[10] Z perspektivy veřejného zdraví by taková změna otevřela prostor např. na regulaci způsobu užívání směrem k bezpečnějšímu a informovanějšímu, poskytovatelů péče a zajištění kontroly kvality, kontrolovanou produkci a distribuci substance či ošetření přístupu mladistvých k látám.[288] Takovýto přístup však vychází z politického rozhodnutí; jinými slovy, musí k němu směřovat vůle státu. Změna legislativy nejen ve prospěch zákonem dovolené psychedeliky asistované psychoterapie, tj. legální možnost užití psychedelik v klinické praxi, by měla být, logicky, dalším krokem. Tím by pomohla i dalšímu výzkumu terapeutického i rizikového potenciálu psychedelických látek, jenž je v zásadě možný, avšak kvůli administrativní náročnosti týkající se získání povolení poměrně těžko proveditelný.[258]

Podpora výzkumu psychedelik

Pro vytváření důkazní báze moderní politiky je nezbytný další výzkum. Longitudinální epidemiologické studie (včetně studií za použití národních zdravotních registrů) by se mohly zaměřit na dlouhodobé dopady užívání psychedelik v různém kontextu na život a zdraví jedince. Randomizované kontrolované studie by se mohly zaměřit na bezpečnost a účinnost užití psychedelik na souborech zdravé i klinické populace. V oblasti služeb pro uživatele psychedelik by bylo vhodné realizovat evaluační studie zkoumající využití a efektivitu služeb. Dalšími vhodnými kroky v oblasti výzkumu psychedelik by mohly být dopadové studie zkoumající různé modely legální regulace psychedelik nebo farmako-ekonomické analýzy vyhodnocující potenciál zavedení psychedelik jako léčiv do praxe.

S realizací nových služeb se pochopitelně pojí také otázka financování, jejíž řešení nebylo součástí této studie. Doufáme, že tyto oblasti budou nadále aktivně a zodpovědně řešeny a že v budoucnu vznikne dostatečná síť služeb, kde bude možné poskytnout adekvátní pomoc a podporu všem, kteří se chystají takovouto látku užít, nacházejí se pod vlivem této látky nebo mají takovou zkušenost za sebou.

Jaký dopad tato zkušenost bude mít, závisí na substanci (druhu, dávce, kombinaci) a kontextu užití (jak individuálního nastavení, tak okolního prostředí a rámce užití). Všechny tyto aspekty ve vzájemné interakci mohou rozhodnout, zda půjde o traumatickou zkušenost s celoživotními následky či transformační zkušenost, která jim pomůže vyřešit řadu problémů. A jako důležité vnímáme i to, že všechny tyto faktory lze významně ovlivnit, když jim bude věnována pozornost.

Věříme, že současná publikace může mít významné dopady na poli rozvoje psychedelické péče a racionální drogové politiky založené na empirické evidenci a podpoře veřejného zdraví.

Zdroje

1 Guerra-Doce, E. Psychoactive substances in prehistoric times: examining the archaeological evidence. *Time and Mind* 8, 91–112 (2015).

2 Zuardi, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry* 28, 153–157 (2006).

3 Hofmann, A. & Ott, J. *LSD, my problem child*. Vol. 5 (McGraw-Hill New York, 1980).

4 Winkler, P., Gorman, I. & Kočárová, R. in *Neuropathology of drug addictions and substance misuse*, 773–781 (Elsevier, 2016).

5 Grinspoon, L. & Bakalar, J. B. *Psychedelic drugs reconsidered*. (Basic Books New York, 1979).

6 Sessa, B. *The psychedelic renaissance: Reassessing the role of psychedelic drugs in 21st century psychiatry and society*. (Muswell Hill Press, 2012).

7 Andersen, K. A., Carhart-Harris, R., Nutt, D. J. & Erritzoe, D. Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 143, 101–118 (2021).

8 Krediet, E. et al. Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 23, 385–400 (2020).

9 Kočárová, R. *Účinné faktory rituálního užití ayahuascy při léčbě závislostí v psychoterapeutickém kontextu*, Masarykova univerzita, (2016).

10 Kočárová, R., Horáček, J. & Carhart-Harris, R. Does psychedelic therapy have a transdiagnostic action and prophylactic potential? *Frontiers in Psychiatry*, 1068 (2021).

11 Johnson, M. W., Richards, W. A. & Griffiths, R. R. Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of psychopharmacology* 22, 603–620 (2008).

12 Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 376, 1558–1565 (2010).

13 Calvey, T. & Howells, F. M. An introduction to psychedelic neuroscience. *Progress in brain research* 242, 1–23 (2018).

14 Garcia-Romeu, A., Kersgaard, B. & Addy, P. H. Clinical applications of hallucinogens: A review. *Experimental and clinical psychopharmacology* 24, 229 (2016).

15 McCabe, O. L. Psychedelic drug crises: toxicity and therapeutics. *Journal of Psychedelic Drugs* 9, 107–121 (1977).

16 Calvey, T. *Psychedelic Neuroscience*. (Academic Press, 2018).

17 Johnson, M. W., Hendricks, P. S., Barrett, F. S. & Griffiths, R. R. Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, mystical experience, brain network function, and therapeutics. *Pharmacology & therapeutics* (2018).

18 Nichols, D. E. Psychedelics. *Pharmacological reviews* 68, 264–355 (2016).

19 Grof, S. The Way of Psychonaut. *Vol. I-II, MAPS* (2019).

20 Griffiths, R. R. et al. Psilocybin occasioned mystical-type experiences: immediate and persisting dose-related effects. *Psychopharmacology* 218, 649–665 (2011).

21 Nour, M. M., Evans, L., Nutt, D. & Carhart-Harris, R. L. Ego-dissolution and psychedelics: validation of the ego-dissolution inventory (EDI). *Frontiers in human neuroscience* 10, 269 (2016).

22 Studerus, E., Gamma, A., Kometer, M. & Vollenweider, F. X. Prediction of psilocybin response in healthy volunteers. *PloS one* 7, e30800 (2012).

23 Studerus, E., Gamma, A. & Vollenweider, F. X. Psychometric evaluation of the altered states of consciousness rating scale (OAV). *PloS one* 5, e12412 (2010).

24 Barrett, F. S., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. Validation of the revised Mystical Experience Questionnaire in experimental sessions with psilocybin. *Journal of Psychopharmacology* 29, 1182–1190 (2015).
25 Ferrara, M. S. Peak-experience and the entheogenic use of cannabis in world religions. *Journal of Psychedelic Studies* 4, 179–191 (2021).
26 Majić, T., Schmidt, T. T. & Gallinat, J. Peak experiences and the afterglow phenomenon: when and how do therapeutic effects of hallucinogens depend on psychedelic experiences? *Journal of Psychopharmacology* 29, 241–253 (2015).
27 Davis, A. K. et al. Survey of entity encounter experiences occasioned by inhaled N, N-dimethyltryptamine: Phenomenology, interpretation, and enduring effects. *Journal of Psychopharmacology* 34, 1008–1020 (2020).
28 Dittrich, A., Lamparter, D. & Maurer, M. (PSIN PLUS, Zurich, Switzerland, 2010).
29 Freedman, D. X. The psychopharmacology of hallucinogenic agents. *Annual review of medicine* 20, 409–418 (1969).
30 Gallimore, A. R. Restructuring consciousness–the psychedelic state in light of integrated information theory. *Frontiers in human neuroscience* 9, 346 (2015).
31 Schmid, Y. & Liechti, M. E. Long-lasting subjective effects of LSD in normal subjects. *Psychopharmacology* 235, 535–545 (2018).
32 Timmermann, C. et al. DMT models the near-death experience. *Frontiers in psychology* 9, 1424 (2018).
33 Griffiths, R. R., Hurwitz, E. S., Davis, A. K., Johnson, M. W. & Jesse, R. Survey of subjective" God encounter experiences": Comparisons among naturally occurring experiences and those occasioned by the classic psychedelics psilocybin, LSD, ayahuasca, or DMT. *PloS one* 14, e0214377 (2019).
34 Carhart-Harris, R. L., Erritzoe, D., Haijen, E., Kaelen, M. & Watts, R. Psychedelics and connectedness. *Psychopharmacology* 235, 547–550 (2018).
35 De Vos, C. M., Mason, N. L. & Kuypers, K. P. Psychedelics and neuroplasticity: a systematic review unraveling the biological underpinnings of psychedelics. *Frontiers in Psychiatry*, 1575 (2021).
36 Aleksandrova, L. R. & Phillips, A. G. Neuroplasticity as a convergent mechanism of ketamine and classical psychedelics. *Trends in pharmacological sciences* 42, 929–942 (2021).
37 Miovský, M. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. (Grada Publishing as, 2008).
38 Quibell, R., Prommer, E. E., Mihalyo, M., Twycross, R. & Wilcock, A. Ketamine. *Journal of pain and symptom management* 41, 640–649 (2011).
39 Kapur, S. & Seeman, P. Ketamine has equal affinity for NMDA receptors and the high-affinity state of the dopamine D2 receptor. *Biological psychiatry* 49, 954–955 (2001).
40 Morgan, C. J., Curran, H. V. & Drugs, I. S. C. o. Ketamine use: a review. *Addiction* 107, 27–38 (2012).
41 Sleigh, J., Harvey, M., Voss, L. & Denny, B. Ketamine–More mechanisms of action than just NMDA blockade. *Trends in anaesthesia and critical care* 4, 76–81 (2014).
42 Battaglia, G., Brooks, B. P., Kulsakdinun, C. & De Souza, E. B. Pharmacologic profile of MDMA (3, 4-methylenedioxymethamphetamine) at various brain recognition sites. *European journal of pharmacology* 149, 159–163 (1988).
43 De la Torre, R. et al. Human pharmacology of MDMA: pharmacokinetics, metabolism, and disposition. *Therapeutic drug monitoring* 26, 137–144 (2004).

