
Integrację psychodeliczną można zdefiniować jako proces mający na celu minimalizację niepożądanych efektów/konsekwencji oraz utrzymanie i maksymalizację potencjalnych korzyści związanych z doświadczeniami pod wpływem psychodelików. Niniejszy artykuł przedstawia propozycje praktycznych wskazówek dotyczących praktyki integracji doświadczeń psychodelicznych dla psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów oraz innych specjalistów zdrowia psychicznego.

POWRÓT Z KRÓLICZEJ NORY¹. CZĘŚĆ II: PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE INTEGRACJI DOŚWIADCZEŃ PSYCHODELICZNYCH DLA SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Jakub Greń^{a,b}, Michał Lasocik^{b,c}

^a Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

^b Polskie Towarzystwo Psychodeliczne

^c Polskie Towarzystwo Psychologii Procesu

W części pierwszej artykułu opublikowanej w numerze 1/2024 Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA przyjrzeliśmy się podstawom oraz ogólnym rozważaniom teoretycznym dotyczącym integracji doświadczeń psychodelicznych dla specjalistów zdrowia psychicznego. Artykuł ten prezentował m.in. bezpośrednie efekty, terapeutyczny potencjał i niekorzystne konsekwencje używania psychodelików, potrzebę oraz definicję integracji psychodelicznej, a także teoretyczne, prawne i etyczne rozważania w tym zakresie. Niniejszy tekst, będący kontynuacją

tamtego, skupia się na praktycznych wskazówkach oraz krótkim przeglądzie aktualnych modeli integracji doświadczeń psychodelicznych.

Cele integracji psychodelicznej

Integracja doświadczeń psychodelicznych jest procesem indywidualnym. Interwencje podejmowane przez osoby wspierające ten proces powinny więc odnosić się bezpośrednio do potrzeb artykułowanych przez klienta. Niemniej jednak, z perspektywy

pragmatycznej, cele interwencji zorientowanych na osoby poszukujące wsparcia w związku ze swoimi doświadczeniami psychodelicznymi można podzielić na dwie nadrzędne kategorie: maksymalizację korzyści i minimalizację szkód.

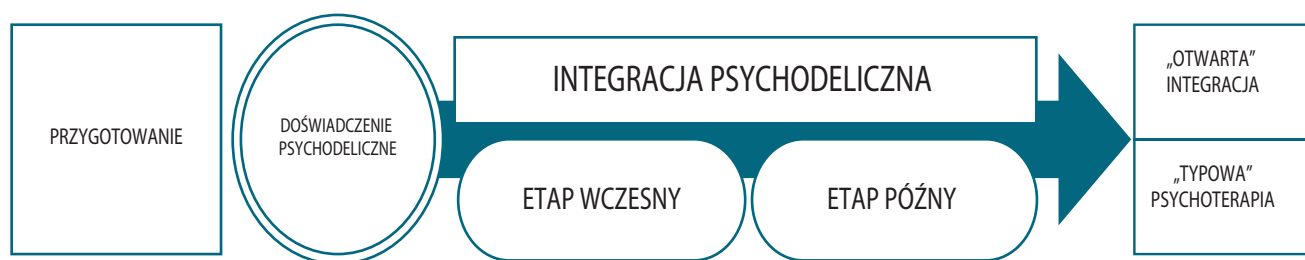
W pierwszym przypadku mamy potencjalnie do czynienia z doświadczeniem, które jest postrzegane jako pozytywne, a zatem korzystne dla klienta. Przykładowo, może on/ona odczuwać wyraźną poprawę nastroju, czy też przełamać dysfunkcyjny wzorec zachowań (np. nałogowych). Ponieważ jednak zmiany zapoczątkowane przez takie doświadczenie mają tendencję do zanikania z czasem, klient może potrzebować konkretnych warunków i praktyk, które pozwolą te zmiany utrzymać, skonsolidować i wprowadzić w życie. Z drugiej strony, doświadczenia psychodeliczne mogą skutkować również niepożądanymi rezultatami, które zakłócają samopoczucie i/lub ogólne funkcjonowanie, nawet na długo po ustąpieniu bezpośrednich efektów psychoaktywnych przyjętej substancji psychodelicznej [1, 2]. Może to wynikać zarówno z pogorszenia (lub intensyfikacji) uprzednich problemów ze zdrowiem psychicznym, jak i z doświadczania nowych trudności (np. nasilonego i/lub uporczywego lęku, zaburzeń snu, wysokiej reaktywności emocjonalnej lub upośledzenia funkcji poznawczych). W takim przypadku praca integracyjna powinna koncentrować się przede wszystkim na wsparciu klienta w tym, co przeżywa, oraz w radzeniu sobie ze zgłaszanymi objawami, co może czasem przybierać formę interwencji kryzysowej. Warto wspomnieć, że stosowane przez nas rozróżnienie na nadrzędne kategorie celów integracji psychodelicznej można spotkać także w innej literaturze poświęconej tej tematyce [3, 4].

