



# ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM PSYCHODELIKÓW I INNYCH HALUCYNOGENÓW



**Redakcja merytoryczna:**

Grzegorz Wodowski

**Autorzy tekstów:**

Paweł Beniowski

Filip Duski

Judyta Put

Grzegorz Wodowski

Paweł Zieliński

**Korekta językowa:** Ida Mendys

**Projekt okładki, grafika i łamanie tekstu:** Jonna Weck

**Druk:** Drukarnia INTROMAX [www.intromax.com.pl](http://www.intromax.com.pl)

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kraków 2025

ISBN 978-83-956070-6-6

E g z e m p l a r z   b e z p ł a t n y

wersja online: [www.monar.krakow.pl/pub](http://www.monar.krakow.pl/pub)

**Wydawca:**

Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie

ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków tel.: 12 430-61-35

e-mail: [biuro@monar.krakow.pl](mailto:biuro@monar.krakow.pl)

Projekt zrealizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



 MAŁOPOLSKA

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| WSTĘP                                          | 5  |
| HALUCYNOGENY                                   | 6  |
| LSD                                            | 8  |
| TAJNA BROŃ                                     | 13 |
| PSYLOCYBINA I MAGICZNE GRZYBY                  | 15 |
| AYAHUASCA I DMT                                | 18 |
| BUFOTEINA                                      | 21 |
| HALUCYNOGENY W ICD                             | 22 |
| PSYCHODELIKI JAK DOŚWIADCZENIE ŚMIERCI         | 23 |
| TERAPIA WSPOMAGANA PSYCHODELIKAMI              | 25 |
| SZEMRANE PRAKTYKI                              | 28 |
| PRAWO - CEREMONIE PSYCHODELICZNE               | 30 |
| MŁODZIEŻ                                       | 32 |
| UZALEŻNIENIA                                   | 33 |
| ZDROWIE PSYCHICZNE                             | 34 |
| BAD TRIP                                       | 35 |
| FLASHBACK                                      | 36 |
| HPPD                                           | 38 |
| ZAGROŻENIA BEHAWIORALNE                        | 39 |
| SZCZĘKOŚCISK                                   | 40 |
| ZANIECZYSZCZENIA                               | 41 |
| PROWADZENIE POJAZDÓW POD WPLYWEM PSYCHODELIKÓW | 42 |
| PRAWO - NIELEGALNE PSYCHODELIKI                | 44 |
| REDUKCJA SZKÓD - TIPY NA TRIPY                 | 47 |
| REDUKCJA SZKÓD - KRYZYS PSYCHODELICZNY         | 48 |
| PSYCHODELICZNE FENYLOETYLOAMINY                | 52 |
| TERAPIA PTSD Z WYKORZYSTANIEM MDMA             | 54 |
| MESKALINA                                      | 56 |
| WITKACY I PEJOTL                               | 58 |
| KETAMINA I INNE DYSOCJANTY                     | 60 |
| ESKETAMINA W TERAPII DEPRESJI                  | 68 |
| REDUKCJA SZKÓD – KIEDY KETAMINA CIĘ WYŁĄCZY    | 71 |
| MUCHOMOR CZERWONY                              | 72 |
| PRZEDWOJENNY DOPALACZ                          | 74 |
| DELIRIANTY. NA GRANICY OBŁĘDU                  | 76 |
| HALUCYNOGENY W KULTURACH PIERWOTNYCH           | 79 |
| SŁOWNIK POJĘĆ ZWIĄZANYCH Z PSYCHODELIKAMI      | 86 |
| WYKAZ PLACÓWEK                                 | 89 |



## WSTĘP

Halucynogeny fascynują nas od zawsze: są stare jak cywilizacja i odpowiadają na ludzką potrzebę zmian świadomości, oferując poczucie jedności z wszechświatem i dając mistyczne przeżycia duchowe. Prowadzą do głębokich zmian percepcji, dzięki czemu to, co tak do znudzenia znamy może wydać się inne, ciekawsze, mające głębszy sens. Łączą szamańskie rytuały ze współczesnymi badaniami terapeutycznymi, historię z nowoczesnością. Prowadzone obecnie badania podkreślają potencjał psychodelików w leczeniu depresji, PTSD i uzależnień. Ale na tym nie poprzestajemy – liczymy też, że rozwiążą znacznie więcej naszych bolączek, problemów egzystencjonalnych – będą antidotum na wypalenie, przebudowanie, utratę kontaktu z naturą i duchowością. **Liczymy, że „uratuja świat”.**

Psychodelikom towarzyszy pozytywny przekaz medialny, ich popularność podbijają entuzjastyczne zwierzenia celebrytów, którzy opisują je jako narzędzia uzdrowienia psychicznego. Elon Musk wzywa do większej otwartości na ketaminę, podkreślając jej potencjał antydepresyjny (choć w tym celu nie trzeba jej zażywać co dzień, mieszać z MDMA i psylocybiną). Mike Tyson mikrodawkuje psylocybinę dla lepszej koncentracji. Sting wychwala LSD (ale też ostrzega przed ryzykiem psychozy). Trzeba przyznać, że wypowiedzi celebrytów przyczyniają się do destygmatyzacji psychodelików. Ale nie zawsze wszystko idzie dobrze, czasem ktoś z ich powodu umrze, jak chociażby – pozostając wśród celebrytów – Matthew Perry.

Popularność psychodelików, zwłaszcza psylocybiny, rośnie na całym świecie. Najdynamiczniej w USA, czyniąc ją jednym z najpowszechniej używanych środków psychoaktywnych. Szybko rosnący entuzjazm społeczny i medialny tworzy wrażenie, że psychodeliki są „magicznym lekiem na wszystko”. To jeden z przejawów renesansu psychodelicznego, trendu z którym mamy do czynienia od co najmniej dwóch dekad.

Niewątpliwie, u podstaw tego zjawiska stoją liczne i coraz bardziej zaawansowane badania naukowe, które wykazują, że substancje takie jak psylocybina, LSD czy MDMA mogą skutecznie wspierać leczenie zaburzeń psychicznych, szczególnie tam, gdzie tradycyjne terapie okazują się nieskuteczne. Nie bez znaczenia jest odchodzenie społeczeństw od polityki prohibicyjnej (tak zadziało się z konopiami), która w przypadku psychodelików utrudnia badania i dostęp do innowacyjnych terapii. Zmiany kulturowe prowadzą do destygmatyzacji psychodelików. Opinia publiczna coraz rzadziej traktuje je wyłącznie jako „niebezpieczne narkotyki”. Po dekadach demonizowania wahadło zmienia swoje położenie. Znajduje to też poparcie ze strony autorytetów medycznych.

Pytanie tylko, czy wraz ze zmianą kursu nie nadchodzi czas rekreacyjnej konsumpcji, poza kontrolą kliniczną. A przecież to potężnie działające na umysł substancje mogące wywołać kryzysy, zaostrzać lub ujawniać zaburzenia psychiczne. Brak odpowiedniego wsparcia w trakcie i po

sesji może uruchomić trudności, z którymi użytkownik sobie nie poradzi. Narracja o bezpiecznym mikrodawkowaniu bagatelizuje ryzyko regularnego przyjmowania niewielkich dawek. Ceremonie i sesje psychodeliczne prowadzone są przez osoby bez kwalifikacji, co zwiększa ryzyko nadużyć, naruszania granic, stosowania przemocy psychicznej i fizycznej, a nawet seksualnej. Niekontrolowana „terapia” i komercyjny szamanizm na pewno stanowią poważne wyzwanie i powinny

być regulowane. Zbyt szybka komercjalizacja w tym obszarze i rozpowszechnienie używania mogą wywołać reakcję zwrotną: zaostrzenie regulacji i stygmatyzację, które utrudnią prowadzenie badań klinicznych – jak miało to miejsce w latach 60. ubiegłego wieku. I chociaż terapia z wykorzystaniem psychodelików jest niewątpliwie obiecującym polem działania, być może w przestrzeni publicznej należy przyjąć bardziej zrównoważone i racjonalne podejście. ●

## HALUCYNOGENY

Halucynogeny to duża i bardzo niejednorodna klasa substancji psychoaktywnych potężnie oddziałujących na ludzki umysł, powodujących zmiany w percepcji, myśleniu, nastroju i odczuwaniu emocji, wpływając na subiektywne postrzeganie rzeczywistości bardziej niż jakiekolwiek inne substancje. Jak sama nazwa wskazuje – **wywołują też halucynacje** (omamy) czyli sprostżenia zmysłowe (słuchowe, wzrokowe, węchowe, smakowe oraz dotykowe) powstające bez zewnętrznego bodźca. Przekonanie o realności halucynacji zależy od rodzaju substancji (jak również jej dawki) i może mieć różne nasilenie: od świadomości, że są to tylko nieznaczne zniekształcenia percepcyjne do niemożności odróżnienia halucynacji od rzeczywistości.

Wśród halucynogenów możemy wyróżnić kilka grup substancji, które w różny

sposób ingerują w układ nerwowy i wywołują różne efekty psychologiczne. **Klasyczne psychodeliki**, reprezentowane przez LSD, psylocybinę i DMT, działają głównie poprzez aktywację receptorów serotoninowych, zwiększają wrażliwość percepcji, zarówno zmysłowej, jak i emocjonalnej i wpływają na sposób przetwarzania informacji w mózgu. Działanie **dysocjantów** (ketaminy czy fencyklidyny) polega głównie na redukowaniu i blokowaniu sygnałów, jakie docierają do mózgu. Wywołuje to m.in. uczucie oddzielenia od ciała i rzeczywistości (dysocjację). Niektóre **fenyloetyloaminy** (m.in. MDMA) określane także empatogenami i entaktogenami – stymulują wydzielanie serotoniny, dopaminy i innych neurotransmiterów, co wzmacnia poczucie empatii i powoduje większą otwartość emocjonalną. Będąc pod wpływem psychodelików, dyso-

cjantów czy fenyloetyloamin – mimo pewnych ograniczeń – mamy wpływ na przebieg doświadczenia. W przypadku **deliriantów**, które zaburzą normalne mechanizmy sygnalizacji komórkowej

odróżnienie halucynacji od rzeczywistości jest mało możliwe. Substancje te (m.in. alkaloidy tropanowe) wywołują skrajną dezorientację, splątanie i niepamięć. ●

### PSYCHODELIKI INDOLOWE

#### LIZERGAMIDY

#### TRYPTAMINY

LSD-25

NATURALNE

SYNTECYCZNE

PSYLOCYBINA [4-PO-DMT]

4-AcO-DMT

DIMETYLOTRYPTAMINA [DMT]

5-MeO-DALT

BUFOTENINA [5-HO-DMT]

DIPROPYLOTRYPTAMINA [DPT]

MEBUFOTENINA 5-MeO-DMT

### PSYCHODELICZNE FENYLOETYLOAMINY

SYNTECYCZNE

NATURALNE

MDMA i inne MDxx [MDA, MDEA]

MESKALINA [PEJOTL]

BENZOFURANY [np. 6-APB]

2C-B i inne 2Cx

DOM i inne DOx

### DYSOCJANTY

SYNTECYCZNE

NATURALNE

KETAMINA

MUSCYMOL [Muchomór czerwony]

FENCYKLIDYNA [PCP]

SALWINORYNA A [Szatwia wieszczka]

PODTLENEK AZOTU [N<sub>2</sub>O]

IBOGAINA [Tabernanthe iboga]

DEKSTROMETORFAN [DXM]

METOKSETAMINA [MXE]

ETER DIETYLOWY

### DELIRIANTY

SYNTECYCZNE

NATURALNE

DIMMENHYDRYNAT

ATROPINA

BENZYDAMINA

SKOPOLAMINA

HIOSCYJAMINA

POKRZYK WILCZA JAGODA

BIELUŃ DZIĘDZIERZAWA

LULEK CZARNY

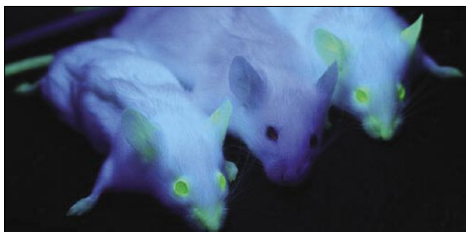
MANDRAGORA

ALKALOIDY TROPANOWE

ROŚLINY ZAWIERAJĄCE  
ALKALOIDY TROPANOWE

## LSD

**Dietyloamid kwasu lizergowego** to substancja, która wywarła głęboki wpływ na naukę, kulturę i społeczeństwo XX wieku — zarówno jako obiekt badań medycznych, jak i symbol rewolucji kulturowej czy narzędzie eksploracji ludzkiej świadomości. LSD odegrało fundamentalną rolę w ruchu kontrkulturowym lat 60., inspirując sztukę, muzykę, literaturę i rozwój duchowości. Pomimo swego znaczenia narastające kontrowersje oraz obawy związane z nadużywaniem doprowadziły do zakazu stosowania LSD w latach 70. Historia „**kwasu**” stanowi przykład zderzenia naukowej ciekawości z kulturową rewolucją i politycznym lękiem.



**Head-Twitch Response (THR), test potrząsania głową to behawioralna metoda badawcza stosowana u gryzoni (najczęściej myszy) do pomiaru aktywacji receptorów serotoniny. Zwierzę otrzymuje substancję działającą na układ serotoniny (np. LSD, ), a naukowcy liczą liczbę szybkich, rytmicznych ruchów głowy. Test ten jest powszechnie stosowany w badaniach nad psychodelikami i receptorami serotoniny, pomaga ocenić potencjalne działanie leków modujących układ serotoniny.**

### SPORYSZ

Nie byłoby LSD, gdyby nie grzyb będący pasożytem zbóż. Dietyloamid kwasu lizergowego to **substancja półsyntetyczna**, powstająca w wyniku chemicznej modyfikacji naturalnie występującego związku — kwasu lizergowego, pochodzącego ze **sporyszu** (buławinki czerwonej), pasożytniczego grzyba rozwijającego się na zbożach (zwłaszcza żyta). Charakterystyczne purpurowo-czarne „rożki” zawierają toksyczne alkaloidy, między innymi ergotaminę i ergometrynę. Ziarło zanieczyszczone sporyszem powyżej określonych norm nie jest dopuszczane do obrotu. **Zatrucie sporyszem**, zwane ergotyzmem lub **ogniami świętego Antoniego**, występowały głównie w średniowieczu. Spożycie zanieczyszczonych ziaren prowadziło do jednej z dwóch postaci zaburzeń: **konwulsyjnych** (objawiając się halucynacjami i drgawkami) oraz **gangrenowych** (powodując martwicę kończyn wskutek silnego skurczu naczyń). Niektóre z tych zatruc miały charakter masowy, kiedy z powodu spożycia chleba wypiekanego z zainfekowanej mąki umierały dziesiątki tysięcy ludzi. Ostatnie poważne ognisko ergotyzmu odnotowano w Etiopii w latach 1977–1978.

### ALBERT HOFMANN

Nie byłoby LSD, gdyby nie **Albert Homann**. Szwajcarski chemik po raz pierwszy zsyntetyzował tę substancję w 1938 roku w laboratoriach firmy Sandoz w Bazylei. Pracował wówczas nad opracowaniem środka pobudzającego krążenie i oddychanie, który miałby znaleźć zastosowanie w położnictwie jako środek rozkurczający

mięśnie macicy podczas porodu. Związek otrzymany w 25. próbie (stąd nazwa **LSD-25**) nie wykazywał jednak oczekiwanych właściwości, dlatego został odstawiony na półkę, gdzie przeleżał do kwietnia 1943 roku. Wówczas Hofmann ponownie zainteresował się substancją i **przypadkowo wchłoniął jej niewielką ilość** przez skórę, doświadczając niezwykłych zmian percepcji i barwnych wizji. Kilka dni później, 19 kwietnia, odbył swoją słynną podróż rowerem pod wpływem LSD. I w ten sposób, pierwotnie uznane za nieprzydatne przy porodzie, LSD zapoczątkowało nową dziedzinę badań nad psychodelikami, a Hofmann stał się nie tylko wybitnym chemikiem, ale również pionierem badań nad odmiennymi stanami świadomości.

#### DAWKI

LSD należy do najbardziej aktywnych znanych związków psychoaktywnych. Już **dawki rzędu mikrogramów** wywołują intensywne efekty psychologiczne. Efekt progowy, powodujący zauważalne zmiany percepcji i nastroju, pojawia się przy dawkach około 20 µg. Dla porównania typowe dawki psychodeliczne mieszczą się pomiędzy 100–200 µg. Mimo wysokiej aktywności substancji, jej toksyczność jest bardzo niska, a **śmiertelne przedawkowanie praktycznie niemożliwe**.

#### WYGLĄD I SPOSOBY PRZYJMOWANIA LSD

W czystej postaci LSD to bezbarwna, krystaliczna, pozbawiona zapachu i smaku substancja, ale z taką formą LSD użytkownicy mają z nią kontakt niezwykle rzadko. Jak wspomnieliśmy – już mikrogramowe ilości wystarczają do wywołania efektów i dlatego LSD najczęściej występuje

**Bicycle Day** to nieoficjalne święto rewolucji psychodelicznej upamiętniające odkrycie LSD, obchodzone **19 kwietnia** w rocznicę pierwszej świadomej podróży psychodelicznej po LSD, jaką przeżył **Albert Hofmann** w 1943 roku jadąc rowerem do domu z laboratorium.