44 McDaid, J. & Docherty, J. R. Vascular actions of MDMA involve α1 and α2-adrenoceptors in the anaesthetized rat. *British journal of pharmacology* 133, 429–437 (2001).
45 Adams, I. B. & Martin, B. R. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 91, 1585–1614 (1996).
46 Ly, C. et al. Psychedelics promote structural and functional neural plasticity. *Cell reports* 23, 3170–3182 (2018).
47 Carhart-Harris, R. L. The entropic brain-revisited. *Neuropharmacology* 142, 167–178 (2018).
48 Nichols, D. E., Johnson, M. W. & Nichols, C. D. Psychedelics as medicines: an emerging new paradigm. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 101, 209–219 (2017).
49 Carhart-Harris, R. L. et al. Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* 32, 725–731, doi:10.1177/0269881118754710 (2018).
50 Artin, H., Zisook, S. & Ramanathan, D. How do serotonergic psychedelics treat depression: The potential role of neuroplasticity. *World Journal of Psychiatry* 11, 201 (2021).
51 Branchi, I. The double edged sword of neural plasticity: increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. *Psychoneuroendocrinology* 36, 339–351 (2011).
52 Hoffman, A. F., Hwang, E.-K. & Lupica, C. R. Impairment of synaptic plasticity by cannabis, Δ9-THC, and synthetic cannabinoids. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine* 11, a039743 (2021).
53 Martin, D. A. & Nichols, C. D. The effects of hallucinogens on gene expression. (2017).
54 Flanagan, T. W. & Nichols, C. D. Psychedelics as anti-inflammatory agents. *International Review of Psychiatry* 30, 363–375 (2018).
55 Kočárová, R. & Preiss, M. Psychedelika v péči o duševní zdraví. Ceskoslovenska *Psychologie* 64, 590–607 (2020).
56 Jungaberle, H. et al. Positive psychology in the investigation of psychedelics and entactogens: A critical review. *Neuropharmacology* (2018).
57 Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D. & Carhart-Harris, R. Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment--resistant depression. *Journal of Humanistic Psychology* 57, 520–564 (2017).
58 Kočárová, R. *Účinné faktory rituálního užití ayahuascy při léčbě závislostí v psychoterapeutickém kontextu* Master thesis, Masaryk University, (2016).
59 Wolff, K. & Winstock, A. R. Ketamine. *CNS drugs* 20, 199–218 (2006).
60 Earleywine, M., Ueno, L. F., Mian, M. N. & Altman, B. R. Cannabis-induced oceanic boundlessness. *Journal of Psychopharmacology*, 0269881121997099 (2021).
61 Johnstad, P. G. Cannabis as entheogen: Survey and interview data on the spiritual use of cannabis. *Journal of Cannabis Research* 2, 1–17 (2020).
62 Carhart-Harris, R. L. et al. Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology* 32, 725–731 (2018).
63 Hartogsohn, I. Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law* 3, 2050324516683325 (2017).
64 Winkelman, M. J. in *The Therapeutic Use of Ayahuasca* 1–21 (Springer, 2014).
65 Mabit, J., Giove, R. & Vega, J. Takiwasi: The use of Amazonian shamanism to rehabilitate drug addicts. *Yearbook of cross-cultural medicine and psychotherapy*, 257–285 (1995).
66 Aixalá, M., Ona, G., Pares, O. & Bouso, J. C. Patterns of use, desired effects, and

mental health status of a sample of natural psychoactive drug users. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 27, 191–198 (2020).
67 Davis, A. K., Barsuglia, J. P., Lancelotta, R., Grant, R. M. & Renn, E. The epidemiology of 5-methoxy-N, N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) use: Benefits, consequences, patterns of use, subjective effects, and reasons for consumption. *Journal of Psychopharmacology* 32, 779–792 (2018).
68 Sessa, B. & Fischer, F. M. Underground MDMA-, LSD-and 2-CB-assisted individual and group psychotherapy in Zurich: Outcomes, implications and commentary. *Drug Science, Policy and Law* 2, 2050324515578080 (2015).
69 Chandrasena, R., Fairbairn, J., Kang, M. J. & Vazquez, G. H. in *Ketamine for Treatment-Resistant Depression* 131–138 (Elsevier, 2021).
70 Fatur, K. Peculiar plants and fantastic fungi: An ethnobotanical study of the use of hallucinogenic plants and mushrooms in Slovenia. *Plos one* 16, e0245022 (2021).
71 Cakic, V., Potkonyak, J. & Marshall, A. Dimethyltryptamine (DMT): Subjective effects and patterns of use among Australian recreational users. *Drug and alcohol dependence* 111, 30–37 (2010).
72 Bøhling, F. Psychedelic pleasures: An affective understanding of the joys of tripping. *International Journal of Drug Policy* 49, 133–143 (2017).
73 Hartogsohn, I. Set and Setting in the Santo Daime. *Frontiers in Pharmacology* 12, 610 (2021).
74 Hartogsohn, I. Set and setting, psychedelics and the placebo response: an extra-pharmacological perspective on psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30, 1259–1267 (2016).
75 Winkelman, M. J. The evolved psychology of psychedelic set and setting: Inferences regarding the roles of shamanism and entheogenic ecopsychology. *Frontiers in Pharmacology* 12, 115 (2021).
76 Bogenschutz, M. P. & Forcehimes, A. A. Development of a psychotherapeutic model for psilocybin-assisted treatment of alcoholism. *Journal of Humanistic Psychology* 57, 389–414 (2017).
77 Watts, R. & Luoma, J. The Use of the Psychological Flexibility Model to Support Psychedelic-Assisted Therapy. *Manuscript under review* (2019).
78 Phelps, J. Developing guidelines and competencies for the training of psychedelic therapists. *Journal of Humanistic Psychology* 57, 450–487 (2017).
79 Trope, A. et al. Psychedelic-assisted group therapy: a systematic review. *Journal of psychoactive drugs* 51, 174–188 (2019).
80 Anderson, B. T. et al. Psilocybin-assisted group therapy for demoralized older long-term AIDS survivor men: An open-label safety and feasibility pilot study. *EClinicalMedicine* 27, 100538 (2020).
81 Kettner, H., Mason, N. L. & Kuypers, K. P. Motives for classical and novel psychoactive substances use in psychedelic polydrug users. *Contemporary Drug Problems* 46, 304–320 (2019).
82 Móró, L., Simon, K., Bárd, I. & Rácz, J. Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users. *Journal of Psychoactive Drugs* 43, 188–198 (2011).
83 Mason, N. L. & Kuypers, K. P. Mental health of a self-selected sample of psychedelic users and self-medication practices with psychedelics. *Journal of Psychedelic Studies* 2, 45–52 (2018).
84 Haijen, E. C. H. M. et al. Predicting responses to psychedelics: a prospective study. *Frontiers in pharmacology* 9, 897 (2018).