Przebieg praktyki integracyjnej

Rysunek 1. przedstawia prosty model, który proponujemy w celu organizacji praktyki integracji psychodelicznej [5]. Model ten jest konceptualizowany w wymiarze czasu, dzieląc praktykę integracyjną na etap wczesny i późny. Z założenia etapy te następują po doświadczeniu psychodelicznym, które z kolei powinno być poprzedzone odpowiednim przygotowaniem. Ogólnie rzecz biorąc, etap wczesny jest krótkoterminowy (do pięciu jednogodzinnych sesji) i wykorzystuje standardowe praktyki kliniczne/terapeutyczne. Obejmuje to zapewnienie podstawowego wsparcia, nawiązanie relacji terapeutycznej, badania przesiewowe pod kątem wymaganego leczenia psychiatrycznego, psychoedukację i, w razie potrzeby, normalizację, a także samo określenie potrzeb i celów klienta. Priorytetem powinno być tutaj ustabilizowanie stanu klienta oraz wsparcie w radzeniu sobie z niepożądanymi konsekwencjami doświadczeń pod wpływem psychodelików.

Integracja psychodeliczna może koncentrować się również na maksymalizacji i podtrzymaniu korzyści wynikających z doświadczeń psychodelicznych. Tego typu praca jest jednak wykonywana zwykle w kontekście badań nad terapią wspomaganą psychodelikami (ang. *psychedelic-assisted therapy*, PAT) czy też zorganizowanych odosobnień (ang. *retreats*) lub ceremonii, które zresztą często uwzględniają również pewnego rodzaju wsparcie w dniach następujących po podawaniu psychodelików [6, 7]. Tymczasem osoby szukające pomocy u terapeutów lub innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, oferujących integrację psychodeliczną, zazwyczaj robią to z powodu

Rys. 1. Model przebiegu praktyki integracji psychodelicznej.



odczuwania niekorzystnych konsekwencji doświadczeń pod wpływem psychodelików, których nie mogli rozwiązać samodzielnie czy z pomocą innych osób. W odróżnieniu od etapu wczesnego, etap późny rozciąga się zwykle na dłuższy okres i koncentruje się na głębszej eksploracji specyficznych treści doświadczenia psychodelicznego, oraz wsparciu we wdrażaniu i podtrzymywaniu wynikających z tego zmian w przekonaniach czy stylu życia. W tym sensie etap ten jest naturalną kontynuacją uprzedniej pracy (etapu wczesnego), ale może być również początkiem regularnej psychoterapii, wykraczającej poza zakres treści związanej z doświadczeniem psychodelicznym klienta.

Integracja psychodeliczna a psychoterapia

Powyższy model rozdziela praktykę integracji psychodelicznej od „typowej” psychoterapii. Naszym zdaniem należy dokonać tego rozróżnienia, ponieważ osoby szukające wsparcia w związku ze swoimi doświadczeniami psychodelicznymi niekoniecznie chcą lub potrzebują rozpoczynać proces psychoterapii (niezależnie od tego, czy zgłaszają się do psychoterapeuty, który takie wsparcie oferuje).

W niektórych przypadkach integracja psychodeliczna może jednak przybrać formę lub przejść do procesu psychoterapii, którą w tym kontekście można określić jako praktykę kliniczną/terapeutyczną nie

Tabela 1. Propozycja kluczowych czynników doświadczenia psychodelicznego oraz przykładowych pytań do ich zbadania i oceny.