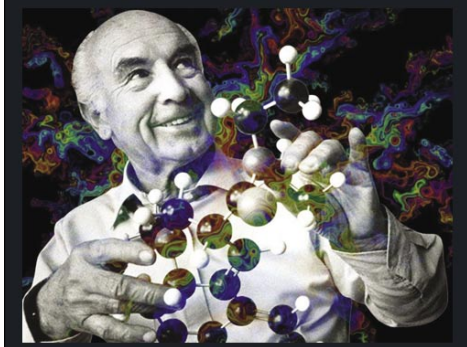
w postaci **nasączonych nim małych, kwadratowych kartoników**, zwanych potocznie kwadratami, bibułami, blotterami lub znaczkami. Pojedynczy kartonik ma zazwyczaj wielkość małego paznokcia i bywa ozdobiony kolorowymi grafikami, postaciami z kresówek bądź wzorami geometrycznymi. Poza kartonikami, LSD może występować także w innych formach: jako przezroczysty, bezwonny płyn sprzedawany w małych buteleczkach z kroplomierzem lub w formie mikrotabuletek o średnicy 2–3 mm.

Substancja **wchłania się przez błony śluzowe**, więc najczęściej przyjmowana jest doustnie – umieszczana się pod językiem, gdzie powoli się rozpuszcza i wchłania. Inne sposoby przyjmowania są bardzo rzadkie i mają marginalne znaczenie.

Mimo, że **buławinka czerwona** naturalnie infekuje zboża, to w przeszłości zakładano uprawy zbóż **celowo skażone sporyszem**. Przykładem są uprawy żyta w latach 30. i 40-tych ub. stulecia w dolinie Emmental (Szwajcaria), gdzie na potrzeby firmy farmaceutycznej miejscowi rolnicy uprawiali na masową skalę skażone sporyszem rośliny, których nasiona dostarczane były przez koncern Sandoz.



Ojciec LSD, **Albert Hofmann** był postrzegany jako wizjoner i mentor ruchu psychodelicznego, a jego życie pozostało związane z popularyzacją **terapeutycznego oraz duchowego potencjału LSD**. Jego odkrycie stało się fundamentem badań oraz przyczyniło się do zainteresowania psychodelikami na całym świecie. Hofmann promował bezpieczne, świadome podejście do tych substancji, podkreślając ich możliwe zastosowania w psychoterapii.



## DZIAŁANIE

LSD wyostreza percepcję sensoryczną, wywołując efekty wizualne, takie jak jaśniejsze kolory, ruchome wzory i zniekształcenia. Użytkownicy często opisują **synestezję** (powiązanie relacji międzymysłowych – słyszenie kolorów lub widzenie dźwięków). Emocjonalnie mogą odczuwać euforię, miłość, podziw i bycie ponad czasem, poczucie głębokiej więzi z otoczeniem lub wszechświatem. Jednocześnie czują większą empatię i słabiej rozpoznają strach. Wzorce myślowe stają się płynne i symboliczne, a wiele osób zgłasza wglądy lub doświadczenia o charakterze mistycznym – uczucie jedności, transcendencji lub duchowego przebudzenia. LSD **zniekształca** (jak każdy psychodelik) **poczucie czasu**: minuty mogą wydawać się godzinami. Typowe dla działania LSD jest **rozluźnienie granic ego**, czyli chwilowa utrata poczucia oddzielności siebie od świata zewnętrznego – co może być odbierane zarówno jako wyzwalaające, jak i dezorientujące. Następuje nasilenie introspekcji i poczucie, że emocje czy myśli stają się „namacalne” i widoczne. Pojawia się większa kreatywność słowna, losowe skojarzenia i nietypowe interpretacje, które wydają się zabawne. Mogą też wystąpić błędy koncepcyjne i pomyłki w nazywaniu przedmiotów lub pojęć, np. mylenie słów o podobnym brzmieniu lub znaczeniu. Po „fazie zasadniczej” pozostaje wyciszenie i dobry nastrój, które mogą utrzymywać się przez kilka dni, choć niektórzy doświadczają lęku lub łagodnej depresji w kolejnych dniach.

LSD wywiera także **efekty somatyczne**. Do najczęściej obserwowanych należą:

rozszerzenie źrenic, podwyższenie temperatury ciała, przyspieszone bicie serca (tachykardia), wzrost ciśnienia krwi, wzmożona potliwość, nudności, drżenie mięśniowe i szczykościsk (skurcze mięśni żwaczy). Objawy te są zazwyczaj łagodne lub umiarkowane, zwłaszcza gdy porówna się je z intensywnością efektów psychicznych, choć mogą być uciążliwe. Zazwyczaj nie wymagają interwencji medycznej, chyba że występują w połączeniu ze złym samopoczuciem psychicznym.

W niekorzystnych warunkach, podczas „fazy zasadniczej” może wystąpić lęk, dezorientacja lub paranoja (tzw. **bad trip**). Czasem występują **flashbacki** – spontaniczne i krótkie, ale wyraźne wspomnienia i emocje z wcześniejszej podróży, które mogą powrócić nawet po dłuższym czasie. O tych efektach ubocznych piszemy szczegółowo w dalszej części publikacji.

#### MECHANIZM DZIAŁANIA

W wyniku oddziaływania LSD na **układ serotoninowy** w komunikacji i percepcji mózgu zachodzą głębokie zmiany. Substancja wiąże się przede wszystkim z receptorami serotoninowymi 5-HT<sub>2A</sub>, zlokalizowanymi w obszarach mózgu odpowiedzialnych za nastrój, percepcję i procesy poznawcze. Zmienia sposób, w jaki neurony przekazują sygnały, deregulując ich typową hierarchię i umożliwiając swobodny przepływ informacji między wcześniej odseparowanymi sieciami neuronalnymi. **LSD zwiększa neuroplastyczność mózgu**, czyli zdolność tworzenia nowych połączeń synaptycznych. Badania sugerują, że może to sprzyjać elastyczniejszemu myśleniu i głębszej introspekcji. Tłumaczy to

**Estetyka LSD**, charakteryzująca się jaskrawymi kolorami, falującymi wzorami i surrealistycznymi motywami, znalazła odzwierciedlenie w sztuce i modzie. **Styl psychodeliczny** stał się wizualnym symbolem wolności i buntu, który inspirował artystów i projektantów mody, a także zjawiska związane z muzyką festiwalową i kulturą klubową.



Polski wątek badań nad LSD. Zaraz po wojnie, **Antoni Kępiński** (na zdjęciu bez butów) wraz z innymi psychiatrami z krakowskiej kliniki sprawdzali czy LSD może być **pożyteczne w leczeniu schizofrenii**. Zrezygnowali z powodu braku oczekiwanych wyników. Kilka lat później wrócono do eksperymentów z LSD. Ale i tym razem wyniki nie były zadowalające. Badania te ukształtowały **nieprzychylną opinię o LSD wśród polskich psychiatrów**.

zmiany w postrzeganiu rzeczywistości oraz potencjał terapeutyczny obserwowany w psychoterapii wspomaganej psychodelikami.

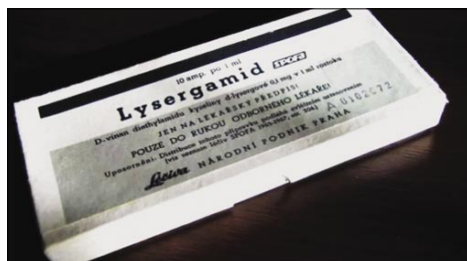
#### LSD W PSYCHIATRII I PSYCHOTERAPII

Od samego początku LSD było intensywnie badane pod kątem zastosowań w psychiatrii i psychoterapii. W latach 50. i 60. XX wieku prowadzono badania nad jego skutecznością w leczeniu alkoholizmu, schizofrenii, zaburzeń lękowych i depresji, a także zaburzeń osobowości. Jednym z pionierów badań nad zastosowaniem LSD w psychoterapii był **czesłowski psychiatra Stanislav Grof**. W latach 60. prowadził setki sesji z LSD w Czechosłowacji, a następnie kontynuował badania w USA. Grof uważał LSD za katalizator, który aktywuje nieświadome materiały psychiczne, umożliwiające głęboką eksplorację psychiki pacjenta. Opracował także **teorie związane z psychologią perinatalną i transpersonalną**, które rozszerzyły rozumienie ludzkiej świadomości oraz terapii psychodelicznej. Współcześnie LSD jest badane jako wsparcie w terapii uzależnień i zaburzeń lękowych, a terapia psychodeliczna bazująca na LSD obiecuje nowe możliwości leczenia w psychiatrii. Zastosowanie LSD w psychiatrii i psychoterapii było (i nadal jest) kontrowersyjne, ale jego potencjał terapeutyczny powraca do naukowych dyskusji i badań klinicznych, szczególnie w kontekście nowoczesnych podejść do leczenia zaburzeń psychicznych.

#### NOWE LIZERGAMIDY

LSD należy do większej grupy substancji określanych terminem **lizergamidy (ergoamidy)**. Są to związki chemiczne

będące pochodnymi kwasu lizerginowego, zawierające jego amid w swojej strukturze. Poszczególne lizergamidy mają różne działanie farmakologiczne, niektóre są stosowane w leczeniu somatycznym (metergina i metysergid – w migrenach i przy poronieniach). Jeszcze inne mają umiarkowane działanie psychodeliczne (ALD-52, AL-LAD). Również **LSA, naturalny lizergamid z nasion hawajskiej trawki**, wykazuje działanie psychodeliczne, ale charakteryzuje się mniejszą siłą działania w porównaniu do LSD. Pojawiają się też **nowe substancje psychodeliczne**. Jedną z nich jest **1P-LSD**, zsyntetyzowane ok. 2015 roku (nie wiadomo dokładnie przez kogo) jest często używane jako substytut LSD w miejscach, gdzie jest nadal legalne. ●



W 1965 roku zatwierdzono w Czechosłowacji komercyjną produkcję LSD pod nazwą handlową „**Lysergamid**” (było ono również eksportowane na Zachód). W tym okresie przeprowadzono w Pradze **jeden z największych na świecie programów klinicznych z LSD**, w którym 700 pacjentów i ochotników uczestniczyło w ok. 6000 sesji terapeutycznych. Czechosłowacja stała się **centrum badań nad psychodelikami za żelazną kurtyną**. Albert Hofmann pisał o Pradze jako centrum zdobywania wysokiej jakości LSD.

## TAJNA BRONĲ

Psychodeliki zwiększają podatność na sugestie, wywołują poczucie otwartości, a zarazem dezorientację i zaburzenia procesów pamięciowych. Te ich właściwości od dawna wzbudzały (w niektórych kręgach) nadzieje na możliwość wykorzystania ich **do kontroli ludzkiego umysłu**, panowania nad świadomością lub przynajmniej znaczącego wpływania na zachowanie ludzi.

Szczególne zainteresowanie tym potencjałem psychodelików wykazywały **służby wywiadowcze**, zwłaszcza w czasie zimnej wojny. Psychodeliki miały stać się narzędziem przesłuchań, manipulacji psychicznej, a nawet tajną bronią. Z biegiem lat ujawniono, że były one faktycznie testowane w ramach ściśle tajnych programów badawczych finansowanych przez wywiad.

Najgroźniejszym i najlepiej udokumentowanym przykładem takich działań był **projekt MK-Ultra** – tajny program badawczy prowadzony przez CIA w latach 1953–1973. Jego celem było opracowanie technik kontroli umysłu, manipulacji psychicznej oraz metod skuteczniejszego przesłuchiwania. W ramach projektu prowadzono setki eksperymentów z wykorzystaniem LSD i innych substancji psychoaktywnych, często bez wiedzy i zgody osób badanych. Stosowano m.in. hipnozę, depriację sensoryczną, długotrwałą izolację oraz przemoc psychiczną. Oprócz LSD testowano psylocybinę i meskalinę, a ponadto substancje o odmiennym niż

psychodeliki działaniu: opioidy, barbiturany czy amfetaminę.

Z odtajnionych dokumentów dotyczących MK-Ultra wynika, że badania te miały na celu między innymi sprawdzenie możliwości „prania mózgu”, tworzenia nieświadomych agentów lub zabójców oraz badanie potencjału chemicznego wymuszania posłuszeństwa. Oceniano, czy pod wpływem psychodelików osoby stają się bardziej podatne na sugestie, skłonne do ujawniania informacji, a także jak długo zachowują zdolność koncentracji i dyscypliny. W niektórych eksperymentach analizowano odporność psychiczną



Wśród biorących udział w MK-Ultra był Ken Kesey, autor powieści „Lot nad kukutczym gniazdem”, który sam promował rekreacyjne używanie LSD. Innym „celebrytą” był Theodore Kaczynski. Uważa się, że udział Unabombersa w tych badaniach mógł mieć wpływ na rozwój jego późniejszych zachowań. Według niektórych źródeł, z eksperymentami CIA był powiązany Charles Manson, co mogło mieć wpływ na sposób, w jaki kierował później swoją sektą.

Podobne do MK-Ultra, choć nie tak znane były czeskosłowackie eksperymenty z wykorzystaniem LSD do celów wojskowych. Prowadzono je mniej więcej w tym samym czasie. Testowano między innymi to, jak środek wpływa na zdolności oficerów do planowania reakcji na atak wojskowy. Wyniki pokazały, że pod wpływem LSD żołnierze byli zupełnie niezdolni do skutecznego działania.



żołnierzy w sytuacjach ekstremalnego stresu oraz próbowano określić, **czy substancje halucynogenne mogą znaleźć zastosowanie w działaniach wojennych.** Wśród koncepcji pojawiała się nawet idea użycia LSD jako „super-broni psychodelicznej”, rozpylanej nad pozycjami wroga w celu wywołania dezorientacji, utraty zdolności bojowej lub masowej paniki.

Psychodeliki testowano na ochotnikach (niekoniecznie świadomych zagrożeń), ale też na więźniach, pacjentach szpitali psychiatrycznych, żołnierzach, a nawet przypadkowych obywatelach – często bez ich wiedzy i zgody. Wiele eksperymentów **przeprowadzano w warunkach skrajnie nieetycznych**, a skutki dla uczestników bywały tragiczne. Część

osób doznała trwałych zaburzeń psychicznych lub fizycznych, inni nie przeżyli doświadczeń wywołanych środkami psychoaktywnymi (samobójstwa). Program MK-Ultra oraz powiązane z nim projekty stały się **symbolem poważnych nadużyć w nauce** i dramatycznym przykładem tego, jak eksploracja granic ludzkiej świadomości może zostać wykorzystana w celach sprzecznych z etyką i prawami człowieka.

Kluczowe wymogi udziału w badaniach obejmują uzyskanie dobrowolnej zgody uczestnika, wstępną ocenę przez niezależną komisję bioetyczną oraz ciągłą ocenę ryzyka w porównaniu z potencjalnymi korzyściami.

Wywołanie halucynacji, które są przez osobę odurzoną traktowane są jako rzeczywistość może być skuteczną bronią chemiczną. Niektóre delirianty są tak bardzo silne i toksyczne, że mogą być stosowane jako środki bojowe. Przykładem jest 3-Chinuklidylobenzylan (BZ), który wywołuje intensywne halucynacje, dezorientację oraz niemal całkowite odłączenie osoby od rzeczywistości, uniemożliwiając jej normalne funkcjonowanie. BZ jest używany jako bojowy środek trujący głównie w formie aerozolu lub pyłu, który rozprzestrzenia się drogą inhalacyjną, powodując zatrucie poprzez wdychanie (może być także wchłaniany przez skórę i drogą pokarmową). W praktyce militarnych zastosowań BZ bywa rozpylany z broni chemicznej, takich jak bomby czy granaty, w celu obezwładnienia przeciwnika. Leczenie zatrucia polega na stosowaniu leków odtruwających (np. fizostygminy). ●

## PSYLOCYBINA I MAGICZNE GRZYBY

O ile LSD jest wynalazkiem niewiele starszym niż radio tranzystorowe, o tyle historia zażywania **grzybów zawierających psylocybinę** sięga wielu tysięcy lat wstecz. Jednak patrząc na zainteresowanie obiema substancjami śmiało można powiedzieć, że – obok DMT – to **najbardziej popularne psychodeliki**.

### NA GRZYBY

Grzyby psylocybinowe to grupa około 200 gatunków zawdzięczających swoje psychoaktywne działanie tandemowi związków chemicznych: **psylocybinie** i **psylocynie** (w niektórych gatunkach grzybów dochodzą jeszcze słabsze psychodeliczne substancje m.in. baeocystyna i norbaeocystyna). Najbardziej znane spośród magicznych grzybów to rodzina **Psilocybe** (*semilanceata*, *cubensis*, *mexicana*), a także grzyby z gatunku *Conocybe*, *Copelandia* i *Gymnopilus*. Niektóre z nich zawierają stężenia psylocyminy i psylocyny od 1 do 3% suchej masy grzybów. W zależności od gatunku występują na całym świecie, od tropikalnych lasów po umiarkowane klimaty, często rosnąc na pastwiskach i łąkach. W Polsce najczęściej spotykanym gatunkiem jest **łyśniczka lancetowata**.

### AKTYWNE ALKALOIDY

Wróćmy do psylocyminy i psylocyny. Ta pierwsza sama w sobie nie jest aktywna w pełnym zakresie (można określić ją prolekiem lub prekursorem) – jej działanie wynika z tego, że w organizmie ulega szybkiemu przekształceniu w psylocynę. Psylocyna, której w samym grzybie jest

niewiele, jest aktywną farmakologicznie substancją, która działa jako **agonista receptorów serotoninowych** w mózgu, wywołując zmiany percepcyjne, nastroju i myślenia. Zatem **pełna psychoaktywność grzybów** pojawia się dopiero w momencie metabolizacji psylocyminy do psylocyny w organizmie.