85 Haden, M. (Kyandara Publishing, 2020).
86 Mithoefer, M. C. et al. *A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), Santa Cruz, CA, 2017).
87 Gorman, I., Nielson, E. M., Molinar, A., Cassidy, K. & Sabbagh, J. Psychedelic harm reduction and integration: A transtheoretical model for clinical practice. *Frontiers in psychology* 12, 710 (2021).
88 Pilecki, B., Luoma, J. B., Bathje, G. J., Rhea, J. & Narloch, V. F. Ethical and legal issues in psychedelic harm reduction and integration therapy. *Harm Reduction Journal* 18, 1–14 (2021).
89 Horák, M. Dům, kde se zpívá. *Rehabilitace drogově závislých tradiční domorodou medicínou peruánské Amazonie*. 174 (Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií, Mendelova univerzita v Brně, 2013).
90 Westrum, P. & Dufrechou, J. (Dufrechou: Ryan P. Westrum & Jay P, 2019).
91 St. Arnaud, K. O. & Sharpe, D. Contextual Parameters Associated with Positive and Negative Mental Health in Recreational Psychedelic Users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1–10 (2022).
92 Richards, W. A. *Sacred knowledge: Psychedelics and religious experiences*. (Columbia University Press, 2015).
93 Fischer, F. M. *Therapy with Substance: Psycholytic Psychotherapy in the Twenty First Century*. (Muswell Hill Press, 2015).
94 Rubin, A. *Psychedelic integration* (2020).
95 Bunce, R. Social and political sources of drug effects: The case of bad trips on psychedelics. *Journal of Drug Issues* 9, 213–233 (1979).
96 Kuypers, K. P. in *Modern CNS Drug Discovery* 257–274 (Springer, 2021).
97 Rifkin, B. D., Maraver, M. J. & Colzato, L. S. Microdosing psychedelics as cognitive and emotional enhancers. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* (2020).
98 Liokaftos, D. Sociological investigations of human enhancement drugs: The case of microdosing psychedelics. *International Journal of Drug Policy*, 103099 (2021).
99 Kuypers, K. P. et al. Microdosing psychedelics: More questions than answers? An overview and suggestions for future research. *Journal of Psychopharmacology* 33, 1039–1057 (2019).
100 Anderson, T. et al. Microdosing psychedelics: personality, mental health, and creativity differences in microdosers. *Psychopharmacology* 236, 731–740 (2019).
101 Cameron, L. P., Nazarian, A. & Olson, D. E. Psychedelic microdosing: prevalence and subjective effects. *Journal of psychoactive drugs* 52, 113–122 (2020).
102 Hutten, N. R. et al. Mood and cognition after administration of low LSD doses in healthy volunteers: a placebo controlled dose-effect finding study. *European Neuropsychopharmacology* 41, 81–91 (2020).
103 Fadiman, J. *The psychedelic explorer's guide: Safe, therapeutic, and sacred journeys*. (Simon and Schuster, 2011).
104 Hutten, N. R., Mason, N. L., Dolder, P. C. & Kuypers, K. P. Motives and side-effects of microdosing with psychedelics among users. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 22, 426–434 (2019).
105 Petranker, R., Kim, J. & Anderson, T. Microdosing as a response to the meaning crisis. (2020).

106 Lea, T., Amada, N., Jungaberle, H., Schecke, H. & Klein, M. Microdosing psychedelics: motivations, subjective effects and harm reduction. *International Journal of Drug Policy* 75, 102600 (2020).
107 Rootman, J. M. et al. Adults who microdose psychedelics report health related motivations and lower levels of anxiety and depression compared to non-microdosers. *Scientific reports* 11, 1–11 (2021).
108 Johnstad, P. G. Powerful substances in tiny amounts: an interview study of psychedelic microdosing. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 35, 39–51 (2018).
109 Polito, V. & Stevenson, R. J. A systematic study of microdosing psychedelics. *PloS one* 14, e0211023 (2019).
110 Webb, M., Copes, H. & Hendricks, P. S. Narrative identity, rationality, and microdosing classic psychedelics. *International Journal of Drug Policy* 70, 33–39 (2019).
111 Fadiman, J. & Korb, S. Might microdosing psychedelics be safe and beneficial? An initial exploration. *Journal of psychoactive drugs* 51, 118–122 (2019).
112 Petranker, R. et al. Microdosing psychedelics: Subjective benefits and challenges, substance testing behavior, and the relevance of intention. *Journal of Psychopharmacology*, 0269881120953994 (2020).
113 Hutten, N. R., Mason, N. L., Dolder, P. C. & Kuypers, K. P. Self-rated effectiveness of microdosing with psychedelics for mental and physical health problems among microdosers. *Frontiers in psychiatry* 10, 672 (2019).
114 Prochazkova, L. et al. Exploring the effect of microdosing psychedelics on creativity in an open-label natural setting. *Psychopharmacology* 235, 3401–3413 (2018).
115 Bershad, A. K., Schepers, S. T., Bremmer, M. P., Lee, R. & de Wit, H. Acute subjective and behavioral effects of microdoses of lysergic acid diethylamide in healthy human volunteers. *Biological psychiatry* 86, 792–800 (2019).
116 Prochazkova, L. et al. Microdosing psychedelics and its effect on creativity: Lessons learned from three double-blind placebo controlled longitudinal trials. (2021).
117 Szigeti, B. et al. Self-blinding citizen science to explore psychedelic microdosing. *Elife* 10, e62878 (2021).
118 Cavanna, F. et al. Microevidence for microdosing with psilocybin mushrooms: a double-blind placebo-controlled study of subjective effects, behavior, creativity, perception, cognition, and brain activity. *bioRxiv* (2021).
119 Martinowich, K. & Lu, B. Interaction between BDNF and serotonin: role in mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 33, 73–83 (2008).
120 Catlow, B. J., Song, S., Paredes, D. A., Kirstein, C. L. & Sanchez-Ramos, J. Effects of psilocybin on hippocampal neurogenesis and extinction of trace fear conditioning. *Experimental brain research* 228, 481–491 (2013).
121 Wingen, M., Kuypers, K. & Ramaekers, J. Selective verbal and spatial memory impairment after 5-HT1A and 5-HT2A receptor blockade in healthy volunteers pre-treated with an SSRI. *Journal of Psychopharmacology* 21, 477–485 (2007).
122 Carhart-Harris, R. & Nutt, D. Serotonin and brain function: a tale of two receptors. *Journal of Psychopharmacology* 31, 1091–1120 (2017).
123 Cools, R. & D'Esposito, M. Inverted-U–shaped dopamine actions on human working memory and cognitive control. *Biological psychiatry* 69, e113-e125 (2011).
124 Family, N. et al. Safety, tolerability, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of low dose lysergic acid diethylamide (LSD) in healthy older volunteers. *Psychopharmacology* 237, 841–853 (2020).
125 Kuypers, K. P. The therapeutic potential of microdosing psychedelics in depression. *Therapeutic advances in psychopharmacology* 10, 2045125320950567 (2020).

126 Ona, G. & Bouso, J. C. Potential safety, benefits, and influence of the placebo effect in microdosing psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (2020).
127 Hasler, F., Grimberg, U., Benz, M. A., Huber, T. & Vollenweider, F. X. Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: a double-blind, placebo-controlled dose–effect study. *Psychopharmacology* 172, 145–156 (2004).
128 Frecska, E. & Luna, L. The adverse effects of hallucinogens from intramural perspective. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: A Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet Lapja= Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology* 8, 189–200 (2006).
129 Schlag, A. K., Aday, J., Salam, I., Neill, J. C. & Nutt, D. J. Adverse effects of psychedelics: From anecdotes and misinformation to systematic science. *Journal of Psychopharmacology*, 02698811211069100 (2022).
130 Carhart-Harris, R. L. & Goodwin, G. M. The therapeutic potential of psychedelic drugs: past, present, and future. *Neuropsychopharmacology* 42, 2105 (2017).
131 Forstmann, M., Yudkin, D. A., Prosser, A. M., Heller, S. M. & Crockett, M. J. Transformative experience and social connectedness mediate the mood-en--hancing effects of psychedelic use in naturalistic settings. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 117, 2338–2346 (2020).
132 Uthaug, M. et al. Sub-acute and long-term effects of ayahuasca on affect and cognitive thinking style and their association with ego dissolution. *Psychopharmacology* 235, 2979–2989 (2018).
133 Uthaug, M. et al. A single inhalation of vapor from dried toad secretion containing 5-methoxy-N, N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) in a naturalistic setting is related to sustained enhancement of satisfaction with life, mindfulness-related capacities, and a decrement of psychopathological symptoms. *Psychopharmacology*, 1–14 (2019).
134 Ross, S. et al. 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, 1165–1180 (2016).
135 Griffiths, R. R. et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of psychopharmacology* 30, 1181–1197 (2016).
136 Gasser, P. et al. Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for Anxiety Associated With Life-threatening Diseases. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202, 513–520, doi:10.1097/NMD.0000000000000113 (2014).
137 Osório, F. d. L. et al. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 37, 13–20 (2015).
138 Sanches, R. F. et al. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a SPECT study. *Journal of clinical psychopharmacology* 36, 77–81 (2016).
139 Davis, A. K. et al. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 78, 481–489 (2021).
140 Carhart-Harris, R. et al. Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression. *New England Journal of Medicine* 384, 1402–1411 (2021).