Kluczowe czynniki	Przykładowe pytania
Otoczenie i kontekst, w którym miało miejsce dane doświadczenie psychodeliczne.	Gdzie miało miejsce to doświadczenie? Co pamiętasz ze swojego otoczenia? Gdzie byłeś/aś pod wpływem tej substancji? Czy byłeś/aś sam/a? Kto towarzyszył ci podczas tego doświadczenia? Czy ufałeś/aś tej osobie (lub tym osobom)? Czy czułeś/aś się wtedy bezpiecznie? Czy uważasz, że warunki, w których miałeś/aś to doświadczenie psychodeliczne, były właściwe? Jakie miejsce i kontekst są według ciebie „odpowiednie” do używania psychodelików?
Substancja, która wywołała dane doświadczenie psychodeliczne.	Czy był to klasyczny, czy nieklasyczny psychodelik? Jaką dawkę przyjąłeś/przyjęłaś? Czy powtórzyłeś/aś dawkę lub przyjąłeś/przyjęłaś booster? Jeśli tak, to w którym momencie i jaka była to dawka? Czy w twoim poczuciu miałeś/aś raczej słabe, średnie czy silne doświadczenie psychodeliczne? Czy przyjmowałeś/aś wtedy lub później także inne substancje psychoaktywne (w tym leki)?
Motywy i intencje danego doświadczenia psychodelicznego.	Jaka była twoja motywacja do zażycia tej substancji? Jakie były twoje intencje? Dlaczego chciałeś/aś mieć to doświadczenie? Czy było to tylko z ciekawości, jako środek do samopoznania, samorozwoju, jako część eksperymentalnego leczenia lub samoleczenia, czy też z powodów, które można nazwać hedonistycznymi? Jeśli było to zamierzone, jakie były twoje nadzieje i oczekiwania wobec tego doświadczenia psychodelicznego?
Przygotowanie do doświadczenia psychodelicznego.	Czy zrobiłeś/aś coś konkretnego, aby przygotować się do tego doświadczenia? Czy czułeś/aś, że jesteś gotowy/a na doświadczenie pod wpływem tej substancji? Jak rozumiesz taką „gotowość”? Czy patrząc wstecz, inaczej przygotowałbyś/przygotowałabyś się do tego doświadczenia? Co dziś poleciałbyś/poleciałabyś osobie, która chciałaby się przygotować do doświadczenia psychodelicznego pod wpływem substancji, którą wtedy przyjąłeś/aś?
Ogólny stan zdrowia klienta.	Czy masz jakieś problemy ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym? Czy lekarz lub psychoterapeuta postawił ci kiedykolwiek jakąś diagnozę? Czy u twoich rodziców lub innych bliskich krewnych kiedykolwiek zdiagnozowano jakiegokolwiek problemy medyczne lub psychiczne? Czy przyjmujesz lub przyjmowałeś/aś jakieś leki? Jeśli tak, to jakie i jak na nie reagowałeś/aś? Czy masz jakieś problemy relacyjne, społeczne lub inne, które cię niepokoją? Jak oceniasz jakość swojego zdrowia i życia?

koncentrującą się wyłącznie na treści i/lub konsekwencjach doświadczeń psychodelicznych klienta. Może to być na przykład kontynuacja wsparcia w związku z uprzednimi problemami zdrowia psychicznego czy też pogłębienie pracy związanej z utrzymaniem zmian w obszarze zachowań nałogowych. Sytuacje tego typu zdarzają się stosunkowo często między innymi ze względu na naturę przeżyć pod wpływem psychodelików (np. ujawnianie czy konfrontowanie z treściami dotyczącymi biografii, wzorów zachowań, wyborów lub sytuacji życiowych), oraz związany z tym potencjał terapeutyczny. W takich przypadkach uważamy, że w najlepszym interesie klientów jest, aby taka zmiana została uświadomiona, nazwana i ustalona wspólnie (np. być może zmianie powinny ulec także ramy, cele czy inne elementy współpracy).

Ze względu na specyfikę doświadczeń psychodelicznych często trudno jest mówić o definitywnym zakończeniu procesu ich integracji. Gdy więc proces ten nie przechodzi w długoterminową psychoterapię, proponujemy traktować go jako „integrację otwartą” bądź „integrację z otwartym nawiasem”. Mamy tu na myśli uznanie zarówno możliwości ponownego kontaktu z klientem w późniejszym czasie (np. sesji uzupełniających), jak i własnej ciągłej pracy klienta nad integracją doświadczenia psychodelicznego z jego codziennym życiem, które z założenia będzie trwać także po takiej współpracy.