### PRZYGOTOWANIE

Grzyby spożywane są na **surowo** lub w formie **suszu** (suszenie pozwala zachować dłużej substancje aktywne), pite w formie **herbat** lub potykane jako **kapsułki**. Herbata przygotowywana jest przez zalanie grzybów gorącą, ale nie wrzącą wodą. Kapsułki z grzybami psylo-

**Nieprawidłowa identyfikacja grzybów zwiększa ryzyko zatrucia, nawet śmiertelnego. łyśniczka lancetowata** ma charakterystyczny kształt, ale i tak może być mylona z innymi małymi grzybami blaszkowymi, np. ze strzępiakami lub hełmówką błotną (zwaną nie bez powodu „dzwonem pogrzebowym”). Grzyby te zawierają **toksyny muskarynowe** powodujące zaburzenia neurologiczne, niewydolność wątroby i nerek. Ryzyko zgonu występuje już po zjedzeniu niewielkiej ich ilości.



cybinowymi zazwyczaj zawierają proszek ze zmielonych suszonych grzybów. Mogą to być standaryzowane ekstrakty lub drobno zmielone całe grzyby, co ułatwia precyzyjniejsze dawkowanie i wygodniejsze spożycie w porównaniu do spożywania surowych lub suszonych kawałków grzyba. Należy pamiętać, że **ilość związków psychoaktywnych jest inna w każdym egzemplarzu grzyba.**

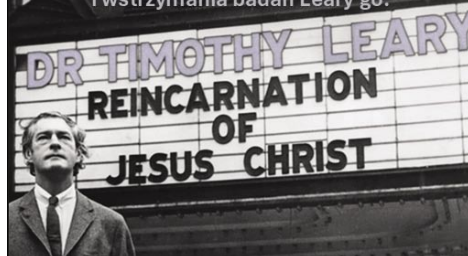
### CEL PODRÓŻY

Po spożyciu, psylocybina wywołuje **głębokie doznania psychodeliczne**, które są związane z jej wpływem na receptory serotoninowe w mózgu (5-HT<sub>2A</sub>) i znacząco zmienia sposób, w jaki mózg przetwarza bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Charakterystycznym efektem są **intensywne zmiany percepcji zmysłowej**: kolory stają się żywsze i bardziej nasycone, a kształty mogą się zmieniać, pulsować. Występują halucynacje wzrokowe, a także słuchowe, dotykowe i węchowe (choć są one rzadsze niż te wizualne). Zmiany dotyczą także postrzegania czasu i przestrzeni, nawet do tego stopnia, że granice między przeszłością, teraźniejszością i przyszłością mogą się zacierać. Przestrzeń może wydawać się rozciągnięta, zniekształcona lub nieskończona. Użytkownicy często doświadczają **intensywnych przeżyć emocjonalnych** – od euforii, radości i poczucia jedności ze światem po smutek i przygnębienie. Wielu doświadczających głębokich przemyśleń osobistych i duchowych. Psylocybina może prowadzić do przeżyć mistycznych, poczucia jedności z naturą, wszechświatem lub „wyższą siłą”. Niektórzy użytkownicy mówią o odczuciu „przebudzenia” lub

Uważany za jednego z pionierów ruchu psychodelicznego, Timothy Leary wraz z Richardem Alpertem zainicjowali na Uniwersytecie Harvarda Psilocybin Project, w ramach którego prowadzili badania nad efektami psylocybiny u ludzi.

Eksperymenty te miały na celu zrozumienie wpływu psylocybiny na świadomość, a Leary i jego współpracownicy podawali substancję studentom i innym uczestnikom w kontrolowanych warunkach.

Amerykańskie władze doprowadziły w 1970 roku do kryminalizacji psylocybiny i wstrzymania badań Leary'go.



„przełomu” w swoim rozumieniu siebie i świata.

Oprócz zmian psychicznych i zmysłowych psylocybina wywołuje pewne **objawy fizyczne**. Najczęściej pojawiają się: przyspieszone tętno i podniesione ciśnienie krwi, rozszerzenie źrenic, nudności lub wymioty (szczególnie na początku działania substancji), drżenie rąk lub niepokój motoryczny. Po zakończeniu działania substancji pojawia się zmęczenie i senność. Na skutek czynników, takich jak indywidualna nadwrażliwość, nieodpowiednie otoczenie, zbyt wysoka dawka, złe samopoczucie przed zażyciem i inne, może dojść do **negatywnych przeżyć** – określanych jako bad trip.

## CZAS PODRÓŻY

Typowy „trip” psylocybinowy trwa **4–7 godzin**. Pierwsze efekty pojawiają się zwykle do 40 minut od spożyciu, najsilniejsze doznania przypadają na okres między około 2 a 4 godziną. Po tym czasie efekty stopniowo ustępują. Czas trwania i intensywność doświadczenia zależą od czynników takich jak dawka psylocybiny, forma spożycia (np. suszone grzyby – herbata), indywidualny metabolizm, obecność pokarmu w żołądku. Po ustąpieniu głównych efektów mogą utrzymywać się łagodne odczucia i refleksje przez kolejne godziny. Podobnie jak w przypadku LSD, natychmiast dochodzi do **podniesienia tolerancji** (lub zmniejszenia wrażliwości na substancję psychoaktywną) – spożycie grzybów psylocybinowych **w odstępie kilkudniowym powoduje, że nie jest odczuwany prawie żaden efekt**.

## W LABORATORIUM

Po raz pierwszy psylocybinę wyizolował nasz stary znajomy, **Albert Hofmann**. Jak już wspomnieliśmy, psylocybina (4-PO-DMT) sama w sobie nie jest psychoaktywna: jest prolekiem, który po spożyciu **w organizmie przekształca się w organizmie w psylocynę** (4-HO-DMT), a ta jest aktywnym związkiem oddziałującym na receptory serotoninowe 5-HT<sub>2A</sub> w mózgu (dokładnie te same, jak w przypadku LSD). Otrzymywana w laboratorium psylocybina ma niewątpliwie ten walor, że jest czysta, ustandaryzowana i stabilna, co ułatwia precyzyjne dawkowanie i stosowanie w badaniach klinicznych oraz terapii. Podkreślaną przez specjalistów zaletą naturalnej psylocybiny jest to, że występuje w towarzystwie innych

związków zwartych w grzybach, które **mogą modyfikować i wzbogacać efekty psychodeliczne**.

## PSYLOCYBINA W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Zastosowanie psylocybiny w psychiatrii jest przedmiotem intensywnych badań na całym świecie. Również w Polsce prowadzone są projekty naukowe dotyczące jej potencjału w leczeniu depresji lekoopornej. Nasz kraj zyskuje coraz silniejszą pozycję jako jeden z ważniejszych europejskich ośrodków rozwijających nowoczesne terapie psychodeliczne. Najwięcej nadziei budzą wyniki dotyczące leczenia **depresji**, ponieważ już pojedyncze dawki psylocybiny mogą znacząco, a często długotrwale, zmniejszać nasilenie objawów u pacjentów niewrażliwych na tradycyjne leki przeciwdepresyjne. Kolejne prace naukowe wskazują, że psylocybina może łagodzić **objawy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych**, redukując ich częstotliwość i intensywność. Obiecujące wyniki obserwuje się również w badaniach nad jej zastosowaniem w leczeniu **uzależnień**.

W kontekście mikrodawkowania jednym z najczęściej zgłaszanych efektów jest poprawa koncentracji i uwagi. Osoby z **ADHD** często doświadczają trudności w utrzymaniu skupienia, a badania sugerują, że niewielkie dawki psylocybiny mogą wspierać zdolność do pracy nad zadaniami wymagającymi długotrwałego wysiłku umysłowego. Potencjalną korzyścią może być także zmniejszenie impulsywności będącej jednym z objawów ADHD. Wyniki badań sugerują, że psylocybina sprzyja bardziej

refleksyjnemu podejściu do działania i lepszej kontroli reakcji emocjonalnych. Dodatkowo substancja ta może wpływać na wzrost motywacji i kreatywności. Psylocybina może też **redukować poziom stresu i lęku** często towarzyszących ADHD. Zaburzenie to wiąże się z podwyższoną reaktywnością emocjonalną, a modulacja układu serotoninerгіcznego przez psylocybinę może sprzyjać stabilizacji nastroju i obniżeniu napięcia psychicznego.

Pomimo ograniczeń prawnych zainteresowanie terapeutycznym potencjałem psylocybiny w ostatnich latach wyraźnie wzrosło. Zaawansowane badania nad jej zastosowaniem w leczeniu depresji, uzależnień i innych zaburzeń psychicznych prowadzone są na całym świecie. W 2023 roku Australia dopuściła terapię psylocybiną w leczeniu depresji lekoopornej. Dziś grzyby halucynogenne symbolicznie i naukowo łączą dawne tradycje duchowe z nowoczesną psychofarmakologią. ●

## AYAHUASCA I DMT

**Ayahuasca** jest prawdopodobnie najstarszą złożoną substancją leczniczą na świecie – wykorzystuje unikalne połączenia różnych psychoaktywnych roślin. Nie znamy dokładnych okoliczności, które doprowadziły kilka tysięcy lat temu do opracowania tej niezwyklej technologii farmakologicznej. Wiemy jednak, jakie rośliny tworzą tę wyjątkową mieszankę oraz jaki wpływ ma ona na ludzką świadomość.

### WYWAR

Ayahuasca to wywar z roślin rosnących w amazońskiej dżungli. Podstawowym jej składnikiem jest pnącze ***Banisteriopsis caapi*** (brak polskiej nazwy). Roślina ta zawiera cały szereg alkaloidów harmalowych (m.in. **harminę, harmalinę**), których efektem działania jest spowolnienie wychwytu serotoniny prowadzące do zwiększonej stymulacji receptorów serotoninowych, a w konsekwencji do euforycznej poprawy nastroju. Alkaloidy

harmalowe mają też inne zadanie, o czym za chwilę. Drugą ważną rośliną dodawaną do wywaru jest ***Psychoria viridis*** (też nie ma polskiej nazwy), która zawiera **DMT**, niezwykle silną halucynogennie cząsteczkę. Co z tego jednak, jeśli cząsteczka ta zostanie w żołądku strawiona przez enzymy i nie zadziała psychoaktywnie. Aby tego uniknąć, niezbędne jest dodanie wspomnianych **alkaloidów harmalowych**, które zapobiegają strawieniu DMT. Dzięki takiej kombinacji DMT przenika z układu pokarmowego do krwi, a z nią do mózgu, gdzie wywołuje cały szereg „psychodelicznych” reakcji.

Opisana kombinacja jest jedną z wersji ayahuaski. W różnych rejonach Amazonii zamiast psychorii stosowane są inne rośliny zawierające w DMT (m.in. liście *Diplopterys cabrerana*). Do wywaru włączane są także inne naturalne dodatki, jak np. rośliny psiankowate zawierające inne psychoaktywne

alkaloidy, np. atropinę czy skopolaminę. Wywar zwany ayahuaską zawiera cały szereg psychoaktywnych cząsteczek, które w pewien sposób rywalizują o priorytet działania. **Najważniejszą z nich jest bez wątpienia DMT.**

### DMT (DIMETYLOTRYPTAMINA)

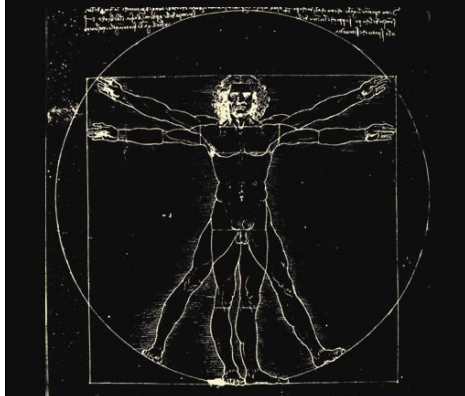
DMT to związek chemiczny będący alkaloidem indolowym i pochodną tryptaminy. Występuje naturalnie w wielu gatunkach roślin (*Psychotria viridis*, *Mimosa hostilis*) rosnących w Ameryce Południowej, a także w azjatyckiej *Acacia confusa*. **DMT występuje także w organizmach zwierząt i ludzi.** Jest syntetyzowane z aminokwasu tryptofanu, a śladowe ilości można znaleźć w krwi, moczu i płynie mózgowo-rdzeniowym. Działając na receptory serotoninowe, DMT powoduje krótkotrwałe, intensywne efekty psychodeliczne – silne zmiany percepcji wzrokowej i słuchowej, halucynacje, zaburzenia odczuwania czasu, euforię i wrażenia mistyczne. Ze względu na silny wpływ substancji na świadomość i percepcję nazywana jest „molekułą duszy”.

### DROGI PRZYJMIOWANIA

Jak już wspomnieliśmy, metabolizowane podczas procesu trawienia DMT traci swe działanie psychoaktywne, dlatego dodaje się alkaloidy hermalowe, które zapobiegają rozpadowi substancji. Przyjęta doustnie dimetylotryptamina zacznie działać po ok. 20 minutach i będzie wywoływać pełnowymiarowe efekty przez następnych kilka godzin. Jeśli substancja zostanie przyjęta inną drogą (dożylną lub wziewną) zacznie działać niemalże natychmiast, ale jej efekty będą krótkie, maksymalnie do 15 minut. Będą też wykazywać różnice jakościowe

**DMT jest naturalnie produkowane przez ludzki organizm (jako związek endogenny).**

**Jego produkcja odbywa się m.in. w mózgu, zwłaszcza w szyszynce, oraz w innych narządach, np. w płucach. Zwiększona produkcja zachodzi prawdopodobnie podczas fazy snu REM, co może mieć związek z intensywnymi snami.**



np. całkowite oderwanie się od rzeczywistości – w odróżnieniu od przyjęcia drogą pokarmową, kiedy świadomość otoczenia pozostaje raczej nienaruszona. Różnice te wynikają prawdopodobnie z podwyższonego poziomu serotonin w mózgu (przy spożyciu pokarmowym) spowodowanego inhibitorami MAO z ayahuaski i tym, że DMT musi wtedy konkurować z serotoniną, jeśli ma wywołać odpowiedni efekt. Jak twierdzą użytkownicy, DMT przyjęte dożylnie lub wziewnie **przypomina raczej krótki pokaz sztucznych ogni** niż prawdziwe doświadczenie psychodeliczne.

### SKUTKI UBOCZNE AYAHUASKI

Spożycie ayahuaski wywołuje szereg **skutków ubocznych w sferze fizycznej**. Do najczęściej wymienianych należą nudności i wymioty – uskarża się na to większość

osób, które sięgnęły kiedykolwiek po ten psychodelik. Dalej, wśród nieprzyjemnych objawów, pojawiają się bóle głowy, bóle brzucha, biegunka. O ile te objawy możemy nazwać nieprzyjemnymi to już wzrost ciśnienia tętniczego, tętna i wahania rytmu oddechu **możemy nazwać niebezpiecznymi** – zwłaszcza dla osób z chorobami serca lub nadciśnieniem. Ayahuaska niesie ryzyko wystąpienia **zespołu serotoninowego**, zwłaszcza gdy jest stosowana wraz z lekami przeciwdepresyjnymi (np. SSRI) – więcej na ten temat w części poświęconej interakcjom psychodelików z innymi substancjami.

Podczas odurzenia ayahuaską można doświadczyć również nieprzyjemnych skutków psychicznych: lęków, myśli paranoicznych, dezorientacji oraz zaburzeń

nastroju i równowagi emocjonalnej. DMT, podobnie jak inne substancje psycho-deliczne, może być ryzykowne dla osób z predyspozycjami do zaburzeń psychicznych. Poza tym, efekty uboczne są zwykle krótkotrwałe, a to ze względu na szybki metabolizm DMT w organizmie.

**AYAHUASCA – PRODUKT TURYSTYCZNY**  
W ostatnich latach nastąpił zauważalny wzrost liczby osób odwiedzających Amazonię. Celem wyjazdów, poza poznaniem ekologii lasów deszczowych i miejscowych kultur etnicznych, jest często **chęć udziału w ceremonii spożycia ayahuaski w warunkach zbliżonych do tradycyjnych**, potrzeba przeżycia etnopsychodelicznej przygody. Typowy program takiego wyjazdu to kilkudniowy lub kilkutydniowy pobyt w specjalnych ośrodkach (retreatach), gdzie pod opieką szamanów lub przewodników odbywają się ayahuaskowe ceremonie. W agendzie pobytu znajdują się przygotowania uczestników do ceremonii, integracja doświadczeń i regeneracja. Zwykle oferowane są także zajęcia uzupełniające, takie jak joga, medytacja, kąpiele roślinne czy wycieczki przyrodnicze do dżungli. **Czy „turystyka ayahuaskowa” jest zjawiskiem pozytywnym?** Trudno jednoznacznie określić, ale nie trzeba skomplikowanych analiz, aby dostrzec **narastający proces komercjalizacji i desakralizacji**, zagrażający duchowemu charakterowi obrzędów. Tradycje są upraszczane i sprzedawane niczym na odpustach. Przychody z turystyki zasilają głównie konta zagranicznych pośredników i niewiele z nich trafia do lokalnych społeczności. ●



Nie lekceważąc potrzeb ludzi poszukujących mądrości życiowych, nie należy zapominać, że **masowa turystyka „ayahuascowa” może być również niebezpieczna**. Ignorancja i niezdrowe podejście uczestników, brak odpowiedniego przygotowania i niewykwalifikowani szamani zwiększają ryzyko negatywnych reakcji psychicznych. Prawdziwi szamani przechodzą długie szkolenia, mają głęboką wiedzę kulturową i rzadko prowadzą rytuały dla zysku.