141 Carhart-Harris, R. L. et al. Psilocybin with psychological support for treatment--resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry* 3, 619–627, doi:http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7 (2016).
142 Moreno, F. A., Wiegand, C. B., Taitano, E. K. & Delgado, P. L. Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 1735–1740 (2006).
143 Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P. & Griffiths, R. R. Pilot study of the 5-HT2AR agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of psychopharmacology* 28, 983–992 (2014).
144 Bogenschutz, M. P. et al. Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* 29, 289–299, doi:10.1177/0269881114565144 (2015).
145 Smith, K. W., Sicignano, D. J., Hernandez, A. V. & White, C. M. MDMA-Assisted Psychotherapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review With Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Pharmacology* (2021).
146 Danforth, A. L. et al. Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychopharmacology* 235, 3137–3148 (2018).
147 Sessa, B. et al. First study of safety and tolerability of 3, 4-methylenedioxymeth-amphetamine-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder. *Journal of Psychopharmacology* 35, 375–383 (2021).
148 Walsh, Z. et al. Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: comprehensive systematic review. *BJPsych open* 8 (2022).
149 Chan, C. J. *Efficacy of Plant Based Cannabis in Reducing Pain in Patients with Chronic Pain: A Meta Analysis*, California State University, Fresno, (2020).
150 Black, N. et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 6, 995–1010 (2019).
151 Renelli, M. et al. An exploratory study of experiences with conventional eating disorder treatment and ceremonial ayahuasca for the healing of eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1–8 (2018).
152 Ramachandran, V., Chunharas, C., Marcus, Z., Furnish, T. & Lin, A. Relief from intractable phantom pain by combining psilocybin and mirror visual-feedback (MVF). *Neurocase* 24, 105–110 (2018).
153 Hausner, M. & Segal, E. *LSD: The Highway to Mental Health*. (ASC Books, 2009).
154 Nielson, J. L. & Megler, J. D. in *The therapeutic use of ayahuasca* 41–58 (Springer, 2014).
155 Ossebaard, H. & Maalsté, N. The Bastiaans method of drug-assisted therapy. *A preliminary follow-up study with former clients. Zugriff am* 7, 2013 (1999).
156 Winkler, P., Gorman, I. & Kočárová, R. in *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse: Stimulants, Club and Dissociative Drugs, Hallucinogens, Steroids, Inhalants and International Aspects* Vol. 2 (ed V R Preedy) Ch. 72, 773–781 (Academic Press, 2016).
157 Zeifman, R. J. & Wagner, A. C. Exploring the case for research on incorporating psychedelics within interventions for borderline personality disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science* 15, 1–11 (2020).
158 Domínguez-Clavé, E. et al. Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits. *Psychopharmacology* 236, 573–580 (2019).

159 van Mulukom, V., Patterson, R. & van Elk, M. Broadening Your Mind to Include Others-The relationship between serotonergic psychedelic experiences and maladaptive narcissism_PREPRINT. *PsyArXiv*. March 10 (2020).
160 Butler, M. et al. Psychedelic treatment of functional neurological disorder: a systematic review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 10, 2045125320912125 (2020).
161 Krebs, T. S. & Johansen, P. O. Psychedelics and mental health: a population study. *PLoS One* 8, e63972, doi:10.1371/journal.pone.0063972 (2013).
162 Hendricks, P. S., Thorne, C. B., Clark, C. B., Coombs, D. W. & Johnson, M. W. Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population. *Journal of Psychopharmacology* 29, 280–288 (2015).
163 Loizaga-Velder, A. & Verres, R. Therapeutic effects of ritual ayahuasca use in the treatment of substance dependence—qualitative results. *Journal of psychoactive drugs* 46, 63–72 (2014).
164 Bouso, J. C. et al. Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: a longitudinal study. *PLoS One* 7, e42421, doi:10.1371/journal.pone.0042421 (2012).
165 Garcia-Romeu, A. et al. Cessation and reduction in alcohol consumption and misuse after psychedelic use. *Journal of Psychopharmacology* 33, 1088–1101 (2019).
166 Mabit, J. Ayahuasca in the treatment of addictions. *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments* 2, 87–105 (2007).
167 Fernández, X. & Fábregas, J. M. in *The therapeutic use of ayahuasca* 161–182 (Springer, 2014).
168 Grof, S. *LSD psychotherapy: Exploring the frontiers of the hidden mind*. (Hanter House, 1994).
169 Barbosa, P. C. R. et al. Assessment of alcohol and tobacco use disorders among religious users of ayahuasca. *Frontiers in psychiatry* 9, 136 (2018).
170 Pisano, V. D. et al. The association of psychedelic use and opioid use disorders among illicit users in the United States. *Journal of Psychopharmacology* 31, 606–613 (2017).
171 Argento, E. et al. Does psychedelic drug use reduce risk of suicidality? Evidence from a longitudinal community-based cohort of marginalised women in a Canadian setting. *BMJ open* 7, e016025 (2017).
172 Thiessen, M. S., Walsh, Z., Bird, B. M. & Lafrance, A. Psychedelic use and intimate partner violence: The role of emotion regulation. *Journal of psychopharmacology* 32, 749–755 (2018).
173 Ona, G. et al. Ayahuasca and public health: health status, psychosocial well-being, lifestyle, and coping strategies in a large sample of ritual ayahuasca users. *Journal of psychoactive drugs* 51, 135–145 (2019).
174 Sellers, E. M., Romach, M. K. & Leiderman, D. B. Studies with psychedelic drugs in human volunteers. *Neuropharmacology* 142, 116–134 (2018).
175 dos Santos, R. G. A critical evaluation of reports associating ayahuasca with life--threatening adverse reactions. *Journal of Psychoactive Drugs* 45, 179–188 (2013).
176 Malcolm, B. & Thomas, K. Serotonin toxicity of serotonergic psychedelics. *Psychopharmacology*, 1–11 (2021).
177 Radomski, J., Dursun, S., Reveley, M. & Kutcher, S. An exploratory approach to the serotonin syndrome: an update of clinical phenomenology and revised diagnostic criteria. *Medical hypotheses* 55, 218–224 (2000).

178 Isbister, G. K. & Buckley, N. A. The pathophysiology of serotonin toxicity in animals and humans: implications for diagnosis and treatment. *Clinical neuropharmacology* 28, 205–214 (2005).
179 Bienemann, B., Ruschel, N. S., Campos, M. L., Negreiros, M. A. & Mograbi, D. C. Self-reported negative outcomes of psilocybin users: A quantitative textual analysis. *PloS one* 15, e0229067 (2020).
180 Smart, R. G. & Bateman, K. Unfavourable reactions to LSD: a review and analysis of the available case reports. *Canadian Medical Association Journal* 97, 1214 (1967).
181 Carbonaro, T. M. et al. Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of Psychopharmacology* 30, 1268–1278 (2016).
182 Gashi, L., Sandberg, S. & Pedersen, W. Making "bad trips" good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences. *International Journal of Drug Policy* 87, 102997 (2021).
183 Cohen, S. Lysergic acid diethylamide: side effects and complications. *J Nerv Ment Dis* 130, 30–40 (1960).
184 Strassman, R. J. Adverse reactions to psychedelic drugs. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 172, 577–595 (1984).
185 Halpern, J. H., Lerner, A. G. & Passie, T. in *Behavioral Neurobiology of Psychedelic Drugs*, 333–360 (Springer, 2016).
186 Halpern, J. H. & Pope Jr, H. G. Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? *Drug and alcohol dependence* 69, 109-119 (2003).
187 Martinotti, G. et al. Hallucinogen persisting perception disorder: etiology, clinical features, and therapeutic perspectives. *Brain sciences* 8, 47 (2018).
188 Carhart-Harris, R. L. & Nutt, D. J. User perceptions of the benefits and harms of hallucinogenic drug use: A web-based questionnaire study. *Journal of Substance Use* 15, 283–300 (2010).
189 Grof, S. *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis*. (Tarcher, 1989).
190 Vančura, M. in *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. (Portál, 2002).
191 Grof, C. & Grof, S. Spiritual emergency: The understanding and treatment of transpersonal crises. *International Journal of Transpersonal Studies* (2017).
192 Winkler, P. & Vančura, M. *Transpersonální myšlení v psychologii a psychoterapii*. (Triton, 2016).
193 Welwood, J. Principles of inner work: Psychological and spiritual. *Journal of Transpersonal Psychology* 16, 63–73 (1984).
194 Cashwell, C. S., Bentley, P. B. & Yarborough, J. P. The only way out is through: The peril of spiritual bypass. *Counseling and Values* 51, 139–148 (2007).
195 Zuda, T. in *Transpersonální myšlení v psychologii a psychoterapii: výbor textů* (eds. Petr Winkler & Michael Vančura) 126–131 (Triton, 2016).
196 Turillazzi, E., Riezzo, I., Neri, M., Bello, S. & Fineschi, V. MDMA toxicity and pathological consequences: a review about experimental data and autopsy findings. *Current pharmaceutical biotechnology* 11, 500–509 (2010).
197 Davies, N., English, W. & Grundlingh, J. MDMA toxicity: management of acute and life-threatening presentations. *British Journal of Nursing* 27, 616–622 (2018).
198 Degenhardt, L., Bruno, R. & Topp, L. 8. Is there an ecstasy (MDMA) dependence syndrome? *THE HEALTH AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF "ECSTASY (MDMA) USE"*, 115 (2010).