Wskazówki praktyczne

Nie wszystko, co dotyczy integracji psychodelicznej, jest lub powinno być niezwykle. Ostatecznie poza skupieniem się na doświadczeniu psychodelicznym i jego konsekwencjach, sesje integracji psychodelicznej nie różnią się niczym od regularnych konsultacji, sesji psychoterapii czy też, w szczególnych przypadkach, od interwencji kryzysowej. W związku z tym większość praktycznych aspektów integracji psychodelicznej nie powinna odbiegać od warsztatu i naturalnego sposobu pracy danego specjalisty zdrowia psychicznego. Takie praktyczne aspekty powinny obejmować:

- dbanie o poczucie bezpieczeństwa klienta (np. poprzez zapewnianie poufności oraz nieoceniającą przestrzeń do werbalnej i niewerbalnej ekspresji; udzielanie bezwarunkowego wsparcia; nieprzekraczanie granic klienta);

- współokreślanie konkretnego celu i priorytetów spotkań (np. co konkretnie spowodowało klienta do nas; czy potrzebuje on/ona przeanalizować i zrozumieć treść swojego doświadczenia psychodelicznego, czy raczej uspokoić się i poradzić sobie z niepożądanymi objawami po nim);
- przeprowadzenie ogólnego wywiadu na temat historii medycznej klienta oraz ewentualnych testów przesiewowych, które mogą informować o kondycji zdrowotnej (w tym o diagnozach) i sytuacji społeczno-ekonomicznej klienta;
- ustalenie formalnej struktury podejmowanej współpracy (tj. długości, częstotliwości, miejsca, czasu i kosztów lub innych warunków spotkań).

Jeden rozmiar nie pasuje do wszystkich

Naszym zdaniem każda osoba zgłaszająca się po wsparcie specjalistów zdrowia psychicznego powinna być traktowana z tak zindywidualizowanym podejściem, jakie tylko jesteśmy w stanie zapewnić. Bez tego trudno bowiem o skuteczne interwencje. W takim samym stopniu dotyczy to powinno również wsparcia w ramach integracji psychodelicznej. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to wzięcie pod uwagę kilku kluczowych czynników składających się na dane doświadczenie psychodeliczne, które mogą pomóc nam dostosować się do konkretnej osoby, jej potrzeb i trudności. Tabela 1. zawiera naszą propozycję takich kluczowych czynników, wraz z przykładowymi pytaniami, które mogą być przydatne do ich zbadania i oceny.

Więcej niż halucynacja?

W przypadku integracji psychodelicznej zindywidualizowane podejście jest potrzebne także ze względu na tzw. noetyczną jakość efektów działania psychodelików. Odnosi się to do wrażenia, że doświadczenie pod wpływem psychodelików było równie lub nawet bardziej realne niż nasze codzienne poczucie rzeczywistości [8]. Zjawisko to jest dość powszechne i występuje również w opisach doświadczeń duchowych, mistycznych i/lub religijnych, do których doświadczenia psychodeliczne są też zresztą często porównywane [9]. Ze względu na taki subiektywny

poziom istotności i osobistego (np. biograficznego lub symbolicznego) znaczenia przypisywanego doświadczeniom psychodelicznym zazwyczaj nie sposób ich zignorować, czy uznać za halucynacje. W związku z tym uważamy, że wnoszone przez klienta wrażenia i treści związane z jego/jej doświadczeniem psychodelicznym, powinno być traktowane z powagą i bez lekceważenia przypisywanego im znaczenia, tak jak ma to miejsce z innymi doświadczeniami z życia klienta (w tym ze snami). Takie branie doświadczeń psychodelicznych „na serio” jest też często powodem, dla którego w ogóle poszukuje się wsparcia osób oferujących integrację psychodeliczną.

Oddech i uziemienie

Chociaż zwykle są one potrzebne podczas lub bezpośrednio po doświadczeniu psychodelicznym, techniki uspokajania i uziemiania mogą być również przydatne w trakcie integracji psychodelicznej (np. gdy klient kontaktuje się z nami z powodu nieradzenia sobie z trudnymi objawami lub gdy ponownie zbliży się do swojego doświadczenia psychodelicznego podczas sesji). Celem technik uspokajania/uziemiania jest bowiem złagodzenie lęku oraz połączenie się z chwilą obecną, pomagając w ten sposób wejść w zakres optymalnego pobudzenia. Szybka lub nieskładna mowa, niepokój, nadmierne pobudzenie czy objawy podobne do psychotycznych, mogą wskazywać na potrzebę

Tabela 2. Propozycja przykładowych instrukcji i pytań do eksploracji i analizy treści doświadczenia psychodelicznego.