## BUFOTENINA

**Bufotenina** (5-HO-DMT) oraz **mebufotenina** (5-MeO-DMT) to naturalne tryptaminy psychodeliczne występujące w skórze i jajach ropuch z rodzaju *Bufo*. W najwyższych stężeniach są one obecne w przyusznym gruczole jadowym ropuch *Bufo alvarius* i *Bufo marinus*. W mniejszych dawkach znajdują się w wydzielinach żab drzewnych z rodzaju *Osteocephalus*, a także w nasionach drzew *Anadenanthera colubrina* i *Anadenanthera peregrina*. Można je znaleźć także w niektórych grzybach (np. w muchomorze cytrynowym). W śladowych ilościach oba psychodeliki występują także w organizmie człowieka, jako metabolity serotoniny.

### MASAŻ ROPUCHY

Tradycyjnym sposobem otrzymywania tych substancji jest ekstrakcja z wydzielin ropuchy. Zbieraczom doradza się delikatne masowanie lub uciskanie przyusznego gruczołu jadowego ropuchy, a następnie zebranie mlecznobiałego płynu i suszenie go. Przy dobrych wiatrach, z jednej ropuchy można uzyskać nawet pół grama suchej masy. Suszenie minimalizuje toksyczne składniki towarzyszące, takie jak **bufotoksyny**, czyniąc preparat nieco bezpieczniejszym. Jako droga spożycia polecana jest raczej waporyzacja bądź palenie ekstraktu. Odradzane jest doustne spożywanie surowej wydzieliny – inaczej mówiąc ropuchy nie należy całować ani lizać. Tym bardziej, że ten gorzki i toksyczny jad wydzielają w obronie przed drapieżnikami.

### DZIAŁANIE

Zarówno bufotenina, jak i mebufotenina są agonistami receptora serotoninowego 5-HT<sub>2A</sub> i, podobnie jak inne tryptaminy, powodują zmiany percepcyjne, halucynacje, euforię, zaburzenia postrzegania ciała i czasu. Mebufetenina to analog bufoteniny; występują między nimi drobne różnice w budowie chemicznej, znacznie jednak zmieniające ich właściwości farmakologiczne i aktywność psychoaktywną. Mebufotenina jest dużo silniejszym i szybciej działającym psychodelikiem niż bufotenina, o bardziej intensywnych efektach subiektywnych. 5-MeO-DMT jest uważana za **jeden z najsilniejszych psychodelików**,



**Ropucha szara** (*Bufo bufo*) występuje w niemal całej Polsce i jest objęta częściową ochroną gatunkową jako gatunek potencjalnie zagrożony. Wydzielina jej gruczołów zawiera niewielkie ilości bufetoniny i sporo **bufotoksyn** drażniących błony śluzowe, powodujące u psów i kotów ślinotok, wymioty, biegunkę, drgawki, zaburzenia serca. Objawy te mogą być groźne dla małych zwierząt. Lizanie lub gryzienie ropuchy wymaga natychmiastowego płukania pyska wodą i wizyty u weterynarza.

znacznie intensywniejszy niż DMT czy LSD, z efektami szczytowymi już po 5 minutach i trwającymi 15-20 minut. Jej efekty są mniej wizualne, bardziej emocjonalne i mistyczne niż u innych tryptamin. Charakterystyczne doświadczenie to „**rozpuszczenie ego**” i poczucie jedności z wszechświatem, często opisywane jako „egzystencjalna pustka” lub „nicość”.

Obie „ropusze” tryptaminy wywierają na układ sercowo-naczyniowy efekty podobne do naparstnicy: zwężają naczynia krwionośne, zwiększają tętno i ciśnienie krwi. Powodują też hipertermię (do 40°C). Negatywne efekty niewiele różnią się od wywoływanych przez pozostałe naturalne tryptaminy – obejmują mdłości, wymioty, ślinotok, suchość w ustach, zawroty głowy, zabu-

rzenia koordynacji i potencjalne ryzyko arytmii serca lub porażenia nerwowych przy wysokich dawkach.

#### 5-MeO-DMT – LEK NA DEPRESJĘ

Najprawdopodobniej mebufotenina posiada spory potencjał terapeutyczny, jeśli chodzi o zmniejszanie objawów depresji. Lek o nazwie **BPL-003** to donosowy preparat, który jest obecnie w II fazie badań klinicznych (oznacza to, że jest on testowany na większej grupie osób z depresją, aby sprawdzić jak skutecznie działa i dalej badać jego bezpieczeństwo). Według Beckley Psytech, niezależnej firmy specjalizującej się w badaniach substancji psychodelicznych na potrzeby leczenia zaburzeń psychicznych, pojedyncza dawka BPL-003 redukuje większość objawów depresji i lęku z efektami utrzymującymi się do 4 tygodni. ●

## HALUCYNOGENY W ICD

ICD (International Classification of Diseases) to **międzynarodowy system klasyfikacji chorób**, używany w ponad 100 krajach do kodowania i statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych. Został on opracowany i jest nadzorowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Ułatwia organizację pracy w ochronie zdrowia, stawianie diagnoz, prowadzenie leczenia i jest podstawą do analizy danych zdrowotnych na całym świecie.

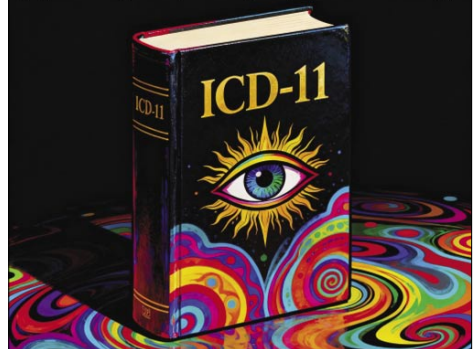
Najczęściej używaną wersją systemu jest klasyfikacja ICD-10, ale od 2022

roku wprowadzana jest nowsza rewizja ICD-11. W niej właśnie zaburzenia wywoływane przez większość substancji określanych jako klasyczne psychodeliki sklasyfikowanych jest w kategorii „**związane z używaniem substancji halucynogennych**” z kodem 6C49 (w ICD-10 był to kod F16). Z kolei zaburzenia wywołane przez MDMA i inne psychodeliczne amfetaminy mają odrębną kategorię z kodem 6C4C, co nie było wyodrębnione we wcześniejszych edycjach ICD. Również zaburzenia wywołane substancjami o działaniu dysocjacyjnym, w tym ketaminą i fencyklidyną [PCP] zyskały

odrębną kategorię (6C4D). Zaburzenia wywołane przez deliranty nie mają osobnego kodu, a skutki ich działania na organizm ludzki mogą być klasyfikowane zarówno wśród zaburzeń spowodowanych przez używanie „innych substancji psychoaktywnych lub leków” (6C4E), jak i „substancji halucynogennych” (6C49) – mimo, że profil objawów będzie bardzo odległy od tych wywołanych przez klasyczne psychodeliki.

Jak widać 11. rewizja, pomimo nowego spojrzenia na halucynogeny i wyodrębnienia takich grup, jak dysocjanty czy psychodeliczne amfetaminy (w poprzedniej wersji ciężko było zdecydować czy te ostatnie zakwalifikować do stymulantów, czy do halucynogenów), nadal nie do końca odpowiada potrzebom diagnostycznym. ●

Według klasyfikacji ICD-11, zaburzenia związane z używaniem halucynogenów (i ogólnie substancji psychoaktywnych) obejmują szereg kategorii, które opisują różne aspekty kontaktu z substancją: od pojedynczego szkodliwego epizodu, przez szkodliwy wzorzec używania, po uzależnienie od niej. ICD-11 obejmuje również rozpoznania związane m.in. z zatruciem czy zaburzeniami psychicznymi wywołanymi przez substancję.



## PSYCHODELIKI JAK DOŚWIADCZENIE ŚMIERCI

Wiele na to wskazuje, że **doświadczenia przeżywane podczas śmierci klinicznej oraz efekty wywołane niektórymi psychodelikami** mogą mieć ze sobą wiele wspólnego. Psychodeliki, podobnie jak przeżycie śmierci klinicznej, zmniejszają strach przed umieraniem, co może sugerować ich zastosowanie w **łagodzeniu lęku u chorych terminalnie**.

### NEAR DEAD EXPERIENCE

Śmierć kliniczna to stan, w którym ustają podstawowe funkcje życiowe, takie jak bicie serca i oddychanie. I, o ile nie potrwa zbyt długo (3-5 minut), jest to odwracalny

etap umierania. W tym krótkim czasie możemy przeżyć to, co jest nazywane **doświadczeniem bliskim śmierci** (NDE - near-death experience). Osoby, które doświadczyły stanu śmierci klinicznej na ogół relacjonują, że opuściły swoje ciało, przechodziły przez tunel, na którego końcu widziały światło albo widziały swoich zmarłych bliskich. A wszystkiemu towarzyszył głęboki spokój.

Efektem tych przeżyć często są **trwałe zmiany postrzegania życia**: zmniejszenie lęku przed śmiercią, przeformułowanie sensu życia, wyższa duchowość i poziom

empatii. Towarzyszy temu osłabienie zainteresowania sprawami materialnymi, rywalizacją czy walką o uznanie.

### ERUPCJA NEUROTANSMITERÓW

Doświadczenie bliskie śmierci jest tłumaczone przez różne teorie. Jeden z modeli mówi o tym, że gdy spada w mózgu poziom tlenu (a jednocześnie rośnie stężenie dwutlenku węgla) dochodzi do „kwasicy mózgowej”, co z kolei uruchamia **reakcję łańcuchową masowego uwalniania endogennych neuroprzekazników**. Eksplozja serotoniny powoduje halucynacje wzrokowe, zalew dopaminy tworzy głębokie uczucie hiperrzeczywistości związanej z tymi halucynacjami, endorfiny i GABA zapewniają poczucie spokoju i dobry nastrój. Nadal jednak zjawisko śmierci klinicznej

i towarzyszące jej przeżycia (NDE) są wciąż mało rozpoznane. Faktem jest, że większość osób, które doświadczyły NDE relacjonuje to przeżycie jako moment duchowego przełomu i pogodzenia się ze śmiercią. Okazuje się, że mniej więcej to samo twierdzą osoby, które mają za sobą poważny trip psychodeliczny.

### PODOBIEŃSTWA

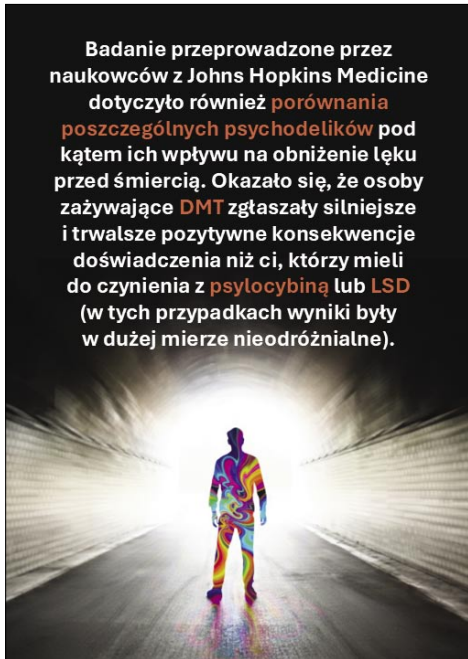
Już na pierwszy rzut oka podróż psychodeliczna i doświadczenie bliskie śmierci (NDE) mają wiele wspólnych cech. Podobieństwa dotyczą samego przebiegu tych doświadczeń – w obu przypadkach następuje odmienna percepcja rzeczywistości, której towarzyszą stany mistyczne i poczucie transcendencji. Do wspólnych elementów należą także wrażenie bycia poza ciałem, zmieniona percepcja czasu, uczucie spokoju, itd. Są też oczywiste różnice: doświadczenia psychodeliczne trwają na ogół zdecydowanie dłużej (w godzinach) i zwykle są zaplanowane, podczas gdy przypadki śmierci klinicznej są zazwyczaj krótkie i pojawiają się raczej spontanicznie.

### BADANIA

W ostatnich latach przeprowadzono kilka badań dotyczących porównania długofalowych skutków psychologicznych wywołanych psychodelikami i doświadczeniem bliskim śmierci.

W największym z nich (Johns Hopkins Medicine) przebadano ankietowo ponad 3000 osób. Bez względu na to, czy doświadczenie zmieniające ich przekonania były wywołane substancjami, czy też było wynikiem krótkiej wizyty w zaświatach, opisywane przez respondentów psychologiczne skutki były zadziwiająco

Badanie przeprowadzone przez naukowców z Johns Hopkins Medicine dotyczyło również **porównania poszczególnych psychodelików** pod kątem ich wpływu na obniżenie lęku przed śmiercią. Okazało się, że osoby zażywające **DMT** zgłaszały silniejsze i trwalsze pozytywne konsekwencje doświadczenia niż ci, którzy mieli do czynienia z **psylocybiną** lub **LSD** (w tych przypadkach wyniki były w dużej mierze nieodróżnialne).



podobne pod względem zgłaszanych zmian w postrzeganiu śmierci. Jedni i drudzy twierdzili, że po doświadczeniu odczuwają mniejszy przed nią strach. I chociaż uczestnicy, którzy nie zażywali psychodelików, częściej oceniali swoje doświadczenia jako najbardziej znaczące (wyjątkowe i jedyne) w swoim życiu, to

obie grupy w dużej mierze podkreślały wzmocnienie duchowości i poczucia sensu. Około połowa uczestników z obu grup określiła też, że doświadczyli czegoś, co można by nazwać „**spotkaniem z bogiem**” (choć odsetek ten był wyższy w grupie psychodelicznej niż w grupie bez substancji). ●

## TERAPIA WSPOMAGANA PSYCHEDELIKAMI

### Terapia wspomagana psychodelikami

(psychedelic assisted therapy, PAT) polega, w dużym skrócie, na podawaniu pacjentom psychodelików w celu wywołania intensywnych doświadczeń psychodelicznych, a następnie wykorzystaniu tych przeżyć i stanu pacjenta w kontekście klinicznym – celu trwałej poprawy jego zdrowia psychicznego.

Dotychczasowe badania pokazują, że potencjał terapeutyczny psychodelików może być wykorzystany w leczeniu zaburzeń psychicznych – takich jak **depresja**, **PTSD** czy **uzależnienia** – lub przynajmniej w łagodzeniu objawów tych zaburzeń. Może także korzystnie wpływać na osobowość i poprawiać ogólne funkcjonowanie jednostki. Terapie eksperymentalne w różnych krajach badają potencjał psychodelików także w terapii **lęków terminalnych**, **zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych**, **zaburzeń odżywiania**, a nawet **bezsenności**.

### JAKIE SUBSTANCJE?

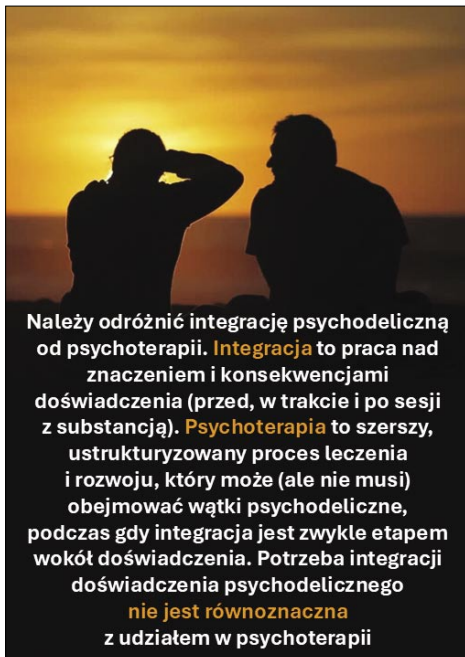
W badaniach nad terapiami wspomagającymi psychodelikami wykorzystywane są

przede wszystkim te, które indukują neuroplastyczność mózgu poprzez aktywację receptorów serotoninowych 5-HT<sub>2A</sub>. Jest wśród nich **psylocybina** (m.in. w terapii depresji, lęku, uzależnień), **LSD** (depresja, lęk, uzależnienia i zaburzenia terminalne), a także **DMT** i **5-MeO-DMT**. Od dawna trwają próby stosowania **MDMA** w leczeniu PTSD, depresji i lęku społecznego. Podobnie zastosowania ma mieć **meskalina**. Od dekad trwają też eksperymenty terapii uzależnień przy pomocy **ibogainy**. Środek dysocjacyjny, jakim jest **ketamina** (a właściwie **esketamina**), jest już w naszym kraju legalną substancją w terapii depresji lekoopornej. Pojawiają się również wstępne badania nad wykorzystaniem owianej niesławą **salwinoryny A** (szałwia wieszcząca) w leczeniu depresji.

### MECHANIZM TERAPEUTYCZNY

Substancje psychodeliczne, uruchamiając kaskadę reakcji biochemicznych, neuronalnych i psychologicznych, mogą prowadzić do określonych efektów terapeutycznych, dokonać **swoistej restrukturyzacji umysłu**. Jeden z poglądów wyjaśniających ten wpływ łączy się z **teorią entropiczną**.

**go mózgu (REBUS)** i sugeruje, że psychodeliki zaburzając tymczasowo normalną łączność i hierarchię neuronalną, osłabiają sztywne schematy myślowe i przekonania „utrzymujące” nas w stanie choroby i aktywują coś w rodzaju „**myślenia pierwotnego**” – bardziej irracjonalnego, emocjonalnego i ujawniającego tłumione na co dzień treści. W normalnym stanie mózg nie dopuszcza do takich rewolucji, wręcz przeciwnie – w imię stabilizacji ego, zapewnia przewidywalność i pozwala jedynie na ograniczony repertuar stanów mentalnych. Konsekwencjami zmian wywołanych psychodelikami jest modyfikacja wzorców myślenia, zachowań, a nawet cech osobowości. To z kolei może mieć przełożenie na redukcję naszych lęków i depresji.