199 Winstock, A. R., Mitcheson, L., Gillatt, D. A. & Cottrell, A. M. The prevalence and natural history of urinary symptoms among recreational ketamine users. *BJU international* 110, 1762–1766 (2012).
200 Lopez-Quintero, C. et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and alcohol dependence* 115, 120–130 (2011).
201 Li, J.-H. et al. To use or not to use: an update on licit and illicit ketamine use. *Substance abuse and rehabilitation* 2, 11 (2011).
202 Scott, J. C. et al. Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 75, 585–595 (2018).
203 Schreiner, A. M. & Dunn, M. E. Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis. *Experimental and clinical psychopharmacology* 20, 420 (2012).
204 Owen, K. P., Sutter, M. E. & Albertson, T. E. Marijuana: respiratory tract effects. *Clinical reviews in allergy & immunology* 46, 65–81 (2014).
205 Lev-Ran, S. et al. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine* 44, 797–810 (2014).
206 Pinto, J. V. et al. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 101, 78–84 (2019).
207 Kedzior, K. K. & Laeber, L. T. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population-a meta-analysis of 31 studies. *BMC psychiatry* 14, 1–22 (2014).
208 Gibbs, M. et al. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 171, 39–47 (2015).
209 Borges, G., Bagge, C. L. & Orozco, R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *Journal of Affective Disorders* 195, 63–74 (2016).
210 Gobbi, G. et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 76, 426–434 (2019).
211 Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M. & Miettunen, J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin* 36, 1115–1130 (2010).
212 Lyvers, M. Recreational ecstasy use and the neurotoxic potential of MDMA: current status of the controversy and methodological issues. *Drug and alcohol review* 25, 269–276 (2006).
213 Szigeti, B., Winstock, A. R., Erritzoe, D. & Maier, L. J. Are ecstasy induced serotonergic alterations overestimated for the majority of users? *Journal of Psychopharmacology* 32, 741–748 (2018).
214 van Amsterdam, J., Ramaekers, J. G., Nabben, T. & van den Brink, W. Use characteristics and harm potential of ecstasy in the Netherlands. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 28, 107–117 (2021).
215 Pratt, M. et al. Benefits and harms of medical cannabis: a scoping review of systematic reviews. *Systematic reviews* 8, 1–35 (2019).

216 Perry, E. B. et al. Psychiatric safety of ketamine in psychopharmacology research. *Psychopharmacology* 192, 253–260 (2007).
217 Wan, L.-B. et al. Ketamine safety and tolerability in clinical trials for treatment--resistant depression. *The Journal of clinical psychiatry* 76, 0–0 (2014).
218 Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L. & Doblin, R. The safety and efficacy of±3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology* 25, 439–452 (2011).
219 Muthukumaraswamy, S., Forsyth, A. & Lumley, T. Blinding and expectancy confounds in psychedelic randomised controlled trials. *Expert Review of Clinical Pharmacology* (2021).
220 Turner, E. H. Publication bias, with a focus on psychiatry: causes and solutions. *CNS drugs* 27, 457–468 (2013).
221 Giné, C. V. et al. The utility of drug checking services as monitoring tools and more: A response to Pirona et al. International *Journal of Drug Policy* 45, 46–47 (2017).
222 Ruane, D. Harm reduction or psychedelic support? Caring for drug-related crises at transformational festivals. *Weekend Societies: Electronic Dance Music Festivals and Event-Cultures* 115 (2017).
223 Brunt, T. M. et al. Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug testing and analysis* 9, 188–198 (2017).
224 Jičínská, L. *Adiktologické programy v prostředí zábavy – současný stav, potřeby a bariéry dalšího rozvoje* diplomová práce thesis, Karlova Univerzita, (2018).
225 Valente, H. et al. Evaluation of a drug checking service at a large scale electronic music festival in Portugal. *International Journal of Drug Policy* 73, 88–95 (2019).
226 Brunt, T. Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. (2017).
227 Noorani, T. Containment matters: set and setting in contemporary psychedelic psychiatry. *Philosophy, psychiatry & psychology*. (2021).
228 Decorte, T. & Pardal, M. Insights for the design of Cannabis Social Club regulation. *Legalizing Cannabis*, 409–426 (2020).
229 Janíková, B. Aplikační místnosti. *Zaostřeno na drogy* 1, 12 (2011).
230 Gründer, G. & Jungaberle, H. The Potential Role of Psychedelic Drugs in Mental Health Care of the Future. *Pharmacopsychiatry* (2021).
231 Smith, W. R. & Sisti, D. Ethics and ego dissolution: the case of psilocybin. *Journal of medical ethics* (2020).
232 Acker, L. *Oregon becomes first state to legalize psychedelic mushrooms*, <https://www.oregonlive.com/politics/2020/11/oregon-becomes-first-state-to--legalize-psychedelic-mushrooms.html> (2020).
233 Kavenská, V. *Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii*. (Univerzita Palackého v Olomouci, 2013).
234 Brown, T. K. & Alper, K. Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 44, 24–36 (2018).
235 Noller, G. E., Frampton, C. M. & Yazar-Klosinski, B. Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study. *The American journal of drug and alcohol abuse* 44, 37–46 (2018).
236 *CALYPSOL*, <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0087814 &tab=texts> (2021).

237 léčiv, S. ú. p. k. *Konopí pro léčebné použití*, <https://www.sukl.cz/konopi-pro-lecebne-pouziti> (
238 Mithoefer, M. C., Grob, C. S. & Brewerton, T. D. Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: psilocybin and MDMA. *The Lancet Psychiatry* 3, 481–488 (2016).
239 Winkler, P. & Csemy, L. Self-experimentations with psychedelics among mental health professionals: LSD in the former Czechoslovakia. *J Psychoactive Drugs* 46, 11–19, doi:10.1080/02791072.2013.873158 (2014).
240 Bubenikova, V., Votava, M., Hora, J. & Palenicek, T. Relation of sex and estrous phase to deficits in prepulse inhibition of the startle response induced by ecstasy (MDMA). *Behavioural pharmacology* 16, 127–130 (2005).
241 Palenicek, T., Votava, M., Bubenikova, V. & Horacek, J. Increased sensitivity to the acute effects of MDMA ("ecstasy") in female rats. *Physiology & behavior* 86, 546–553 (2005).
242 Palenicek, T., Hlinak, Z., Bubenikova-Valesova, V., Votava, M. & Horacek, J. An analysis of spontaneous behavior following acute MDMA treatment in male and female rats. *Neuroendocrinology Letters* 28, 781–788 (2007).
243 Páleníček, T., Hliňák, Z., Bubeníková-Valešová, V., Novák, T. & Horáček, J. Sex differences in the effects of N, N-diethyllysergamide (LSD) on behavioural activity and prepulse inhibition. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 34, 588–596 (2010).
244 Palenicek, T., Bubenikova, V. & Votava, M. B31 3, 4-Methylenedioxymethapmhetamine (Mdma) and 4-Oh-Dimethyltryptamine (Psilocin) Interaction in Rats: Behavioral Study on Prepulse Inhibition of Acoustic Startle Reaction and on Locomotion. *Behavioural Pharmacology* 16, S75–S76 (2005).
245 Páleníček, T. et al. Electroencephalographic spectral and coherence analysis of ketamine in rats: correlation with behavioral effects and pharmacokinetics. *Neuropsychobiology* 63, 202–218 (2011).
246 Páleníček, T., Balíková, M., Bubeníková-Valešová, V. & Horáček, J. Mescaline effects on rat behavior and its time profile in serum and brain tissue after a single subcutaneous dose. *Psychopharmacology* 196, 51–62 (2008).
247 Palenicek, T., Bubenikova, V. & Horacek, J. in *Schizophrenia Research*. 292–292 (ELSEVIER SCIENCE BV PO BOX 211, 1000 AE AMSTERDAM, NETHERLANDS).
248 Horák, M. *Léčba drogové závislosti v terapeutických komunitách: Případová studie z Peru, Nikaraguy a Česka*. (Mendelova univerzita v Brně, 2020).
249 Horacek, J. et al. Subanesthetic dose of ketamine decreases prefrontal theta cordance in healthy volunteers: implications for antidepressant effect. *Psychological medicine* 40, 1443–1451 (2010).
250 Tylš, F. *Fenomén psychedelie: Subjektivní popisy zážitků z experimentální intoxikace psilocybinem doplněné pohledy výzkumníků*. (dybbuk, 2017).
251 Sos, P. et al. Relationship of ketamine's antidepressant and psychotomimetic effects in unipolar depression. *Neuroendocrinology Letters* 34, 287–293 (2013).
252 Andrashko, V. et al. The Antidepressant Effect of Ketamine Is Dampened by Concomitant Benzodiazepine Medication. *Frontiers in Psychiatry* 11, 844 (2020).
253 Kavenská, V. & Simonová, H. Ayahuasca tourism: participants in shamanic rituals and their personality styles, motivation, benefits and risks. *Journal of psychoactive drugs* 47, 351–359 (2015).
254 Horák, M., Lukášová, R. & Vosáhlová, Š. Glokalizace ayahuasky v ČR a možnosti