Skupienie się na przeszłości – ponowne połączenie się z doświadczeniem.
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby na chwilę zamknął/ęła oczy, wziął/wzięła kilka głębokich oddechów, a następnie spróbował/a przypomnieć sobie najważniejsze momenty swojego psychodelicznego doświadczenia, po czym zadaj następujące pytania:
<p>Jaka jest pierwsza rzecz, która przychodzi ci do głowy, gdy skupiasz się na tym doświadczeniu?</p> <p>Co postrzegasz jako najprzyjemniejszy moment tego doświadczenia?</p> <p>Czy miałeś/aś wcześniej podobne doświadczenia? (niekoniecznie związane z psychodelikami)</p> <p>Co pomogło ci poradzić sobie w trudnych momentach tego doświadczenia?</p> <p>Które momenty doświadczenia były dla ciebie najważniejsze?</p>
Skup się na teraźniejszości – cofając się od doświadczenia.
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby pozostał/a z zamkniętymi oczami, skupił/a uwagę do wewnątrz, a następnie ponownie otworzył/a oczy, przygotowując się do następujących pytań (zachęć klienta do podania jak największej liczby szczegółów).
<p>Opisz swoje obecne wrażenia.</p> <p>O czym teraz myślisz?</p> <p>Co dzieje się teraz w twoim ciele?</p> <p>Jakie emocje teraz czujesz?</p> <p>Jak odczuwasz otaczający cię świat?</p>
Skupienie się na przyszłości – wyciąganie wniosków z doświadczenia.
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby na chwilę zamknął/zamknęła oczy i pomyślał/a ponownie o swoim doświadczeniu psychodelicznym, ale skupiając się tym razem na osadzeniu go w szerszym kontekście swojego życia i swojej najbliższej przyszłości. Po chwili zadaj następujące pytania:
<p>Co było dla ciebie ważne w tym doświadczeniu?</p> <p>Czy jest coś, co możesz wnieść z tego doświadczenia do swojego codziennego życia?</p> <p>Co należy zrobić, aby tak się stało?</p> <p>Co musiałoby się wydarzyć, abyś poczuł/a, że to doświadczenie zostało zintegrowane?</p> <p>Po czym konkretnie to poznasz?</p>

uspokojenia/uziemienia klienta przed podjęciem jakichkolwiek innych interwencji.

Przykładem takich technik jest zwrócenie uwagi klienta na jego/jej stopy na podłożu, rozglądanie się i opisywanie szczegółów najbliższego otoczenia, rozciąganie, elementy jogi, uważne chodzenie lub inne metody uważności (mindfulness), czy też bezpośredni kontakt z naturą (np. spacer do lasu w swojej okolicy lub praca z roślinami w gabinecie terapeutycznej) [10]. Innym przykładem mogą być techniki wyobrazeniowe lub koncentracji (np. zachęcanie klienta do wyobrażenia sobie własnego „bezpiecznego miejsca”, opisywania swoich aktualnych odczuć ciała lub wykonanie tzw. skanowania swojego ciała). Zalecane jest również pisanie, rysowanie lub malowanie, a także śpiew, taniec czy inne metody wyrażania siebie. A jeśli jest taka potrzeba, klient powinien otrzymać także ogólne zalecenia dotyczące samoopieki i zdrowia w zakresie snu, diety, radzenia sobie ze stresem, umiarkowanego czasu spędzanego przed ekranem itp.

Normalizacja i psychoedukacja

Ze względu na charakter i szerokie spektrum efektów psychodelicznych nasi klienci mogą doświadczać siebie w nieznanym sobie dotychczas sposób, a także martwić się o swoje zdrowie psychiczne, jak i o to, że ich zmieniły stan lub związana z nim dysfunkcja będzie trwać do końca życia. Stąd pomocna może być normalizacja, czyli wspierające przekazanie informacji na temat powszechności czy też „naturalności” występowania określonych objawów innych osób (w tym przypadku wśród innych, którzy używali psychodelików). Taka skuteczna psychoedukacja powinna opierać się na dowodach naukowych w zakresie efektów i mechanizmów działania psychodelików, w tym zagrożeń i konsekwencji związanych z używaniem tych substancji. Idealnie byłoby, gdyby specjalista był w stanie odnieść się do aktualnej literatury naukowej w tej dziedzinie, najlepiej wyników metaanaliz. Ponadto w określonych sytuacjach także podzielenie się własnymi doświadczeniami związanymi z psychodelikami może być pomocne w normalizacji i zwiększeniu poczucia zaufania i bezpieczeństwa klienta. Należy jednak zachować przy tym szczególną ostrożność, aby nie przeoczyć lub nie umniejszyć cierpienia lub potrzeb wyrażonych przez klienta. Nie należy także

lekceważyć realnej możliwości występowania zaburzeń percepcji związanych z używaniem halucynogenów (HPPD) lub innych problemów zdrowia psychicznego (np. objawów lękowych, dysocjacyjnych lub psychotycznych) na skutek używania psychodelików [1, 2]. W przypadku takich podejrzeń zalecamy skierowanie klienta na konsultację psychiatryczną, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia i zajęciu się również innymi zgłaszanymi trudnościami.