Należy odróżnić integrację psychodeliczną od psychoterapii. **Integracja** to praca nad znaczeniem i konsekwencjami doświadczenia (przed, w trakcie i po sesji z substancją). **Psychoterapia** to szerszy, ustrukturyzowany proces leczenia i rozwoju, który może (ale nie musi) obejmować wątki psychodeliczne, podczas gdy integracja jest zwykle etapem wokół doświadczenia. Potrzeba integracji doświadczenia psychodelicznego **nie jest równoznaczną z udziałem w psychoterapii**

## PRZYGOTOWANIE

PAT zaczyna się od kilku **spotkań wstępnych** służących rozmaitym celom; m.in. nawiązaniu relacji terapeutycznej, budowaniu zaufania, poznaniu historii pacjenta, omówieniu jego obaw i oczekiwań oraz intencji terapeutycznych. Terapeuta prowadzi także psychoedukację, wyjaśnia efekty działania substancji, omawia strategię radzenia sobie z trudnymi emocjami. Ustalana jest również dawka substancji.

## DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE

Odbywa się w komfortowym, spokojnym pomieszczeniu z przyciemnionym światłem, wygodnym łóżkiem, muzyką relaksacyjną. Pacjent może mieć opaskę na oczach, by skupić się na własnym wnętrzu. Przyjmuje substancję, a terapeuta/terapeuci monitorują reakcję, oferując wsparcie werbalne, dotyk (np. trzymanie za rękę) lub ciszę, bez narzucania kierunku doświadczenia. Najważniejszym w tym momencie zadaniem jest zapewnienie pacjentowi **bezpieczeństwa**, gdyż w przypadku psychodelików wpływ czynników pozafarmakologicznych jest niezwykle istotny (set and setting).

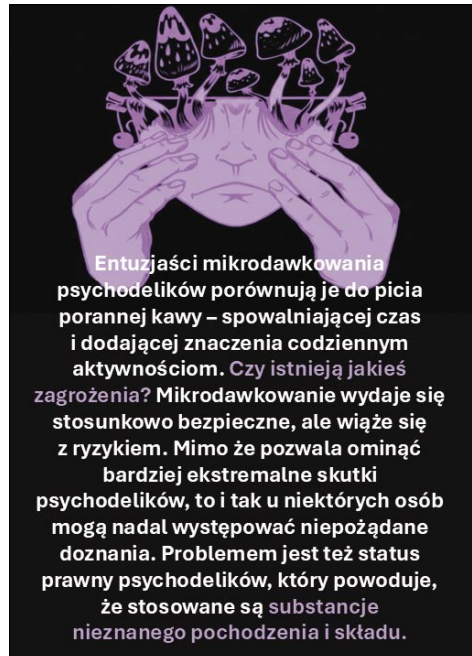
## INTEGRACJA PSYCHODELICZNA

**Integracja** to proces służący nadawaniu sensu doświadczeniu psychodelicznemu poprzez przepracowanie i przetworzenie jego treści i przeżyć – właściwie wszystkiemu, co się wydarzyło – należy to odpowiednio uchwycić i włączyć do swojego życia. Integracja jest pomostem między wydarzeniem a codziennością. Ma **zapewnić maksymalizację korzyści** mogących wynikać z przeżyte-

go doświadczenia; ma też zredukować jego **ewentualne negatywne konsekwencje**. Proces integracji zaczyna się jeszcze przed przyjęciem psychodeliku i – jak twierdzą niektórzy – nigdy się nie kończy. Najdogodniejszym okresem do prowadzenia integracji jest czas kilku tygodni po doświadczeniu, kiedy utrzymują się zmiany wywołane psychodelikiem (tzw. afterglow – zwiększona sugestywność, wrażliwość, empatia, otwartość, itp.). Umożliwia to skuteczniejsze modyfikacje dotychczasowych wzorców myślenia i zachowań, np. redukcję objawów depresji. Integracja to również praca nad podtrzymaniem pozytywnych efektów stosowania psychodelików, które **mają tendencje do zanikania z czasem**.

#### TERAPIA PSYCHOLITYCZNA

Nieco innym podejściem wykorzystujących psychodeliki w procesie terapeutycznym jest **model psycholityczny**. O ile w opisanej wyżej terapii psychodelicznej stosowane są wysokie dawki substancji, które powodują wyraźnie odczuwane efekty psychiczne (dysocjację ego, zaburzenia percepcyjne, itp.), o tyle w podejściu psycholitycznym stosowane są **niskie dawki** (np. 1/10 pełnej dawki psychodelicznej), **podawane częściej** (niczym w suplementacji). Często wspierają pracę psychoterapeutyczną. W takiej sytuacji pacjent pozostaje przytomny, prowadzi dialog, skupia się na emocjach i mechanizmach psychologicznych. Głównym celem terapii jest uświadomienie ukrytych lęków, pragnień i konfliktów, a nie szybka zmiana zachowania. Tego typu podejście może być korzystne u osób, które źle zareagowały



na silne przeżycia psychodeliczne lub się ich obawiają.

#### MIKRODAWKOWANIE. PRAKTYKA WELLNESS

Podejście psycholityczne może być związane z tzw. **mikrodawkowaniem** psychodelików polegającym na przyjmowaniu minimalnych, niemalże **podprogowych dawek substancji** w regularnych odstępach czasu, tak aby nie pojawiały się żadne efekty halucynogenne i nie zaburzały funkcjonowania. Zwykle są to dawki na poziomie 1/20–1/10 dawki wywołującej pełne efekty psychodeliczne. Ich efektem ma być subtelne „podbicie” nastroju, koncentracji lub kreatywności, bez wyraźnych zmian percepcji. Towarzyszyć ma temu większa otwartość społeczna i empatia. Najczęściej używanymi

psychodelikami w mikrodawkowaniu są grzyby psylocybinowe, potem długo nic i LSD, DMT i meskalina. Zainteresowanie mikrodawkowaniem psychodelicznym jest w ostatnich kilkunastu latach można powiedzieć globalne, dawniej podbijane przez nerdów z Doliny Krzemowej dzisiaj zyskało popularność w rodzimej branży IT i nie tylko. Mikrodawkowanie psychodelików to coraz popularniejsza praktyka wśród użytkowników rekreacyjnych. Z ich relacji wynika, że poprawia kilka aspektów zdrowia psychicznego, jednak niewiele potwierdzają badania naukowe.

### LEGALNOŚĆ

Z uwagi na zróżnicowane w poszczególnych krajach **uwarunkowania prawne**

psychodelików, jak i nierównomierne dopuszczenie ich do zastosowań leczniczych, terapie wspomagane psychodelikami mają różny status prawny i kliniczny. **Mogą odbywać się zupełnie legalnie i być ogólnodostępne**, ba - mieć nawet finansowane ze środków publicznych (np. stosowanie ketaminy w leczeniu depresji lekoopornej). Mogą też odbywać się **w ramach ściśle kontrolowanych badań naukowych**. Mogą być wreszcie prowadzone nielegalnie lub na pograniczu prawa (np. integracja doświadczeń psychodelicznych będzie dozwolona jako rodzaj psychoterapii, ale posługiwanie się w procesie leczenia substancją psychodeliczną – już nie). ●

## SZEMRANE PRAKTYKI

Od pewnego czasu kwitnie podziemny rynek ceremonii i terapii psychodelicznych. Prowadzą je **osoby bez kwalifikacji**, często nastawione **wyłącznie na zysk**. Jak twierdzi Tomasz Wieczorek, psychiatra i konsultant Polskiego Towarzystwa Psychodelicznego: *rozwinęła się wokół tego pewnego rodzaju psychodeliczna turystyka. To także spore źródło dochodu dla ludzi, którzy to organizują*. Luka między obietnicą uzdrowienia a rzeczywistością bywa bolesna – niejednokrotnie kończy się realnymi krzywdami.

Zawód psychoterapeuty wciąż nie jest w naszym kraju uregulowany prawnie.

Jak wskazują eksperci Polskiej Rady Psychoterapii pacjent często nie wie, czy osoba nazywająca siebie psychoterapeutą ukończyła wieloletnie szkolenie specjalistyczne, czy może weekendowy kurs online. Według danych z 2023 roku certyfikat posiada nie więcej niż 20 procent praktykujących terapeutów. Skoro nawet legalna psychoterapia funkcjonuje w szarej strefie, podziemne praktyki z użyciem nielegalnych substancji psychoaktywnych wymykają się jakiegokolwiek kontroli. Praktycznie **każdy może się ogłosić przewodnikiem duchowym i zorganizować ceremonię psychodeliczną**. Wystarczy strona internetowa, kilka postów w mediach spo-

łecznościowych i udostępnienie miejsca – najczęściej wynajętego ośrodka na wsi lub w górach. Ceny za udział w ceremonii wahają się od kilkuset złotych do kilku tysięcy. Organizatorzy często budują wokół siebie aurę tajemniczości, odwołują się do „pradawnej mądrości” lub „szamańskich tradycji”.

W maju 2024 roku **policjanci przerwali ceremonię z użyciem ayahuaski** w powiecie mińskim – na miejscu był 65-letni szaman z USA i ponad 40 uczestników. Organizatorom grozi do 12 lat więzienia. Głośna była też sprawa polskiego małżeństwa skazanego w Czechach w 2022 roku – para prowadziła ceremonie od 2015 roku, **wzięło w nich udział około 1500 osób z całej Europy**. Sąd w Ostrawie wymierzył kary 8,5 i 5,5 roku więzienia, ostatecznie skazanych ułaskawił prezydent Zeman.

Brak oficjalnych statystyk dotyczących powikłań po ceremoniach w Polsce nie oznacza, że problem nie istnieje. Podobne relacje można znaleźć na forach internetowych i w grupach wsparcia – **osoby opisują przedłużające się stany lękowe, depersonalizację, a nawet objawy psychotyczne** utrzymujące się tygodniami po ceremonii. Jak zauważają badacze, brak kulturowego wsparcia dla integracji takich doświadczeń w krajach zachodnich zwiększa ryzyko trwałych powikłań.

Szczególnie narażone są osoby z istniejącymi problemami psychicznymi. Literatura opisuje przypadki pogorszenia stanu osób cierpiących na depresję, które szukały w psychodelikach ukoje-

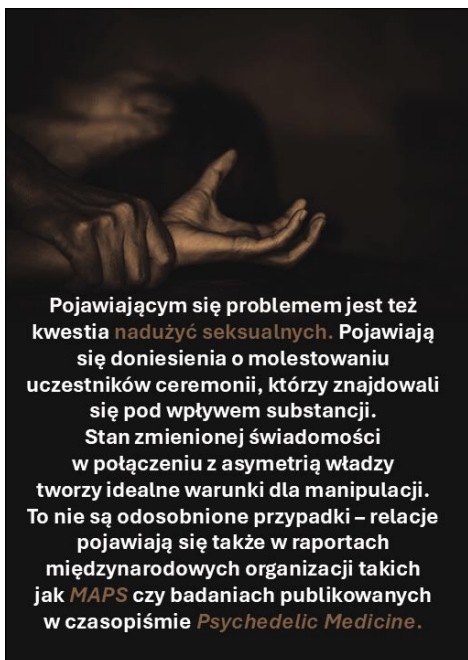


Global  
Ayahuasca  
PROJECT

Według *Global Ayahuasca Survey*, badania obejmującego ponad 10 tysięcy uczestników ceremonii psychodelicznych z 50 krajów, 55,9% badanych zgłosiło utrzymujące się negatywne skutki psychologiczne w tygodniach lub miesiącach po ceremonii – lęk, dezorientację, dystres. Choć większość uczestników interpretowała te trudności jako część procesu integracji, około 12% potrzebowało pomocy psychiatry lub terapeuty.

**nia. Bez profesjonalnych badań przesiewowych** – standardowych w badaniach klinicznych – osoby z predyspozycjami do psychoz mogą doświadczyć trwałych szkód. Osoby niestabilne psychicznie szczególnie potrzebują stałej opieki, a ceremonia zbiorowa może być dla nich niebezpieczna.

Ayahuasca może wchodzić w groźne interakcje z niektórymi lekami. Połączenie z antydepresantami z grupy SSRI może wywołać zespół serotoninowy – w skrajnych przypadkach śmiertelny. Niebezpieczne są też połączenia z opioidami i lekami przeciwkaszlowymi. Osoby z padaczką lub chorobami serca są szczególnie narażone: wywar podnosi ciśnienie i przyspiesza tętno. Bywa też, że prowadzący dodają do niego dość



osobliwe substancje, które nie powinny się w nim znaleźć – **daturę** lub wysokie dawki **nikotyny**. Dodatkowo większość organizatorów nie jest przygotowana do udzielenia pomocy, gdy coś pójdzie nie tak. Ceremonie odbywają się często w odległych miejscach, gdzie karetka szybko nie dojedzie.

Psychodeliki mają udokumentowany potencjał terapeutyczny – to fakt potwierdzony badaniami prowadzonymi na uczelniach takich jak *Johns Hopkins* czy *Imperial College London*. Najbardziej zaawansowane są prace nad psylocybiną, która wchodzi w trzecią fazę badań klinicznych prowadzonych przez *Compass Pathways*, *Usona Institute* i *Cybin Inc*. Wyniki z 2025 roku są obiecujące. Ale **ten potencjał realizuje się wyłącznie w kontrolowanych warunkach**, pod okiem przeszkolonych specjalistów, z odpowiednimi badaniami przesiewowymi i procedurami bezpieczeństwa.

Niekontrolowany rynek ceremonii w Polsce to najczęściej **komercyjne wykorzystanie ludzi szukających uzdrowienia** lub duchowych przeżyć. Przed powierzeniem komukolwiek swojego zdrowia w stanie całkowitej bezbronności dobrze jest zweryfikować udokumentowane kwalifikacje prowadzącego, jego przynależność do instytucji z kodeksem etycznym i nadzorem oraz istniejące procedury na wypadek kryzysu. Warto poczekać na legalne ścieżki – albo przynajmniej wiedzieć, czym się ryzykuje. ●

## PRAWO: CEREMONIE PSYCHODELICZNE

W ostatnich latach można zaobserwować również w Polsce zjawisko sekretnego organizowania tzw. **ceremonii psychodelicznych**, czyli zazwyczaj odpłatnych spotkań grupy osób, w ra-

mach których organizator zapewnia możliwość przyjęcia danej substancji (najczęściej DMT w formie ayahuaski, rzadziej meskaliny czy bufoteniny) równoległe z innymi uczestnikami.

Konsumpcja jest najczęściej poprzedzona przygotowaniem mentalnym i fizycznym, zaś po niej następuje forma zintegrowania przebytego doświadczenia, a przynajmniej próba takiej integracji.

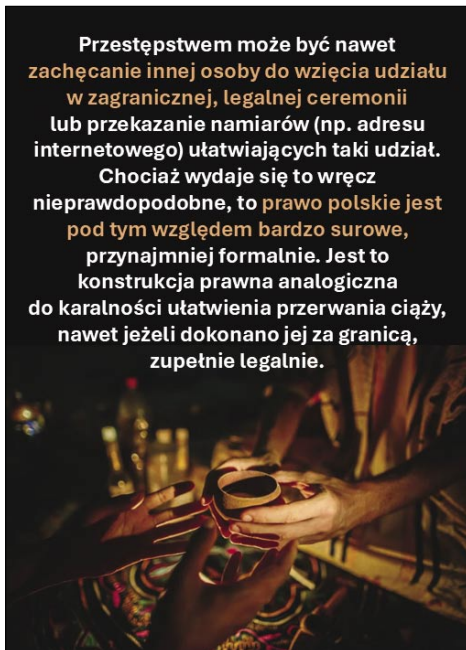
Organizacja ceremonii psychodelicznych to generalnie **olbrzymie ryzyko prawne dla organizatora**, nieco mniejsze dla osób wspomagających (w tym opiekunów-tripsitterów), a jeszcze mniejsze – ale wciąż istotne – jeżeli robią to nieodpłatnie. Jeżeli ceremonie odbywają się cyklicznie, a za uczestnictwo pobierane są opłaty, to w razie dekonspiracji organy ścigania potraktują taką działalność jako „udzielenie w krótkich odstępach czasu, ze z góry powziętym zamiarem, znacznej ilości substancji psychotropowej, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, przy uczynieniu sobie z przestępstwa źródła stałego dochodu”.

Uczestnicy tego typu ceremonii **nie ponoszą istotnego ryzyka prawnego**, jako że zazwyczaj – o ile w ogóle – posiadają nielegalną substancję przez bardzo krótki okres czasu, niezbędny do jej samodzielnego zażycia. Niemniej prawne ryzyko w związku z organizacją przekłada się na pozaprawne zagrożenie dla uczestników. Możliwość przerwania ceremonii wtargnięciem policyjnej grupy szturmowej – zaplanowanym w celu zabezpieczenia dowodów „na gorącym uczynku” – niesie uczestnikom zagrożenie traumatyzującą destabilizacją psychiczną. Zresztą konieczność składania zeznań nawet w charakterze świadka, czy to przed

policjantem, prokuratorem, czy przed sądem, nie wydaje się być szczególnie atrakcyjną perspektywą.