jejího terapeutického využití v místních podmínkách. *Anthropologia integra* 6, 7–13 (2015).
255 Horák, M., Hasíková, L. & Verter, N. Therapeutic potential ascribed to ayahuasca by users in the Czech republic. *Journal of psychoactive drugs* 50, 430–436 (2018).
256 Kočárová, R., Procházková, L., Lippelt, D. & Hanzák, T. in *61. česko-slovenská psychofarmakologická konference* (Jeseník, Czech Republic, 2019).
257 Horák, M., Segovia, E. M. & Bello, A. C. Bufo alvarius: evidencias literarias y controversias en torno a su uso tradicional. *Medicina naturista* 13, 43–49 (2019).
258 Postránecká, Z., Vejmola, Č. & Tylš, F. Psychedelic therapy in the Czech Republic: A theoretical concept or a realistic goal? *Journal of Psychedelic Studies* 3, 19–31 (2019).
259 Šámal, P. in *Velké komentáře* Vol. 2 (C.H. Beck, 2012).
260 Mravčík, V. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti Praha, 2020).
261 Nechanská, B. *Drogová úmrtí a úmrtí pod vlivem drog v roce 2018* (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2019).
262 Miovský, M., Vavrinčíková, L. & Libra, J. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. *Praha: Klinika adiktologie* 1 (2013).
263 Drbohlavová, B. & Mravčík, V. (Úřad vlády České republiky, Praha, 2016).
264 Kalina, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* (Filia / Úřad vlády, 2001).
265 Kalina, K. *Klinická adiktologie*. (Grada Publishing, 2015).
266 Minařík, J. & Nečas, V. Drogová scéna v ČR. *Psychiatrie pro praxi* 11, 18–21 (2010).
267 Orlíková, B. *Psychiatrická symptomatologie u uživatelů návykových látek v léčbě závislosti* Ph.D. thesis, Univerzita Palackého, (2019).
268 Orlíková, B., Chomynová, P., Grohmannová, K. & Mravčík, V. Situace a trendy na české drogové scéně. *Psychiatrie* 21, 140–148 (2017).
269 Mravčík, V., Škařupová, K. & Orlíková, B. Rekreační užívání drog. *Zaostřeno na drogy* 6, 1–16 (2008).
270 Saberžanovová, C. P. & Vacek, J. Adiktologické služby v prostředí zábavy. *Zaostřeno na drogy* 9, 1–16 (2011).
271 Jičínská, L. *Adiktologické programy v prostředí zábavy - současný stav, potřeby a bariéry dalšího rozvoje* (Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze., 2019).
272 Mravčík, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. (Úřad vlády ČR, 2018).
273 ÚZIS. *Psychiatrická péče 2017*. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).
274 Orlíková, B. *Internetové poradenství v oblasti drogové problematiky*. Master thesis thesis, Charles University, (2005).
275 Mravčík, V. et al. (ed Viktor Mravčík) (Úřad vlády České republiky, Praha, 2019).
276 Mravčík, V. et al. (ed Viktor Mravčík) (Úřad vlády České republiky., Praha, 2017).
277 Chomynová, P. et al. The Use of Psychedelics in the Czech Republic: Results of Recent Population Surveys. (under review).
278 Bethlehem, J. Selection bias in web surveys. *International Statistical Review* 78, 161–188 (2010).
279 Keiding, N. & Louis, T. A. Web-based enrollment and other types of self-selection in surveys and studies: consequences for generalizability. *Annual Review of Statistics and Its Application* 5, 25–47 (2018).

280 Sharma, G. Pros and cons of different sampling techniques. *International journal of applied research* 3, 749–752 (2017).
281 Bethlehem, J. in *Proceedings of Statistics Canada Symposium*.
282 Matias, J. et al. The use of multi-national web surveys for comparative analysis: Lessons from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Drug Policy* 73, 235–244 (2019).
283 Barratt, M. J. et al. Moving on from representativeness: testing the utility of the Global Drug Survey. Substance Abuse: *Research and Treatment* 11, 1178221817716391 (2017).
284 Green, B. & Colucci, E. Traditional healers' and biomedical practitioners' perceptions of collaborative mental healthcare in low-and middle-income countries: A systematic review. *Transcultural psychiatry* 57, 94–107 (2020).
285 Tai, S. J. et al. Development and evaluation of a therapist training program for psilocybin therapy for treatment-resistant depression in clinical research. *Frontiers in psychiatry* 12, 27 (2021).
286 Nielson, E. M. & Guss, J. The influence of therapists' first-hand experience with psychedelics on psychedelic-assisted psychotherapy research and therapist training. *Journal of Psychedelic Studies* 2, 64–73 (2018).
287 Netherlands, G. o. t. *Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops*, <https://www.government.nl/topics/drugs/toleration-policy-regarding-soft-drugs-and-coffee-shops> (2021).
288 Haden, M., Emerson, B. & Tupper, K. W. A public-health-based vision for the management and regulation of psychedelics. *Journal of Psychoactive Drugs* 48, 243–252 (2016).

Přílohy

Látka/látky	Účinná látka s psychedelickým účinkem (plný zaužívaný název)
lysohlávky	psilocybin
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
psychedelické kaktusy	meskalin - 3,4,5-trimethoxyfenethylamin
ayahuasca	N,N-dimethyltryptamin
DMT	N,N-dimethyltryptamin
pharmahuasca	N,N-dimethyltryptamin
changa	N,N-dimethyltryptamin
Bufo alvarius	5-hydroxy-N,N-dimethyltryptamin; 5-methoxy-dimethyltryptamin
5-MeO-DMT	5-methoxy-dimethyltryptamin
yopo/vilca	N,N-dimethyltryptamin; 5-methoxy-dimethyltryptamin
akácie	N,N-dimethyltryptamin
2C-B	4-brom-2,5-dimethoxyfenylethylamin
konopí, hašiš	delta-9-tetrahydrokanabinol
konopné extrakty	delta-9-tetrahydrokanabinol
MDMA	3,4-methylendioxymethamfetamin
MDA	3,4-methylendioxyamfetamin
ketamin	ketamin
extáze	3,4-methylendioxymethamfetamin
LSA (havajská růže)	amid kyseliny lysergové
bufotenin	5-hydroxy-N,N-dimethyltryptamin
šalvěj divotvorná	salvinorin A
iboga	ibogain
rostlinné delirogeny	atropin, skopolamin, hyoscyamin
GHB/GHA	gamahydroxybutyrát
muchomůrka červená	muscimol, muskarin
PCP	fencyklidín
DBT	N,N-dibutyltryptamin
harmaliny	harmin, harmalín
muškátový oříšek	myristicín

Slovník pojmů, zkratek a názvů

μ, κ, δ	opioidní receptory
α1, α2	noradrealinové receptory
M1–5	muskarinové receptory
2C-B	4-brom-2,5-dimethoxyfenylethylamin
5-MeO-DMT	5-methoxy-dimethyltryptamin
5-HT	5-hydroxtryptamin (serotonin)
5-HT2A	serotoninový receptor
5-HT1A	serotoninový receptor
5-HT2C	serotoninový receptor

A

ADD	Attention Deficit Disorder (porucha pozornosti)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha pozornosti)
AMPA	glutamátový receptor

B

Beyond Psychedelics	nevládní organizace, která má za cíl vytvářet a kultivovat prostředí pro pozitivní změnu v přístupu k běžné i psychedelické realitě

C

$CB_{1, 2}$	kanabinoidní receptory
CBD	kanabidiol
COMPASS Pathways	společnost zaměřující se na péči o duševní zdraví, provozující a zkoumající terapii psilocybinem
CSC	cannabis social clubs (konopné společenské kluby)
CZEPS	Česká psychedelická společnost je nezisková organizace, která zprostředkovává informace o přínosech a rizicích psychedelik, usiluje o jejich destigmatizaci, uvedení do terapie a snižování rizik spojených s jejich užíváním