Analiza treści doświadczenia

Kiedy wyżej wymienione obawy zostaną rozwiane, nadchodzi czas na zajęcie się samą treścią doświadczenia psychodelicznego. Nie chodzi tu o naszą interpretację, ale o wsparcie klienta w zrozumieniu oraz wyciąganiu praktycznych wniosków ze swojego przeżycia i związanych z tym konsekwencji. W tym celu należy najpierw zapewnić bezpieczną, nieoceniającą przestrzeń do szczegółowego opisu treści oraz wrażeń i uczuć związanych z konkretnym doświadczeniem. Proces ten może być wspierany przez wyrażanie ciekawości, parafrazowanie czy zadawanie pogłębiających pytań. W tabeli 2. przedstawiliśmy kilka przykładów takich pytań oraz instrukcji, które mogą być pomocne w „powrocie” do doświadczenia psychodelicznego klienta oraz wyciągania z niego wniosków. Ponadto również wcześniejsze intencje i oczekiwania klienta wobec jego/jej doświadczenia mogą być cennym przedmiotem analizy, szczególnie jeśli odnieść je do treści i konsekwencji aktualnego doświadczenia.

Ponieważ doświadczenie psychodeliczne może być zapamiętane niespójnie – jako seria incydentów – przydatne mogą być próby jego uporządkowania. Najprostszym przykładem takiego uporządkowania będzie organizacja danego doświadczenia na osi czasu. W tym celu możemy przekazać klientowi kartkę i coś do pisania z prośbą o narysowanie osi czasu i zaznaczenie na niej tych części doświadczenia, które pamięta. Następnie możemy poprosić o umieszczenie na osi pewnych dodatkowych punktów, jak podjęcie decyzji o przyjęciu substancji, poczucie pierwszych efektów, najtrudniejszy i najprzyjemniejszy moment, poczucie ustępowania efektów, przybycie do nas itd. Klient może również zostać poproszony o narysowanie i wypełnienie „wykresu emocji”, gdzie oś X przedstawia oś czasu danego doświadczenia psychodelicznego, a oś Y reprezentuje skalę intensywności emocji (np.

od +10 do -10). Tego typu wykres może być wykorzystany również do organizowania i analizowania intensywności zmian percepcyjnych, odczuć ciała, interakcji z innymi itp.

Ważne jest, aby wspierana przez nas osoba mogła wyrazić w pełni treść swoich przeżyć, poddać je refleksji oraz wyciągnąć z tego pragmatyczne wnioski, które będą mogły mieć realne przełożenie na jego/jej zachowanie, funkcjonowanie czy styl życia. Może to wymagać stopniowego przejścia od języka opisu subtelnych, trudnych do wyrażenia wrażeń oraz symboli i metafor do języka „behawioralnego”, czyli konkretnych zachowań, sytuacji i zmian. Przy czym warto dodać, że takie analizowanie doświadczenia psychodelicznego nie musi ograniczać się do wyżej wymienionych interwencji „terapii rozmową”. Zalecamy korzystanie także z innych form wyrazu, takich jak rysowanie, malowanie, pisanie (w tym pisanie automatyczne lub spisanie treści swojego doświadczenia w ramach zadania domowego pomiędzy sesjami), odgrywanie ról, taniec, inne formy spontanicznego ruchu – w zależności od tego, z czym klient i my sami czujemy się komfortowo.

Modele i podejścia do integracji psychodelicznej

Chociaż integracja psychodeliczna była uznawana i praktykowana w pewnej formie od zarania dziejów w ramach rytuałów z użyciem psychodelików w rdzennych kulturach, oraz co najmniej od połowy lat 50. XX wieku w ramach medycyny zachodniej [4], to modele integracji doświadczeń psychodelicznych zostały opracowane dopiero niedawno, a publikacje na ten temat sięgają nie dalej niż 2017 roku [5, 6]. Publikacje te prezentują dość zróżnicowane spektrum modeli, które wywodzą się z określonych podejść psychoterapeutycznych bądź też w jakimś stopniu się do nich odnoszą. Jest tak, ponieważ potrzeby i cele związane z integracją psychodeliczną zazwyczaj nie różnią się od tych, z którymi klienci zwracają się o pomoc do psychoterapeutów, psychiatrów czy innych specjalistów zdrowia psychicznego. Istniejące różnice dotyczą dynamiki oraz specyficznych treści doświadczeń psychodelicznych. Jednak pomimo tego, że przeżycia pod wpływem psychodelików znacznie wykraczają poza codzienne postrzeganie, nadal mieszczą się w szerokim zakresie ludzkiego doświadczenia.