Istotną minimalizacją ryzyka prawnego związanego z organizacją ceremonii jest **niezapewnianie uczestnikom substancji** (w którą mają zaopatrzyć się samodzielnie), równoległe z uprzednim odebraniem od nich pisemnych oświadczeń, że przyjęliby substancję niezależnie od swojego udziału w tej ceremonii. Takie postępowanie nie gwarantuje jednak, że – zamiast udzielania – organizatorowi nie zarzuci się **ułatwiania użycia substancji psychotropowych**, co gorsza również w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, jeżeli spotkania były odpłatne. ●

Przestępstwem może być nawet zachęcanie innej osoby do wzięcia udziału w zagranicznej, legalnej ceremonii lub przekazanie namiarów (np. adresu internetowego) ułatwiających taki udział. Choć wydaje się to wręcz nieprawdopodobne, to prawo polskie jest pod tym względem bardzo surowe, przynajmniej formalnie. Jest to konstrukcja prawna analogiczna do karalności ułatwienia przerwania ciąży, nawet jeżeli dokonano jej za granicą, zupełnie legalnie.



## MŁODZIEŻ

Wzrasta użycie psychodelików i innych halucynogenów wśród nastolatków. Jest ono napędzane zarówno modą, mediami społecznościowymi, jak i łatwiejszą (aniżeli w przypadku innych substancji psychoaktywnych) dostępnością – np. do grzybów i roślin, do leków OTC zawierających dysocjanty czy do gazu rozweselającego.

Doświadczenia z psychodelikami mogą być szczególnie niebezpieczne w okresie dojrzewania, **gdy psychika młodego człowieka dopiero się kształtuje**, struktury mózgowe odpowiedzialne za samokontrolę, regulację emocji i ocenę ryzyka nie są jeszcze w pełni rozwinięte, a osobowość jest podatna na wpływy zewnętrzne. Silne doświadczenia psychodeliczne mogą destabilizować procesy dojrzewania emocjonalnego, poznawczego i społecznego.

Doświadczenie psychodeliczne nie jest niczym łatwym, nawet dla w pełni zdrowych osób dorosłych. Jakiegolwiek doświadczenia z psychodelikami wymagają dojrzałej, stabilnej psychiki oraz bezpiecznego, kontrolowanego kontekstu (**a to warunki, o które raczej trudno zadbać nastolatkom**).

Młodzież nie posiada jeszcze odpowiednich narzędzi do interpretacji złożonych stanów świadomości, co może prowadzić do dezorientacji, derealizacji lub długotrwałych zmian w sposobie postrzegania siebie i świata. Stosowanie substancji halucynogennych w młodym



W badaniach ESPAD (15-18 lat) poziomy używania jakichkolwiek substancji psychoaktywnych przez polską młodzież, od lat są nieco wyższe niż średnia europejska. Dominują przetwory konopi (choć w 2024 roku odnotowano spadek wskaźników w porównaniu z wcześniejszymi latami). Używanie **klasycznych psychodelików (LSD, grzyby) i fenyloetyloamin (MDMA)** mimo, że pozostaje wyraźnie niższe niż w przypadku konopi czy leków uspokajających, to jednak **systematycznie wzrasta w stosunku do wcześniejszych badań**.

wieku zwiększa ryzyko wystąpienia trudności w integracji doświadczenia (jeśli w ogóle młodzi ludzie zwrócą na to uwagę), a co za tym idzie wystąpienia nieprzewidzianych konsekwencji psychologicznych.

**Są i inne zagrożenia.** Psychodeliki używane przez młodzież mogą być pewnym etapem poszukiwania substancji psychoaktywnych – trudno nastolatka podejrzewać o świadome wybory w tym obszarze. Często doświadczenia z halucynogenami są jednymi z wielu niebezpiecznych doświadczeń narkotykowych. ●

## UZALEZNIENIA

Halucynogeny nie są też uważane za substancje uzależniające w tradycyjnym sensie, bo nie powodują uzależnienia fizycznego ani objawów odstawienia. Potwierdza to **dr Bogusław Habrat**, który w jednym z opracowań pisze, że **„uzależnienie od substancji halucynogennych jest rzadkie, a niektórzy wręcz podważają, że w ogóle występuje”**. Jego zdaniem większość intoksykacji mija bez konieczności podejmowania interwencji medycznych, a tylko stany psychotyczne mogą wymagać hospitalizacji z użyciem środków uspokajających. Spróbujmy sobie przeanalizować, dlaczego psychodeliki mają niski potencjał do wywołania uzależnienia.

Na ogół substancje uzależniające, jak alkohol, opioidy czy stymulanty, **wywołują efekty, które są w miarę łatwe do przewidzenia**. Mało tego, obietnica przeżycia tych spodziewanych efektów jest kluczowa, to ona jest podstawą wewnętrznego przymusu i napędza zachowania kompulsywne. W przypadku psychodelików trudno o taką przewidywalność.

Nawet, jeśli dotychczasowe doświadczenia psychodeliczne były fajne i komfortowe, to **wcale nie jest to regułą, że za każdym razem tak będzie**. Można zastosować różne techniki, aby zminimalizować ryzyko kryzysu psychodelicznego, ale nie ma żadnej gwarancji.

Doświadczenie psychodeliczne to **głębokie i poruszające przeżycie**.

Treści psychologiczne, które znajdują ujście podczas doświadczenia psychodelicznego muszą zostać odpowiednio poukładane w naszej świadomości (czyt. zintegrowane). Do tego potrzebny jest czas. Częste powtarzanie intoksykacji jest pozbawione sensu.

Psychodeliki wpływają przede wszystkim na **receptory serotoninowe**, a nie na szlaki dopaminowe związane z uzależnieniem, co też częściowo tłumaczy ich niski potencjał uzależniający.

Zachowania pod wpływem substancji uzależniających – jak bardzo nie zabrzmiało paradoksalnie – **są w miarę kontro-**

Spśród omawianych w tej publikacji substancji o działaniu halucynogennym, prawdopodobnie najniższy potencjał do wywołania uzależnienia mają **deliranty**, szczególnie alkaloidy tropanowe – tutaj każda podróż kończy się źle. Trochę wyżej w tej hierarchii będą **klasyczne psychodeliki** (LSD, psylocybina i DMT). Nieco większy potencjał „uzależnieniowy” będą mieć **dysocjanty**, w tym ketamina. Największym potencjałem pod tym względem charakteryzować się będą w tym gronie prawdopodobnie **fenyloetyloaminy**, w tym MDMA.



**lowalne przez osobę odurzoną** (często otoczenie potrzebuje sporo czasu, żeby się zorientować, że coś jest nie tak).

**Zmiana, jaką wywołują halucynogeny jest tak radykalna**, że uczestniczenie w codziennych czynnościach pod wpływem psychodelików jest niemożliwe.

Zjawisko szybko rosnącej tolerancji po psychodelikach (lub – jak kto woli – szybko obniżającej się wrażliwości) sprawia, że **ponowne spożycie substancji ma znacznie mniejszy efekt** (albo nie ma go w ogóle). Aby doświadczyć tego samego efektu należy odczekać przynajmniej dwa tygodnie.

To, co może być ryzykowne w kontekście uzależnienia, to **mikrodawkowanie**. Spożywanie małych dawek ma na bieżąco polepszać koncentrację, poprawiać samopoczucie, zwiększać kreatywność, itp. Użytkownicy mają świadomość, że bez kolejnej mikro-dawki będą (w tej samej kolejności) – mniej skoncentrowani, ich samopoczucie będzie gorsze, a kreatywność spadnie. Microdosing może być doskonałym sposobem na radzenie sobie z depresją, ale może też być **metodą ucieczki przed własnymi ograniczeniami i konfrontowaniem się z trudnymi emocjami**. ●

## ZDROWIE PSYCHICZNE

Halucynogeny to nie używki na sobotnią imprezę. Nie są one substancjami, które mają wrażeniami zapełnić nudę. Nie są to środki, które można łączyć z innymi substancjami psychoaktywnymi. **Jeśli ktoś sądzi inaczej, to jest na najlepszej drodze do oddziału psychiatrycznego**. Używanie halucynogenów, nawet jednorazowe, może nieść ze sobą ryzyko dla zdrowia psychicznego – są to substancje tak silnie oddziałujące na mózg.

Przyjęcie psychodeliku może stać się czynnikiem **aktywującym ukryte zaburzenia psychotyczne**. Jeśli w rodzinie jest historia zaburzeń psychicznych to ryzyko znacznie wzrasta. Intoksykacja psychodelikami zawiera pewne elementy wspólne z objawami psychozy, takie jak halucynacje, zaburzenia percepcji, dezorientację oraz zmiany

w procesach myślenia i emocjach. I podobnie jak w psychozie występuje depersonalizacja i intensywne zmiany nastroju. W odróżnieniu od schizofrenii, trip psychodeliczny jest na szczęście jedynie tymczasowy – trwa tylko tyle, ile działa substancja. Jednak w przypadku indukcji ukrytych dotychczas zaburzeń może nie skończyć się na kilku godzinach. Badania pokazują, że psychodeliki same w sobie nie wywołują schizofrenii u osób bez predyspozycji genetycznych lub wcześniejszych objawów psychotycznych. Jednak u osób z istniejącą **podatnością na zaburzenia psychotyczne**, użycie psychodelików może wywołać epizod psychotyczny lub przyspieszyć ujawnienie się schizofrenii. ●

## BAD TRIP

Mimo, że języku polskim funkcjonuje kilka odpowiedników tego określenia (**trudne doświadczenie, zła podróż, kryzys psychodeliczny**), to i tak termin „bad trip” został wchłonięty na dobre do naszego języka. **Oznacza on negatywną, a często również przerażającą reakcję na działanie substancji psychodelicznej.** Zamiast wspaniałych wrażeń, użytkownik doświadcza przygnębiających przeżyć, intensywnego strachu, paranoi i dezorientacji, a czasem też przejmujących halucynacji. Intensywność tego kryzysu jest na ogół zmienna: zły stan emocjonalny towarzyszy użytkownikowi cały czas, ale jego intensywność faluje. Okresy względnego spokoju przeplatają się z okresami nasilenia strachu. Część osób, które doświadczyły złej podróży, będzie odczuwać długofalowe pogorszenie samopoczucia i będzie żałować decyzji o przyjęciu substancji (niektórzy już nigdy po nią nie sięgną).

### OBJAWY KRYZYSU

Objawy bad tripa mogą być zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Najczęściej pojawiające się **psychiczne symptomy** to:

- intensywne uczucie strachu, paranoiczne myśli,
- ataki paniki i utrata kontroli nad własnymi reakcjami,
- nawracające poczucie zbliżającej się zagłady lub utraty siebie (rozpadu ego),
- poczucie bezsilności i przekonanie, że negatywne doświadczenia nigdy się nie skończą,
- dezorientacja i splątanie, trudności ze zrozumieniem, co się dzieje,

- halucynacje, niepokojące obrazy lub dźwięki, zniekształcenia twarzy lub przedmiotów,
- przygnębienie i depresja.

W trakcie odurzenia objawy te mogą falować, czasowo ustępować i nawracać, a nawet pogłębiać się. Psychicznym aspektem bad tripa towarzyszą **objawy fizyczne**. Wśród nich najczęściej zdarzają się: kołatanie serca, zawroty głowy, mrowienie kończyn, nudności i wymioty.

### CZYNNIKI RYZYKA

Przebieg doświadczenia psychodelicznego zależy od współdziałania kilku czynników: rodzaju substancji psychoaktywnej i jej dawki, stanu psychicznego użytkownika oraz otoczenia, w którym dochodzi do jej przyjęcia (drug, set & setting). **Zbyt wysoka dawka** może wywołać nadmiernie intensywne doznania i znacząco zwiększyć ryzyko niepożądanych reakcji. Podobnie może zadziałać **równoczesne użycie innych substancji psychoaktywnych** lub przyjęcie **zanieczyszczonego narkotyku**. **Stan psychiczny** osoby również odgrywa kluczową rolę. Negatywne emocje, stres, lęk, problemy psychiczne czy ogólnie zły nastrój przed zażyciem substancji mogą sprzyjać pojawieniu się lub nasileniu trudnych doświadczeń. Nieprzyjemne wizje i emocje często są odbiciem nierozwiązanych konfliktów wewnętrznych lub stłumionych wspomnień, które ujawniają się podczas sesji. Nie bez znaczenia pozostaje także **kondycja fizyczna użytkownika**: zmęczenie, a nawet drobne infekcje mogą zwiększać wrażliwość i pogłębiać dys-

Bad trip może trwać od kilkunastu minut do kilku godzin. Stan ten może prowadzić zarówno do impulsywnych działań, jak i zupełnej rezygnacji i wycofania. Bad trip ustępuje zazwyczaj samoistnie wraz z metabolizacją substancji psychoaktywnej (przy równoczesnym zapewnieniu wsparcia i spokojnego miejsca).

W niektórych przypadkach należy wezwać pomoc medyczną.

Osoba otrzyma wtedy prawdopodobnie środki uspokajające lub przeciwpyszotyczne.



komfort. Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest **brak doświadczenia**. Osoby, które nie znają działania substancji są bardziej narażone na dezorientację i lęk. Istotne są również **indywidualne predyspozycje**, takie jak występowanie w przeszłości zaburzeń psychicznych (np. depresji,

schizofrenii, zaburzeń lękowych) lub naturalna skłonność do halucynacji. Jak powiedzieliśmy, duży wpływ ma również **otoczenie**. Miejsce, w którym przebiega doświadczenie, a także obecność innych osób, mogą w znacznym stopniu zadecydować o jego przebiegu. Głośna muzyka, nieznane lub nieprzyjazne środowisko sprzyja pojawieniu się stresu. Dlatego tak ważne jest odpowiednie przygotowanie i zapewnienie wsparcia podczas doświadczenia psychodelicznego.

W innej części tej publikacji znajdziecie informacje na temat tego, jak zapobiegać tego typu kryzysom i jak reagować w sytuacji ich pojawienia. Stres psychiczny zazwyczaj ustępuje po uspokojeniu przez opiekuna, ale w intensywnych przypadkach może wymagać zwrócenia się po interwencję medyczną.

W terapii psychodelicznej bad tripy nie są jednoznacznie źle interpretowane. Pomimo stresu, niektóre z nich mogą prowadzić do psychologicznego wglądu lub przełomów, sugerując ich potencjalną wartość terapeutyczną (ale tylko w kontrolowanych warunkach). ●

## FLASHBACK

**Flashback** to nagły, mimowolny i zazwyczaj krótkotrwały powrót do doświadczenia, które ktoś przeżył podczas odurzenia halucynogenem. W uproszczeniu jest to pojawienie się krótkotrwałego stanu przypominają-

cego ten pod wpływem halucynogenu, mimo że w tym momencie osoba nie jest pod wpływem substancji, a od ostatniego zażycia mogły minąć miesiące, a nawet lata.

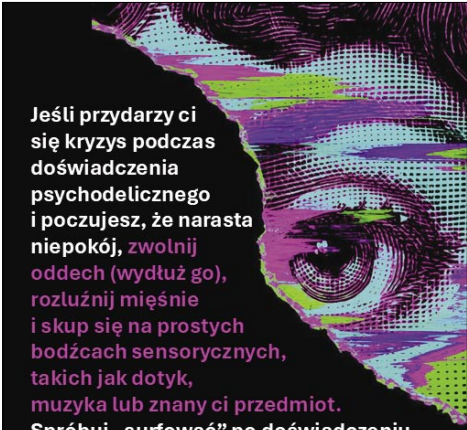
Stan może obejmować zaburzenia widzenia, zmienioną percepcję, ale też **stany emocjonalne przypominające pierwotny epizod z substancją**. Tak więc flashback może być zarówno zniekształceniem percepcyjnym, jak i wspomnieniem psychologicznym.

Flashbacki są zazwyczaj krótkie i mogą trwać od kilku sekund do kilku minut. W zależności od ich treści i okoliczności, w których się pojawiły – niekoniecznie będzie to przyjemny i pożądany stan. Mogą wydawać się bardzo realne i powodować dezorientację i stres.

Flashbacki ustępują samoistnie i nie niosą długotrwałych konsekwencji czy trwałego upośledzenia.

Przyczyny flashbacków nie są rozpoznane. Spekuluje się, że są **wyzwalane stresującymi sytuacjami**, zmęczeniem czy lękiem. Mogą być aktywowane ekstremalnymi warunkami, może spowodować je nawet otaczająca ciemność. Mogą być również efektem intensywnego wspominania doznań, jakie towarzyszyły wcześniejszemu odurzeniu.

Flashbacki mogą występować w różnych zaburzeniach i kontekstach zdrowia psychicznego. Pojawiają się m.in. w zespole stresu pourazowego (PTSD), jako silne emocjonalne wspomnienia aktywowane przez bodźce kojarzone z traumatycznym wydarzeniem. W tym sensie flashback to intensywne przeżywanie na nowo traumatycznego zdarzenia, obejmujące obrazy, dźwięki i emocje. ●



Jeśli przydarzy ci się kryzys podczas doświadczenia psychodelicznego i poczujesz, że narasta niepokój, **zwolnij oddech (wyduż go), rozluźnij mięśnie i skup się na prostych bodźcach sensorycznych, takich jak dotyk, muzyka lub znany ci przedmiot**. Spróbuj „surfować” po doświadczeniu, zamiast z nim walczyć – pamiętaj, że efekt jest tymczasowy i minie. Jeśli to możliwe, powiedz osobie, która się Tobą opiekuje, co czujesz. Żadna metoda nie daje 100% gwarancji, ale być może te kroki Ci pomogą.