D

D_2	dopaminový receptor
DB-RCT	dvojitě zaslepená randomizovaná kontrolovaná studie (double-blinded randomized controlled trial)
DBT	N,N-dibutyltryptamin
depersonalizace	stav, při kterém osoba vnímá své tělo, myšlenky, emoce nebo senzorické podněty jako nevlastní, cizí, vzdálené či nereálné
derealizace	změny vnímání reality popisované, jako by se osoba nacházela ve filmu, za sklem, za oponou nebo ve snu
Diabasis	centrum zaměřující se na terapeutickou a další odbornou pomoc pro osoby s psychospirituální krizí
DMN	default mode network – organizovaná síť mozkových oblastí zapojených do mozkové aktivity pozorovatelné

	v klidovém stavu, tyto oblasti se často projevují jako tzv. deaktivace
DMT	N,N-dimethyltryptamin
Drop IN	středisko prevence a léčby drogových závislostí
DSM-V	diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 5. revize
F	
flashback	krátkodobý návrat stavu jako po požití látky či prožitek emocí spojených s traumatickým zážitkem při intoxikaci
fMRI	funkční magnetická rezonance
FCMA	Fellow of the Czech Medical Academy
G	
GHB	gamahydroxybutyrát
GBL	gamabutyrolakton
H	
HCN1	iontový kanál (Potassium/sodium hyperpolarization--activated cyclic nucleotide-gated channel 1)
HPPD	hallucinogen persisting perception disorder – přetrvávající porucha vnímání po užití halucinogenu, která se většinou projevuje jako geometrické vizuální halucinace, falešné vnímání pohybu v periferiích zorného pole, záblesky barev, intenzivnější barvy, stopy pohybujících se objektů, pozitivní paobrazy, světelné kruhy kolem předmětů atp.; jde o déletrvající návrat prožitků zkušenosti s halucinogeny bez užití látek
Holos centrum	mezinárodní transpersonální centrum a nezisková organizace, která nabízí nemedikamentózní služby pro péči o duševní zdraví lidí
I	
iTrip	mobilní aplikace, která sbírá data, poskytuje informace a snižuje rizika spojená s užíváním psychedelických látek
K	
KAP	ketaminem asistovaná psychoterapie
KBT	kognitivně-behaviorální psychoterapie
L	
LSA	amid kyseliny lysergové (z anglického lysergic acid amid), známé jako havajská růže
LSD	diethylamid kyseliny lysergové (z německého Lysergsäurediethylamid)
Legalizace	nestátní organizace zabývající se informováním široké veřejnosti s důrazem na téma konopí
M	
MAOI	inhibitory monoaminooxidázy

MAPS	Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies je americká nezisková organizace zvyšující povědomí, porozumění a terapeutické využívání psychedelických látek
MDA	3,4-methylendioxyamfetamin
MDEA	3,4-methylenedioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-methylendioxymethamfetamin
MET	motivational enhancement therapy
mikrodávkování	microdosing – pravidelná nebo přerušovaná konzumace malého množství psychedelické látky po určitou dobu, které má jen nepatrný či žádný vliv na změnu vnímání, ale může ovlivňovat např. kognitivní funkce či emotivitu uživatele
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

N

NEURON	nadační fond, který mimo jiné umožňuje českým vědcům terénní výzkum po celém světě
NMDA	N-methyl-D-asparagová kyselina
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
NPV	Národní psychedelický výzkum
NRPATV	Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na odděleních soudního lékařství
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví

O

OCD	obsedantně kompulzivní porucha
oceánská bezbřehost	popisována jako překročení „hranice“, po kterém člověk prožívá pocity blaženosti či spojení s univerzem
OLT	open-label trial (výzkumníci i participanti vědí, jakou intervenci podstupují)

P

Podané ruce	organizace poskytující všestrannou podporu a profesionální služby v oblastech prevence a léčby návykového chování, programů pro děti a mládež a duševního zdraví
PCP	fencyklidin
Progressive	organizace poskytující služby osobám ohroženým užíváním návykových látek formou specifických a inovativních programů v oblasti harm reduction
PTSD	posttraumatická stresová porucha
PSIKET	studie zabývající se srovnáním účinku psilocybinu a ketaminu v léčbě farmakorezistentní deprese probíhající v Národním ústavu duševního zdraví
Psycare	harm reduction služba cílící na uživatele psychedelik na hudebních festivalech
psychospirituální krize	anglicky spiritual emergency – psychologická transformace s duchovním nábojem, která vykazuje podobné symptomy jako akutní psychotická porucha

Psyon	1. psychedelická klinika využívající terapii ketaminem sídlící v Praze
PSYRES	Nadační fond pro výzkum psychedelik
Q	
qEEG	kvantitativní elektroencefalografie (z anglického quatitative electroencephalogram)
OPL	omamné a psychotropní látky
R	
REBUS	Relaxed Beliefs Under Psychedelics (teorie přibližující, jak psychedelika působí na vnímání)
RIAPS	centrum krizové intervence a psychologické podpory
rozpuštění ega	(ego dissolution) stav úplné ztráty subjektivní sebeidentity
S	
Sanamin	nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem ohroženým drogami a jejich blízkým převážně online
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
T	
THC	tetrahydrocannabinol
TZ	trestní zákoník
U	
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
USA	United States of America (Spojené státy americké)
V	
VND	velmi nízká dávka

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled klinických studií účinků klasických psychedelik (psilocybin, LSD, ayahuasca) na pacienty publikované v letech 1990 až 2021 a registrované na clinicaltrials.gov (celosvětové databázi klinických výzkumných studií). Ve sloupci „Hlavní výsledky" jsou vždy uvedeny výsledky z posledního realizovaného follow-up měření. (Převzato z Kočárová a Preiss, 2020, a aktualizováno o nové studie k 30. 10. 2021.) 40
Tabulka 2: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog v obecné populaci ve věku 15–64 let v letech 2011–2019, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti) 54
Tabulka 3: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2016 (Národní výzkum užívání návykových látek 2016) 74
Tabulka 4: Zkušenosti s užitím látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let a odhad počtu uživatelů psychedelik v roce 2018 (Prevalence užívání drog v populaci 2018) 77
Tabulka 5: Sociodemografický profil uživatelů látek s psychedelickými účinky v dospělé populaci ve věku 15–64 let (Národní výzkum užívání návykových látek 2016) 80
Tabulka 6: Sociodemografické charakteristiky vzorku z průzkumu mezi uživateli psychedelik 87
Tabulka 7: Celoživotní užití psychedelik (n = 1 406) 89
Tabulka 8: Frekvence užití psychedelik v životě (n = 1 400) 90
Tabulka 9: Frekvence užívání psychedelik v posledním roce (n = 890) 91
Tabulka 10: Frekvence užívání psychedelik v posledním měsíci (n = 870) 92
Tabulka 11: Počet užití jiných látek v životě respondentů (n = 1 252–1 408) 94
Tabulka 12: Přehled prostředí, ve kterém respondenti užívali psychedelika (n = 1 396) 95
Tabulka 13: Společnost, se kterou respondenti psychedelika užívali (n = 1 393) 96
Tabulka 14: Motivace k užívání psychedelik (n = 1 402) 98
Tabulka 15: Způsoby přípravy k užití psychedelik (n = 1 402) 102
Tabulka 16: Ovlivnění životní spokojenosti a psychické pohody po užití psychedelik (n = 1 397) 104
Tabulka 17: Duševní onemocnění diagnostikováno před zkušeností s psychedeliky (n = 177) 105
Tabulka 18: Vyvolání nebo zhoršení psychických obtíží po užití psychedelik (n = 699) 106
Tabulka 19: Zlepšení psychických obtíží po užití psychedelik (n = 813) 107
Tabulka 20: Ovlivnění fyzické pohody po užití psychedelik (n = 1 339) 109
Tabulka 21: Pozitivní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 341) 112
Tabulka 22: Negativní ovlivnění některých oblastí života respondentů po užití psychedelik (n = 1 216) 114
Tabulka 23: Ovlivnění zvýšení či snížení míry užívání jiných psychoaktivních látek skrze zkušenost s psychedeliky (n = 1 347) 116
Tabulka 24: Ovlivnění míry užívání alkoholu a tabáku zkušeností s psychedeliky 117
Tabulka 25: Ovlivnění míry užívání kokainu a pervitinu zkušeností s psychedeliky . . . 117
Tabulka 26: Ovlivnění míry užívání vybraných psychofarmak, konkrétně antipsychotik, antidepresiv a anxiolytik zkušeností s psychedeliky 117