Większość z dostępnych obecnie modeli integracji psychodelicznej można opisać jako holistyczne, ponieważ łączą w sobie metody zorientowane na umysł, ciało, duchowość oraz relacje z innymi i ze środowiskiem/naturą. Tymczasem pozostałe modele koncentrują się wyłącznie na umyśle i zmianie zachowania czy stylu życia, a więc na domenie psychologicznej. Obecnie podejściami psychoterapeutycznymi, które najpowszechniej stosuje się w integracji psychodelicznej są: psychologia transpersonalna [np. 4], psychologia analityczna Junga [np. 11] oraz podejścia poznawczo-behawioralne trzeciej fali [12], w tym przede wszystkim terapia akceptacji i zaangażowania [13], a także podejście redukcji szkód [3], systemu wewnętrznej rodziny [14] oraz psychologii procesu [15]. Szczegółowa prezentacja aktualnych modeli integracji psychodelicznej wykracza poza zakres tego artykułu – zainteresowanych odsyłamy do dostępnych przeglądów literatury na ten temat [5, 6]. Należy także podkreślić, że do stosowania tych modeli i podejść w pracy z klientami wymagane mogą być profesjonalne szkolenia. Zalecana jest także superwizja.

Autorzy poszczególnych modeli, oprócz uzasadnień teoretycznych, podają także przykłady konkretnych praktyk służących ułatwieniu integracji psychodelicznej, co zostało podsumowane w artykule Geoffa Bathje'a i wsp. [6]. Tutaj warto podkreślić, że wiele z tych praktyk nie jest specyficzna dla żadnego podejścia czy szkoły psychoterapii i jest stosowana także indywidualnie (np. w ramach samoopieki czy samorozwoju). Są to m.in. praktyki ekspresji twórczej, prowadzenie dziennika, spędzanie czasu na łonie natury, kontemplacja, medytacja czy praktyki duchowe.

Należy również podkreślić, że integracja psychodeliczna – tak jak każda inna praktyka w zakresie zdrowia psychicznego – wymaga określonych postaw i sposobów pracy z klientami, które wykraczają poza wiedzę teoretyczną, metody praktyczne i dane podejścia psychoterapeutyczne. Nie chodzi więc jedynie o to, „co” robimy, ale też o to, „jak” to robimy, co zostało określone jako metaumiejętności [16].

Po integracji

Jak wspomniano wcześniej, wsparcie w zakresie integracji psychodelicznej może przekształcić się w „typową” psychoterapię. Niemniej jednak, ponieważ wcześniej czy później nasza współpraca z klientem dobiegnie końca,

proponujemy, aby zakończenie to zawierało dwa uniwersalne elementy. Pierwszym jest podsumowanie całości współpracy, wraz z jej początkiem, przebiegiem oraz odwołaniem się do ustalonych celów. Takie podsumowanie wspiera bowiem, nomen omen, integrację całego procesu. Drugim elementem jest upewnienie się, że osoba, z którą współpracowaliśmy, wie, jakie kolejne działania podjąć, aby utrzymać dobre samopoczucie i funkcjonowanie, oraz że posiada kontakt do osoby lub miejsca, gdzie może uzyskać dodatkowe wsparcie lub inną pomoc w przyszłości. Proponujemy także wspólne z klientem nadanie ogólnego tytułu lub znalezienie metafory, które mogłoby posłużyć jako podsumowanie i zakończenie współpracy. Używając naszej własnej metafory – chociaż żaden specjalista zdrowia psychicznego nie zintegruje czyjegoś doświadczenia psychodelicznego, możliwe jest skuteczne wsparcie osoby w zebraniu owoców, które wyrosły na drzewach jego/jej doświadczenia psychodelicznego, aby mógł/a skorzystać z nich w swoim życiu codziennym.

Zamiast podsumowania

Integracja doświadczeń psychodelicznych jest stosunkowo młodą dziedziną, która podlega dynamicznemu rozwojowi. Dlatego niemożliwe jest dokonanie wyczerpującego zestawienia praktycznych wskazówek oraz podejść i metod psychoterapeutycznych, które mogą być przydatne w takiej praktyce. Ponadto, podczas gdy większość obecnie dostępnych modeli i metod integracji psychodelicznej opiera się na wielopokoleniowych praktykach rdzennych kultur i/lub podejściach psychoterapeutycznych [6], żaden z tych modeli/metod nie może być określony jako oparty na dowodach naukowych [17]. Wynika to z braku badań skoncentrowanych na eksploracji, opracowaniu i testowaniu skuteczności modeli/metod integracji psychodelicznej. Zachęcamy więc do prowadzenia i śledzenia przyszłych badań w tym zakresie.