**Różnica między flashbackami a HPPD polega głównie na czasie ich trwania, nawrotach i ich wpływie na codzienne życie. Flashbacki to ostre, ale przemijające epizody, natomiast HPPD to przewlekła choroba charakteryzująca się uporczywymi lub nawracającymi zaburzeniami widzenia, które znacząco mogą upośledzać codzienne funkcjonowanie i jakość życia. W przeciwieństwie do flashbacków, objawy HPPD są ciągłe lub powtarzają się przez dłuższy czas i są traktowane jako diagnozowalne zaburzenie zdrowia psychicznego.**

## HPPD

*Jeśli zauważysz, że meble w twoim domu pokrywa cienka warstwa poświaty albo coś się dzieje z konturami przedmiotów wokół ciebie, a od ostatniego psychodelicznego tripa minęło już całkiem sporo czasu, to może oznaczać, że cierpisz na HPPD (Hallucinogen Persisting Perception Disorder).*

HPPD jest **trwałym halucynogennym zaburzeniem percepcji** spowodowanym działaniem substancji halucynogennych, manifestującym się nawracającymi zmianami w percepcji wzrokowej. Najczęściej opisywane zniekształcenia wizualne to: **powidoki**

Według niektórych specjalistów termin **trwałe halucynogenne zaburzenia percepcji** jest już przestarzały. Twierdzą oni, że nie tylko halucynogeny mogą odgrywać rolę w powstawaniu zaburzenia.

HPPD (lub podobne efekty) powiązano z różnymi klasami substancji psychoaktywnych. Oprócz psychodelików, ich źródłem mogą być **dysocjanty** (ketamina), **syntetyczne kannabinoidy**, **MDMA (ecstasy)**, **delirianty** (skopolamina) **SSRI** (fluoksetyna), a także **niektóre leki przeciwpsychotyczne**.

(widzenie konturu przedmiotu, którego już nie ma w polu widzenia), **efekt halo** wokół jasnych źródeł światła, zjawisko „**śniegu optycznego**” (migoczących punktów), jak również zmiany w postrzeganiu kształtów i kolorów oraz nadwrażliwość na światło.

HPPD może mieć **postać łagodną** (typ I), z krótkotrwałymi i niezbyt inwazyjnymi zmianami percepcyjnymi, oraz bardziej **uciążliwą** (typ II) z długotrwałymi symptomami. Ciągłe omamy wzrokowe mogą być na dłuższą metę wyniszczające psychicznie. Mogą trwać kilka tygodni, albo kilka lat. Niewiele wiemy na temat mechanizmów tego zaburzenia. Wiadomo, że nie jest spowodowane nagromadzeniem się substancji psychodelicznej w organizmie i że może się pojawić nawet po pozytywnych doświadczeniach z psychodelikami. Spekuluje się, że jest **pozostałością nadaktywności neuronalnej** w obszarach mózgu odpowiedzialnych za percepcję. Specjaliści twierdzą, że mimo iż przypadki HPPD zdarzają się rzadko, uzasadnione jest prowadzenie badań nad tym zjawiskiem. W jednym z badań **ponad połowa użytkowników psychodelików zgłosiła występowanie podobnych do HPPD zaburzeń**, ale tylko niewielka część z nich traktowała je w kategoriach poważniejszego problemu zdrowotnego. W innym badaniu – w grupie prawie 150 badanych **nie było nikogo, kto zgłosiłby HPPD**.

HPPD jest rzadko zgłaszane przez osoby używające halucynogenów i jeszcze rzadziej rozpoznawane przez psychia-

trów. Jeśli już, to często jest błędnie diagnozowane jako psychoza wywołana substancją. Jednak kod diagnostyczny F16.7 w klasyfikacji ICD-10 **Rezydualne (pozostające) i późno ujawniające się zaburzenia psychiatryczne – zaburzenia postrzegania po przyjęciu środków halucynogennych** odpowiada najdokładniej zaburzeniom określanym jako trwałe halucynogenne zaburzenia percepcji (HPPD).

Nie ma żadnego oficjalnie uznanego lekarstwa ani terapii na HPPD, niesku-

teczne są leki przeciwpsychotyczne. Z pewnym powodzeniem stosowane są niektóre **leki przeciwdrgawkowe**.

Osobom dotkniętym przez HPPD zaleca się więc ograniczanie korzystania z ekranu, dbanie o higienę snu i zdrowy styl życia, a przede wszystkim rezygnację z używania halucynogenów. Efekty wizualne podczas psychodelicznych tripów mogą być ciekawe, a nawet fascynujące, lecz jeśli utrzymują się miesiącami, to mogą bardzo pogorszyć komfort życia. ●

## ZAGROŻENIA BEHAWIORALNE

Halucynogeny zwiększają **ryzyko wypadków** głównie za sprawą wywoływanych przez nie zmian: zaburzeń percepcji, zniekształceń przestrzeni (np. nieprawidłowej oceny odległości) oraz ogólnego obniżenia zdolności oceny ryzyka. Zagrożenia wynikają również z halucynacji, które bywają mylone z rzeczywistością. Szczególnym problemem są stany kryzysu psychicznego i emocjonalnego (bad trip), które mogą prowadzić do nieracjonalnych i niebezpiecznych zachowań, skutkujących urazami, a nawet śmiercią (np. upadki, wypadki komunikacyjne, samouszkodzenia).

Nieco inaczej wygląda sytuacja, gdy komuś zostanie podana substancja halucynogenna **bez jego wiedzy**. Bycie pod wpływem psychodelików to poważna sprawa, wymagająca odpowiedniego

W 2015 w Handeloh (Niemcy) aż 29-ciu uczestników konferencji poświęconej homeopatii musiało zostać hospitalizowanych po tym, jak **nieświadomie zażyli 2C-E** – silny syntetyczny psychodelik. Zdaniem świadków zdarzenia, odurzeni halucynogenem „wątęsali się po okolicy, tarzali po trawie, bredzili i dostawali skurczy”. W pomoc było zaangażowanych **kilkuset ratowników, 15 karettek pogotowia i helikopter**.



przygotowania, doboru miejsca i czasu. Podanie takich substancji bez zgody osoby **to zbrodnia, niosąca poważne konsekwencje zdrowotne, etyczne i prawne.**

Typowe **pigułki gwałtu** to przede wszystkim depresanty układu nerwowego, takie jak benzodiazepiny (np. flunitrazepam) czy GBL/GHB, które

wywołują oszołomienie i senność. W ostatnich latach coraz częściej wykrywa się też **dysocjanty** (np. ketaminę), powodujące utratę świadomości, amnezję i brak kontroli nad ciałem. **Delirianty** są rzadziej używane w tym kontekście, ale również stosowane — wywołują dezorientację, silne splątanie i amnezję, całkowicie pozbawiając ofiarę możliwości obrony. ●

## SZCZĘKOŚCISK

Psychodeliki wpływają nie tylko na percepcję i emocje, ale także na reakcje fizjologiczne organizmu. Jedną z nich

W przypadku **substancji serotonergicznych**, takich jak MDMA, obserwuje się charakterystyczne mimowolne ruchy szczęki, zgrzytanie zębami i napięcie karku.

W mniejszym nasileniu, podobne efekty mogą wystąpić również przy klasycznych psychodelikach. Najczęściej pojawiają się one **w szczytowej fazie działania substancji**, kiedy dochodzi do największego pobudzenia emocjonalnego i somatycznego.



może być **wzmoczone napięcie mięśni twarzy**, które prowadzi do mimowolnego zaciskania mięśni żuchwy. Potocznie nazywamy to **szczękościskiem**, bardziej fachowo — **bruksizmem**. Najczęściej jest kojarzone z wpływem substancji stymulujących, takich jak amfetamina czy MDMA, jednak może pojawiać się również podczas działania psychodelików — zwłaszcza LSD, psylocybiny czy 2C-B. Wzrost napięcia mięśni żuchwy wynika ze zmian w układzie neuroprzekazników, głównie serotoniny i dopaminy. Nadmiar serotoniny powoduje pobudzenie receptorów 5-HT<sub>2A</sub>, co zwiększa aktywność mięśniową i może prowadzić do odczuwanego nacisku lub skurczu mięśni twarzy. Najczęściej pojawia się to w szczytowej fazie działania substancji, kiedy dochodzi do największego pobudzenia.

Na szczękościsk wpływ mają nie tylko reakcje neurochemiczne, ale i emocjonalne. W stanach intensywnego za-

chwytu, jak i niepokoju – ciało reaguje obronnie, zwiększając napięcie mięśni twarzy, karku i barków. Takie fizyczne objawy są częścią **psychosomatycznej ekspresji emocji**, zwłaszcza gdy ciało próbuje „utrzymać kontrolę” w silnych stanach psychicznych. Na ich intensywność ma wpływ kilka czynników: stres, odwodnienie i niedobory elektrolitów, szczególnie magnezu i wapnia. Napięcie

ustępuje po kilku, czasem kilkunastu godzinach, gdy działanie substancji słabnie i równowaga neurochemiczna organizmu zostaje przywrócona. Szczękościsk nie stanowi poważnego zagrożenia zdrowotnego. Może powodować bóle żuchwy, karku i głowy, a przy dłuższym napięciu – mikrourazy zębów, pogryzienia języka lub śluzówek pliczków. ●

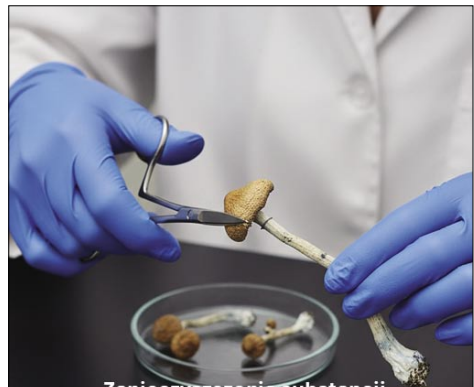
## ZANIECZYSZCZENIA

O ile w warunkach klinicznych wykorzystywane do badań substancje są najwyższej czystości, o tyle dostępne poza tym kontekstem, pozostawiają wiele do życzenia. Zanieczyszczenia psychodelików mogą przyjmować różne formy:

**Mogą zawierać związki chemiczne pozostałe po niedokładnej syntezie.** W części próbek LSD wykrywa się niewielkie ilości produktów ubocznych syntezy lub rozkładu tej substancji (jej izomery i degradaty), zwykle o słabszym działaniu psychodelicznym – to raczej kwestia jakości produkcji niż celowego zanieczyszczania.

**Mogą zawierać domieszki substancji toksycznych lub innych narkotyków zwiększających ryzyko działań niepożądanych i zatruć.** W przypadku nielegalnie produkowanych i rozprowadzanych tabletek mających zawierać MDMA jest prawidłowością, że zawierają różne inne substancje. Obok stosunkowo nieszkodliwych związków, takich jak aspiryna,

pojawiają się bardzo toksyczne substancje. Jedną z takich, której obecność w tabletkach ecstasy jest powiązana z wieloma



**Zanieczyszczenia substancji zwiększają możliwość wystąpienia powikłań zdrowotnych (psychoz, zatruć, a nawet zgonów).** W przypadku psychodelików naturalnych **ważna jest prawidłowa identyfikacja materiału roślinnego lub grzybowego.** W przypadku substancji syntetycznych **zagrożeniem jest stosowanie fałszywych produktów.**

zgonami (również w Polsce) jest PMA (4-Metoksamfetamina). Nawet niewielkie jej ilości są kardiotoksyczne, powodują niebezpieczne podwyższenie ciśnienia, przyspieszenie pulsu i hipertermię.

**Mogą zawierać skażenie mikrobiologiczne.** Zarówno grzyby zbierane w naturze, jak i „domowe” uprawy mogą być zakażone mikroskopijnymi pleśniami, które produkują szkodliwe dla człowieka mykotoksyny. Dodatkowo groźne są niektóre bakterie (jak *Bacillus cereus*), które mogą rozwijać się na nieodpowiednio przechowywanych lub suszonych grzybach.

**Mogą zawierać inne aniżeli deklarowane psychodeliki.** Najczęstszy problem z „zanieczyszczeniami LSD” polega na tym, że na blotterach w ogóle nie ma LSD, tylko inne, często groźniejsze substancje psychodeliczne lub stymulująco-psychodeliczne. Wśród „zamieników” pojawiają się fenyloetyloaminy z grupy DOx (działają dłużej, powodują silniejsze pobudzenie, zwiększają ryzyko „bad tripów”), z grupy NBOMe lub inne nowe psychodeliki (np. 2C x, 4-AcO tryptaminy). ●

## PROWADZENIE POJAZDÓW POD WPŁYWEM PSYCHEDELIKÓW

Kierowanie pojazdami po zażyciu psychodelików może być nie tylko **niebezpieczne**, ale jest także **naruszeniem prawa**. Psychodeliki i inne halucynogeny upośledzają nasze zdolności prowadzenia pojazdów jak małe które substancje psychoaktywne.

Najbardziej znanym przypadkiem kierowania pojazdem pod wpływem substancji psychodelicznej jest prawdopodobnie **jazda rowerem Alberta Hofmanna** po zażyciu 250 mikrogramów LSD. Jak sam o tym pisał: „*miałem wrażenie, że mimo energicznego pedałowania, rower stoi w miejscu, a świat wokół się deformuje*”. Uczony doświadczył silnych zaburzeń motorycznych i momentami był tak dezorientowany, że jazda rowerem musiała być nie lada wyzwaniem. Mimo



Po zażyciu LSD należy odczekać co najmniej 24 godziny zanim rozważy się prowadzenie pojazdu. Podróż po LSD trwają zazwyczaj do 12 godzin, ale wpływ tej substancji na percepcję, ocenę sytuacji, czas reakcji i koordynację może utrzymywać się dłużej niż wyraźna faza „odlotu” (w tym efekt poświaty, który może utrzymywać się przez kilka kolejnych godzin).

głębokiej więzi ze światem i naturą, wynalazca LSD mógł się poobijać.

Psychodeliki **zakłócają koncentrację, percepcję czasu i przetwarzanie sensoryczne**, co może skutkować nieprawidłową oceną sytuacji na drodze, powodując zniekształcenia bodźców wzrokowych i słuchowych, które są kluczowe dla bezpiecznej jazdy. **Opóźniony jest czas reakcji**, zaburzona koordynacja ruchowa. Kierowcy pod wpływem psychodelików mogą nie dostrzegać lub ignorować znaki drogowe, mogą też mieć poważne trudności z dostosowaniem się do sytuacji na drodze.

Dochodzi jeszcze do tego fakt, że efekty działania niektórych psychodelików mogą pozostawać przez wiele godzin, a potem utrzymują się jeszcze **resztkowe zaburzenia percepcji oraz retrospekcje**. Osobie leżącej na kanapie to nie przeszkadza, ale dla kierującego pojazdem ma znaczenie. Z tego powodu zaleca się, aby po psychodelicznym tripie **odczekać co najmniej dobę** zanim siądziemy za kółkiem.

Statystyki pokazujące skalę prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji psychodelicznych są ograniczone. W porównaniu z innymi substancjami, psychodeliki są rzadziej wykrywane przy wypadkach drogowych niż alkohol, marihuana, stymulanty, opiaty czy benzodiazepiny. Czy to znaczy, że psychodeliki są mniej rozpowszechnione? Może wynika z tego, że nie są zażywane na co dzień? A może użytkownicy psychodelików wykazują się

większym rozsądkiem i ostrożnością? Nie wiadomo. W jednym z amerykańskich badań **prawie 10 procent użytkowników substancji psychodelicznych** (w stanie Kolorado) przyznało się do prowadzenia pojazdu pod wpływem tych substancji co najmniej raz w ciągu ostatniego roku. To wysoki odsetek. Być może ograniczona wykrywalność tych substancji w organizmie sprawia, że w policyjnych statystykach te dane są zaniżone.

**Polska policja** (według oficjalnych informacji) dysponuje testami ślinowymi do wstępnego wykrywania LSD. Mają one służyć szybkiemu badaniu kierowców, aby otrzymać wynik w ciągu kilku minut. Formalnie jednak LSD nie figuruje na liście substancji, które są rutynowo wykrywane przez policję. Testy ślinowe używane przez mundurowych obejmują przede wszystkim bardziej rozpowszechnione narkotyki. Testy wykrywające LSD nie są standardowym wyposażeniem policji.

**Prawo polskie** jednak jasno reguluje, że jazda pod wpływem psychodelików (podobnie jak w przypadku innych substancji psychoaktywnych) stanowi poważne naruszenie, a osoby zatrzymane podlegają sankcjom karnym i administracyjnym, niezależnie od tego, czy doszło do wypadku, czy nie. Za spowodowanie wypadku śmiertelnego pod wpływem substancji psychoaktywnych można być ukaranym nawet 12. latami więzienia. ●

## PRAWO: NIELEGALNE PSYCHODELIKI

Podstawą stwierdzenia nielegalności jakiejś substancji jest **zamieszczenie jej w odpowiednim wykazie**, wydawanym przez Ministra Zdrowia w formie rozporządzenia, na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Rozporządzenie jest aktem podustawowym i może być na bieżąco **aktualizowane „jednym podpisem” ministra**, bez konieczności przechodzenia długotrwałego procesu legislacyjnego, jaki jest wymagany dla ustawy.