Tabulka 27: Náročná psychedelická zkušenost, základní údaje 118
Tabulka 28: Projevy, které uživatelé prožívali během své nejnáročnější zkušenosti s psychedeliky (n = 893) 119
Tabulka 29: Možné příčiny vzniku a prožití nejnáročnější zkušenosti s halucinogeny (n = 867) 120
Tabulka 30: Významnost nejnáročnější zkušenosti s psychedeliky u respondentů (n = 888) 120
Tabulka 31: Další prožité obtížné, rizikové či zdraví nebo život ohrožující situace související s užíváním halucinogenů (n = 1 326) 121
Tabulka 32: Možné příčiny vzniku obtížné, nebezpečné nebo život ohrožující situace (n = 296) 122
Tabulka 33: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní) 123
Tabulka 34: Užití psychedelik formou mikrodávkování (n = 453) 124
Tabulka 35: Motivace k mikrodávkování psychedelik (n = 450) 124
Tabulka 36: Frekvence mikrodávkování psychedelik (n = 449) 125
Tabulka 37: Komplikace spojené s mikrodávkováním psychedelik (n = 450) 126
Tabulka 38: Názor respondentů na dostupnost a legální ukotvení klasických psychedelik (n = 1 380) 126
Tabulka 39: Názor uživatelů konopí na jejich dostupnost a legální ukotvení (n = 1 383) 128
Tabulka 40: Míra rizika při užívání níže uvedených látek 1–2× měsíčně (názor respondentů) (n = 1 311–1 383 podle látky; celkové n = 1 393) 130
Tabulka 41: Preferované typy specializovaných služeb podle respondentů (n = 962) 132
Tabulka 42: Povědomí respondentů o službách relevantních pro uživatele psychedelik aktuálně dostupných v ČR (n = 1 381) 133
Tabulka 43: Míra spokojenosti se specializovanými služby podle vlastních zkušeností respondentů (n = 35) 135
Tabulka 44: Služby, které by měly na základě názorů respondentů nabízet společenské kluby konopí (n = 821) 136
Tabulka 45: Kompetence odborníka v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik (n = 1 379) a během samotné zkušenosti s psychedeliky (n = 1 341) 136
Tabulka 46: Primární cílová skupina, se kterou poskytovatelé pracovali (n = 65) 141
Tabulka 47: Typy uživatelů ilegálních psychoaktivních látek (n = 37) 141
Tabulka 48: Vzdělávací programy, které respondenti absolvovali během své praxe (n = 65) 142
Tabulka 49: Duševní onemocnění rozvinuté v souvislosti s užíváním psychedelik podle názoru poskytovatelů služeb (n = 32) 143
Tabulka 50: Názor poskytovatelů na vliv konkrétních látek na rozvoj duševního onemocnění (n = 32) 143
Tabulka 51: Duševní onemocnění, které se podle poskytovatelů péče u klientů vyskytovalo již před psychedelickou zkušeností (n = 16) 144
Tabulka 52: Látky, pod jejichž akutním vlivem byli klienti při setkání s poskytovateli (n = 24) 145
Tabulka 53: Látky, které klienti spojovali s popisem zkušenosti (n = 42) 145
Tabulka 54: Látky, v souvislosti s kterými klienti popisovali negativní stavy spojené s jejich užitím (n = 38) 146
Tabulka 55: Psychické obtíže klientů podle poskytovatelů (n = 38) 146

Tabulka 56: Příčina obtíží klientů podle poskytovatelů (n = 37) 147
Tabulka 57: Pozitivní a negativní důsledky užívání psychedelik v životních oblastech popisované klienty z pohledu poskytovatelů péče 148
Tabulka 58: Návrhy služeb pro uživatele psychedelik (n = 64) 149
Tabulka 59: Kompetence poskytovatelů služeb v přípravné a následné péči o uživatele psychedelik (n = 64) 150
Tabulka 60: Žádoucí kompetence odborníků během akutní fáze užití psychedelik (n = 63) 151
Tabulka 61: Vlastní informovanost o službách pro uživatele drog či lidi se zájmem o změněný stav vědomí (n = 65) 152
Tabulka 62: Vlastní zkušenost poskytovatele služeb s užitím psychedelické látky (n = 50) 153
Tabulka 63: Látka či kombinace látek, se kterou došlo k náročné psychedelické zkušenosti (n = 24) 154
Tabulka 64: Pozitivní vliv na konkrétní oblasti života poskytovatelů (n = 50) 156
Tabulka 65: Negativní vliv na konkrétní oblasti života poskytovatelů (n = 47) 157
Tabulka 66: Názor na zvýšení dostupnosti klasických psychedelik (n = 62) 157
Tabulka 67: Důvody pro zvyšování dostupnosti klasických psychedelik (n = 45) a konopí (n = 44) 158
Tabulka 68: Důvody proti zvyšování dostupnosti klasických psychedelik (n = 10) a konopí (n = 4) 158
Tabulka 69: Názory na změnu dostupnosti konopí (n = 63) 158
Tabulka 70: Subjektivně vnímaná rizikovost fyzického poškození v souvislosti s užíváním konkrétních psychedelických látek z pohledu poskytovatelů péče (n = 53–57) 162
Tabulka 71: Subjektivně vnímaná rizikovost psychického poškození v souvislosti s užíváním konkrétních psychedelických látek z pohledu poskytovatelů péče (n = 56–59) 162

Seznam grafů

Graf 1: Motivace k užívání nejčastěji užívaných psychedelik (v %) 101
Graf 2: Způsoby následné integrace zkušenosti s psychedeliky v % (n = 1 397) . . . 102
Graf 3: Ovlivnění životní spokojenosti a psychické pohody po užití psychedelik užitých největším podílem respondentů průzkumu v % 103
Graf 4: Míra ovlivnění probíhajícího duševního onemocnění během zkušenosti s psychedeliky (n = 175) 105
Graf 5: Zhoršení konkrétních fyzických obtíží po užití psychedelik (n = 205) 110
Graf 6: Zlepšení konkrétních fyzických obtíží po užití psychedelik (n = 303) 111
Graf 7: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní) 118
Graf 8: Poměr respondentů, kteří uvedli zkušenost s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí (PSK) 123
Graf 9: Ohodnocení zkušenosti s flashbackem, HPPD a psychospirituální krizí na škále 1 (nejvíc negativní) až 10 (nejvíc pozitivní) 123
Graf 10: Hodnocení dopadů mikrodávkování psychedelik během (n = 450) a po skončení (n = 448) užívání 125
Graf 11: Pozitivní potenciální efekty zpřístupnění klasických psychedelik na základě názorů respondentů (n = 1 244) 127
Graf 12: Negativní potenciální efekty zpřístupnění klasických psychedelik na základě názorů respondentů (n = 91) 128
Graf 13: Pozitivní potenciální efekty zvýšení dostupnosti konopí na základě názorů respondentů (n = 1 260) 129
Graf 14: Negativní potenciální efekty zpřístupnění konopí na základě názorů respondentů (n = 45) 129
Graf 15: Typy odborné pomoci využité uživateli psychedelik (n = 146) v % 131
Graf 16: Názor respondentů na to, jestli a jakým způsobem by využívali specializované služby pro uživatele psychedelik (n = 1 410) 131
Graf 17: Produkty, které by měly na základě názorů respondentů nabízet společenské kluby konopí (n=826) 135
Graf 18: Věk klientů, se kterými poskytovatelé primárně pracovali (n = 64) 140
Graf 19: Pozitivní a negativní důsledky užívání psychedelik v životních oblastech popisované klienty z pohledu poskytovatelů péče 149
Graf 20: Hodnocení zkušenosti s psychedelickou látkou (n = 50) 152
Graf 21: Významnost vybrané psychedelické zkušenosti pro poskytovatele (n = 50), zastoupení je vyjádřeno v % 153
Graf 22: Zpětné hodnocení náročné psychedelické zkušenosti poskytovateli (n = 23) 154
Graf 23: Využití vlastních zkušeností s psychedeliky v práci s klienty (n = 48), v % . . 155
Graf 24: Konkrétní oblasti, ve kterých poskytovatelé služeb uvedli, že využili své vlastní zkušenosti s psychedeliky v práci s klienty či pacienty (n = 27) 155
Graf 25: Pomohla vám zkušenost s psychedeliky při řešení Vašich vlastních obtíží či seberozvoji? (n = 50) 156
Graf 26: Názory poskytovatelů na otázku, zda by podle nich měla být kontrolovaná psychedelická zkušenost dostupná pro klienty či pacienty (n = 64) 159
Graf 27: Myslíte si, že by kontrolovaná psychedelická zkušenost měla být dostupná v rámci vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích? 159

Psychedelika
v České republice

- Tato publikace představuje komplexní úvod do problematiky a dosud první souhrnný přehled situace v oblasti fenoménu užívání psychedelik v České republice, shrnující výsledky výzkumného projektu Aplikace výzkumných metod při tvorbě návrhu systému služeb pro uživatele psychedelických látek realizovaného v letech 2019–2021 v Národním ústavu duševního zdraví a spolufinancovaného se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ZÉTA.

- Publikaci přináší Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky.

- Dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách www.drogy-info.cz.

- Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
Nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-307-1
9 788074 403071