Przypisy

¹ Niniejszy artykuł został opracowany na podstawie tekstu pt. „Back from the rabbit hole. Theoretical considerations and practical guidelines on psychedelic integration for mental health specialists”, który ukazał się w czasopiśmie naukowym *Frontiers in Psychology*. Tekst ten jest wynikiem międzynarodowego projektu, który został zrealizowany przy wsparciu finansowym Funduszu Wyszehradzkiego (ID projektu: 21820342). Zgromadził on międzynarodowy zespół psychiatrów, psychoterapeutów i badaczy, reprezentujących oficjalne instytucje i/lub stowarzyszenia związane z psychodelikami z krajów Grupy Wyszehradzkiej.

Bibliografia

- Evans, J., Robinson, O.C., Argyri, E.K., Suseelan, S., Murphy-Beiner, A., McAlpine, R., Luke, D., Michelle, K., & Prideaux, E. (2023). Extended difficulties following the use of psychedelic drugs: A mixed methods study. *PLOS ONE*, 18(10), e0293349. DOI: 10.1371/JOURNAL.PONE.0293349.
- Bremner, R., Katati, N., Shergill, P., Erritzoe, D., & Carhart-Harris, R. (2023). Focusing on the negative: cases of long-term negative psychological responses to psychedelics. DOI: 10.31234/osf.io/yzmj.
- Gorman, I., Nielson, E.M., Molinar, A., Cassidy, K., & Sabbagh, J. (2021). Psychedelic Harm Reduction and Integration: A Trans-theoretical Model for Clinical Practice. *Frontiers in Psychology*, 12(March), 1–16. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.645246.
- Aixalà, M. (2022). *Psychedelic integration: Psychotherapy for non-ordinary states of consciousness*. Synergetic Press.
- Greń, J., Tylś, F., Lasocik, M., & Kiraly, C. (2023). Back from the rabbit hole. Theoretical considerations and practical guidelines on psychedelic integration for mental health specialists. *Frontiers in Psychology*, 14, 1054692. DOI: 10.3389/FPSYG.2023.1054692/BIBTEX.
- Bathje, G.J., Majeski, E., & Kudowor, M. (2022). Psychedelic integration: An analysis of the concept and its practice. *Frontiers in Psychology*, 13, 824077. DOI: 10.3389/FPSYG.2022.824077/BIBTEX.
- Lutkajtis, A., & Evans, J. (2023). Psychedelic integration challenges: Participant experiences after a psilocybin truffle retreat in the Netherlands. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(3), 211–221. DOI: 10.1556/2054.2022.00232.
- Yaden, D.B., Le Nguyen, K.D., Kern, M.L., Wintering, N.A., Eichstaedt, J.C., Schwartz, H.A., et al. (2017). The noetic quality: a multimethod exploratory study. *Psychol. Conscious. Theory Res. Pract.* 4, 54–62. DOI: 10.1037/cns0000098.
- Richards, W. (2015). *Sacred knowledge. Psychedelics and religious experiences*. New York: Columbia University Press.
- Brown, K.W., and Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 84, 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Ortigo, K.M., & Richards, W.A. (2021). *Beyond the narrow life: a guide for psychedelic integration and existential exploration*. Synergetic Press.
- Yaden, D.B., Earp, D., Graziosi, M., Friedman-Wheeler, D., Luoma, J.B., & Johnson, M.W. (2022). Psychedelics and psychotherapy: cognitive-behavioral approaches as default. *Frontiers in psychology*, 13, 873279. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.873279.
- Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 15, 92–102. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.12.004.
- Morgan, N.L. (2020). Integrating psychedelic experiences utilizing the internal family systems therapeutic model. *Int. J. Soc. Sci. Manage. Rev* 3, 257–264. DOI: 10.37602/IJSSMR.2020.3417.
- Pavlovič, I. (2020). Integration of altered states of consciousness according to the process oriented psychology. *Soc Health Horiz* 7:30.
- Mindell, A.S. (1996). „Metaumiejętności. O sztuce psychoterapii”. Wydawnictwo Nuit Magique.
- Greń, J., Gorman, I., Ruban, A., Tylś, F., Bhatt, S., & Aixalà, M. (2023). Call for evidence-based psychedelic integration. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. DOI: 10.1037/PHA0000684.