### PSYCHODELIKI W USTAWIE

Równocześnie warto zwrócić uwagę, że celem ustawy – zgodnie z jej nazwą – **jest przeciwdziałanie narkomanii**, zaś sama narkomania definiowana jest w niej jako niemedyczne używanie substancji określonych w ww. wykazie, w wyniku którego może powstać (lub już powstał) **przymus ich używania**, czyli uzależnienie. Ponieważ nie budzi wątpliwości, że przykładowo tzw. klasyczne psychodeliki, nie wykazują zasadniczo potencjału uzależniającego, to nasuwa się pytanie, jaki właściwie związek z przeciwdziałaniem narkomanii miałyby mieć ich zakazywanie? W ostateczności można przyjąć, że istnieje pewne ryzyko swoistego uzależnienia behawioralnego od bycia pod wpływem tych środków (zwłaszcza tych, które nie wymagają 1-2 tygodni przerwy do wywarcia ponownego efektu), ale wobec marginalności tego zjawiska trudno przyjmować je za podstawę rozumowania prawodawcy. Oczywiście z używaniem psychode-

lików i innych halucynogenów wiąże się **istotne zagrożenia inne niż uzależnienie**, ale wydaje się, że z punktu widzenia prawa zjawisko używania takich substancji powinno być oceniane bardziej w perspektywie wspinaczki wysokogórskiej (również niebezpiecznej) niż dożylnego przyjmowania heroiny.

### USTAWOWE PUZZLE

Z punktu widzenia konsekwencji prawnych z nimi związanych, szeroko rozumiane psychodeliki i inne halucynogeny można uszeregować od tych „najbardziej” nielegalnych aż po jeden zupełnie legalny. Tych pierwszych, stanowiących **substancje psychotropowe**, jest najwięcej, głównie zaklasyfikowanych do grupy I-P, co nominalnie oznacza, że substancje te formalnie nie mogą być używane w celach medycznych. Paradoksalnie w grupie tej mieści się m.in. psylocyбина czy MDMA, które są aktualnie dość szeroko w skali globalnej badane pod kątem potencjału leczniczego. „Zupełnie” nielegalne są też **substancje psychotropowe** należące do grup II-P: ketamina, 2C-B, salwinoryna A, PCP (fencyklidyna) i MXE (metoksetamina), a także uznana za **środek odurzający** grupy I-N, ibogaina. Znacznie łagodniej pod kątem kar za posiadanie – ale nie za cokolwiek innego – są traktowane **nowe substancje psychoaktywne**; takie zaszeregowanie dotyczy muscy-molu i DPT (dipropylotryptaminy). Idąc dalej mamy **prekursory** (tu: eter

dietylowy), które mogą prowadzić do odpowiedzialności za przestępstwo, jeżeli chcemy uzyskać z nich jakiś „zupełnie” nielegalny narkotyk, ale w innym wypadku – bez stosownych zezwoleń administracyjnych – samo ich posiadanie, a nawet produkcja lub przemysł, stanowią jedynie wykroczenie. W przypadku **środków zastępczych** (np. bufotenina) grozi **finansowa odpowiedzialność administracyjna**, chociaż jedynie za wytwarzanie lub sprzedaż; ich posiadanie jest całkowicie legalne. Syntetyczne deliranty, jak dimenhidrynat i benzydamina, ale również syntetyczny dysocjant DXM (dekstrometorfan) są legalnymi **lekami** sprzedawanymi w aptece **bez recepty** z tym, że ten ostatni wyłącznie osobom pełnoletnim i maksymalnie jedno opakowanie. **Całkowicie legalny**, dostępny na rynku jako substancja mająca zastosowanie w gastronomii, medycynie i przemyśle, jest syntetyczny dysocjant N2O (podtlenek azotu)

## ROŚLINA vs SUBSTANCJA

Niezupełnie jasne z punktu widzenia prawa jest jak traktować pewne naturalne nośniki substancji, kiedy substancje znajdują się w wykazie, ale już same nośniki nie. Na gruncie obowiązujących przepisów mamy bowiem do czynienia z trzema wariantami:

1. W wykazie zamieszczona jest **zarówno substancja czynna, jak i jej naturalny nośnik**, np. salwinoryna A i szalwia wieszczą (*Salvia divinorum*), albo DMT i *Psychotria viridis* (chacruna).
2. W wykazie zamieszczona jest **substancja czynna, ale nie jej naturalny nośnik**; to dotyczy psylocybiny (grzyby

psylocybinowe nie są ujęte w wykazie ani jako kategoria zbiorcza, ani jako indywidualne gatunki), ale także muscymolu (muchomor czerwony, czyli *Amanita muscaria*, również nie jest ujęty w wykazie).

3. W wykazie zamieszczona jest **substancja czynna i niektóre z jej naturalnych nośników**; to dotyczy meskaliny – w wykazie zawarto kaktusa San Pedro (*Echinopsis pachanoi*) i kaktusa pochodnię (*Trichocereus peruvianus*, *Echinopsis peruviana*), ale już nie peyotl, czyli jazgrzę Williamsa (*Lophophora Williamsii*).

Z logicznego punktu widzenia grzyby psylocybinowe, muchomor czy peyotl w formie pierwotnej są zatem legalne, choć działanie w oparciu o takie

**Substancje zawarte w muchomorze czerwonym są nielegalne od maja 2025 roku.**

Wcześniej, przez lata, zbieranie i używanie muchomorów, również po ich wcześniejszym odpowiednim spreparowaniu (suszeniu, macerowaniu itd.) było prawnie tolerowane. Ostatnie kilka miesięcy przed delegalizacją substancje zawarte w muchomorze czerwonym – mimo niewprowadzenia jeszcze zmian prawnych – zaczęły nagle być traktowane przez organy publiczne jak środek zastępczy, za którego wytwarzanie lub wprowadzanie do obrotu grożą surowe finansowe kary administracyjne, ale jego posiadanie – do maja 2025 roku nadal było bezkarne.



założenie jest bardzo ryzykowne. Ani w literaturze fachowej, ani w orzecznictwie sądów kwestia ta nie została do tej pory jednoznacznie przesądzona.

#### IGNORANTIA IURIS

W zasadzie wszystkie czynności odnoszące się do **środków odurzających i substancji psychotropowych**, a także **nowych substancji psychoaktywnych** są karalne w podobnym stopniu. Wyjątkiem jest tu jedynie samo **użycie** danej substancji, które formalnie nie jest przestępstwem, ale zazwyczaj **wymaga uprzedniego posiadania**, które przestępstwem być jak najbardziej może. Kategoria nowych substancji psychoaktywnych odróżnia się właściwie wyłącznie tym, że kary za posiadanie są znacznie niższe (a jeżeli ilość tych substancji nie jest znaczna, to posiadaczowi grozi jedynie grzywna). Wydaje się, że wynika to nie tyle z faktycznego poziomu zagrożenia używaniem tych substancji, co z ich nominalnej „nowości” i pewnej pobłażliwości prawodawcy dla posiadacza, który mógł po prostu jeszcze się nie zorientować co do ich aktualnego statusu. **Nieznajomość prawa szkodzi, ale czasem może szkodzić nieco mniej.**

O ile można jeszcze twierdzić, że celowa hodowla grzybów psylocybinowych czy pejotlu jest karalnym wytwarzaniem substancji psychotropowych (zawartych w tych naturalnych nośnikach), to zasadnicze wątpliwości budzi możliwość karania za zebranie i posiadanie – zwłaszcza nieprzetworzonych – grzybów psylocybinowych lub muchomorów czerwonych. Tych

gatunków nie ma w wykazie, a powstanie takich nośników było niezależne od czynnika ludzkiego.

#### GROWKITY

Warto też na marginesie zaznaczyć, że zakupienie w sieci tzw. growkitów, czyli zestawów do hodowli grzybów psylocybinowych, nie nastręcza wielkich problemów. Ich sprzedaż jest zasadniczo legalna, ponieważ **growkity nie zawierają żadnych nielegalnych substancji**, a sprzedawcy zastrzegają, że zgadzają się jedynie na zakup do celów eksperymentalnych, pod warunkiem utylizacji całego zestawu przed pojawieniem się owocników zawierających psylocybinę. Trzeba mieć jednak świadomość, że już jeden growkit może dostarczyć takiej ilości grzybów (a dalej suszu grzybowego), że ilość ta w świetle rygorystycznej linii orzeczniczej **może zostać oceniona przez sąd jako znaczna**, a to z kolei grozi odpowiedzialnością za wytworzenie znacznej ilości substancji psychotropowych. Czyn ten jest zasadniczo zagrożony karą od 3 do 20 lat więzienia. ●

## REDUKCJA SZKÓD – TIPY NA TRIPY

Chociaż istnieje coraz więcej badań nad stosowaniem psychodelików w kontrolowanych warunkach klinicznych, **przyjmowanie ich na własną rękę wiąże się ze znacząco wyższym ryzykiem**. Brak standaryzacji, nieodpowiednia dawka oraz brak nadzoru specjalisty zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych. Redukcja szkód nie polega tylko na gaszeniu pożarów, gdy coś już poszło nie tak. To przede wszystkim rozsądna profilaktyka polegająca na przekazywaniu informacji i wskazówek pozwalających podjąć świadomą decyzję oraz przygotować się, by do tych pożarów w ogóle nie dochodziło.

Podróż psychodeliczna może być ciekawym i wzbogacającym doświadczeniem pod warunkiem, że osoba odpowiednio się do niej przygotowuje. Należy pamiętać, że **psychodeliki bywają bardzo nieprzewidywalne**. Dlatego priorytetem jest, aby podejść do nich z maksymalną odpowiedzialnością. **Poniższe wskazówki nie dają gwarancji udanej podróży, ale znacząco zmniejszą ryzyko pojawienia się nieprzyjemnych efektów działania substancji.**

### ZROZUMIENIE SUBSTANCJI

Podstawowym elementem świadomego używania psychodelików jest uzyskanie **rzetelnej wiedzy** na temat jej właściwości farmakologicznych – dawki, czasu działania, ewentualnych interakcji oraz świadomość możliwych działań niepożądanych.

### KONDYCJA PSYCHICZNA (SET)

Jednym z kluczowych czynników wpły-

wających na przebieg doświadczenia psychodelicznego jest **stan psychiczny użytkownika** w chwili przyjęcia substancji. Osoba planująca takie doświadczenie powinna dokonać wnikliwej autorefleksji dotyczącej zarówno intencji przyjęcia substancji, jak i aktualnej kondycji emocjonalnej oraz psychicznej. Należy pamiętać, że negatywne stany emocjonalne oraz trudny kontekst życiowy mogą w znacznym stopniu zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia tzw. trudnego doświadczenia psychodelicznego.

### PRZYGOTOWANIE FIZYCZNE

Proces przyjęcia substancji psychodelicznej stanowi obciążenie nie tylko dla psychiki, ale również dla organizmu.

**Właściwe przygotowanie fizyczne** może znacząco ograniczyć ryzyko wystąpienia reakcji somatycznych. Zaleca się zadbanie o odpowiedni poziom nawodnienia, i odżywienia i jakościowego snu oraz odradza się przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych przed planowanym doświadczeniem.

### OTOCZENIE (SETTING)

Warunki zewnętrzne stanowią drugi, obok nastawienia psychicznego, kluczowy czynnik wpływający na przebieg doświadczenia. **Osoba musi czuć się bezpieczna** – otoczenie powinno być bezpieczne, znane i przewidywalne, sprzyjające relaksowi i poczuciu kontroli. Odpowiednie oświetlenie, spokojna muzyka oraz możliwość swobodnego ułożenia się w wygodnej pozycji mogą znacząco zmniejszyć poziom napięcia. Istotną rolę

pełni obecność tzw. „tripsittera” – osoby trzeźwej, doświadczonej i empatycznej, która pozostanie w gotowości do udzielenia wsparcia w przypadku wystąpienia trudnych doświadczeń.

#### PLAN BEZPIECZEŃSTWA

Integralnym elementem odpowiedzialnego przygotowania się do podróży psychodelicznej jest **opracowanie planu bezpieczeństwa**, obejmującego zarówno etap doświadczenia, jak i okres po jego zakończeniu. Plan ten powinien uwzględniać możliwość kontaktu z osobą zaufaną, identyfikację potencjalnych zagrożeń oraz strategię reakcji w przypadku niepokojących objawów somatycznych lub psychicznych. W razie wystąpienia objawów takich jak utrata przytomności, drgawki, utrudnione oddychanie czy zachowania

autoagresywne, niezbędna jest natychmiastowa interwencja medyczna.

#### INTEGRACJA DOŚWIADCZENIA

Ważną częścią procesu psychodelicznego jest **integracja doświadczenia** – czyli refleksyjne opracowanie treści i emocji, które pojawiły się podczas działania substancji. Integracja może przyjmować różne formy: rozmowa z zaufaną osobą, praktyki medytacyjne lub działania artystyczne. Ich celem jest przepracowanie doświadczenia. W przypadku wystąpienia trudności emocjonalnych, natrętnych wspomnień lub dezorientacji, wskazane jest skorzystanie z pomocy specjalisty zdrowia psychicznego – najlepiej psychoterapeuty posiadającego wiedzę w zakresie integracji doświadczeń psychodelicznych. ●

## REDUKCJA SZKÓD – KRYZYS PSYCHODELICZNY

Czasem najlepsze nawet przygotowania nie uchronią cię przed doświadczeniem „bad tripa”, który niezaprzeczalnie jest stanem trudnym i konfrontującym, często też przerażającym. Brak wiedzy oraz nieodpowiednie przygotowanie sprzyjają wystąpieniu negatywnych skutków przyjęcia substancji o działaniu psychodelicznym. **Co wtedy należy zrobić?** Na podstawie doświadczeń i wiedzy przekazywanej przez organizacje zajmujące się badaniami nad psychodelikami oraz integracją doświadczeń pod ich wpływem (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, Zendo Project) wyodrębnić można kilka wskazówek na

temat pomocy osobie doświadczającej trudnej podróży:

#### ZACHOWANIE SPOKOJU

Obecność drugiej osoby, często określanej jako **tripsitter**, ma istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa osoby przeżywającej trudne doświadczenie. Ton głosu opiekuna powinien być spokojny i stonowany, a komunikaty krótkie i jasne. Wskazane jest również **utrzymanie równomiernego, głębokiego oddechu**, co dodatkowo stabilizuje zarówno opiekuna, jak i osobę doświadczającą działania psychodeliku.



Prezentowany materiał ma charakter edukacyjny i dotyczy zasad redukcji szkód związanych z rekreacyjnym używaniem substancji psychodelicznych. Nie zachęcamy do ich stosowania, lecz uznajemy, że część osób podejmuje takie decyzje – dlatego ważne jest, by robiły to w sposób możliwie bezpieczny i świadomy. Powinni pamiętać, że choroby i zaburzenia psychiczne lub ich historia w rodzinie, choroby układu krążenia oraz przyjmowanie leków antydepresyjnych są absolutnymi przeciwwskazaniami do stosowania psychodelików.

Organizacja ZENDO PROJECT opracowała cztery podstawowe zasady wsparcia osób w trakcie psychodelicznej podróży: Nie walcz z doświadczeniem. Akceptacja tego, co się dzieje zmniejsza napięcie i ułatwia przejście przez trudne emocje. Zaufaj procesowi.

Wszystkie pojawiające się myśli, obrazy i emocje mają swój przebieg i ostatecznie ustąpią.

Bądź obecny. Obecność opiekuna, zarówno fizyczna, jak i emocjonalna, zapewnia stabilizującą kotwicę dla osoby doświadczającej.

Pomóż w integracji. Wspieranie refleksji i przetworzenia doświadczenia powinno nastąpić dopiero po zakończeniu działania substancji, a nie w trakcie jej trwania.



## ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA FIZYCZNEGO

Ważnym elementem wsparcia jest **minimalizacja zagrożeń fizycznych**

**w otoczeniu:** usunięcie ostrych przedmiotów, szkła lub innych potencjalnie niebezpiecznych narzędzi, ograniczenie hałasu i bodźców mogących wywołać panikę. Nie należy stosować fizycznego przymusu, chyba że jest to absolutnie konieczne w celu zapobiegania urazom lub oddaleniu się osoby w nieznanym kierunku. Umożliwienie osobie pod wpływem swobodnego poruszania się w bezpiecznej przestrzeni będzie korzystne dla redukcji napięcia i dezorientacji.

## KOTWICZENIE W RZECZYWISTOŚCI (UZIEMIENIE)

Proces uziemienia polega na delikatnym przypomnieniu osobie o jej **lokalizacji, tożsamości oraz obecności opiekuna**. Pomocne są techniki oddechowe, dotyk (jeśli akceptowany), zmiana pozycji ciała oraz skupienie uwagi na bodźcach zewnętrznych, np. dźwiękach otoczenia. Uziemienie stabilizuje percepcję i ogranicza poczucie zagubienia.

## KOMUNIKACJA (CZEGO UNIKAĆ)

Niezalecane są zwroty minimalizujące odczucia, np. „nie może być aż tak źle” czy „to tylko narkotyk”, ponieważ mogą wywołać poczucie niezrozumienia lub lekceważenia. Podobnie **nieskuteczne są próby logicznego przekonywania osoby na siłę, że jej percepcja jest fałszywa**. W zamian należy stosować komunikaty empatyczne i kojące, np.: „to minie”, „nie musisz nic robić, po prostu oddychaj”, „rozumiem, że to przerażające, ale jesteś w bezpiecznym miejscu, jestem przy tobie”.

## CZAS TRWANIA I POWRÓT DO RÓWNOWAGI

Trudne doświadczenie psychodeliczne może trwać od kilku minut do kilku godzin. Po ustąpieniu efektów substancji ważne jest zapewnienie osobie czasu na odpoczynek, nawodnienie i regenerację fizyczną. Wszelkie próby szczegółowej analizy doświadczenia należy **odłożyć na później**, najlepiej zrobić to w ramach procesu integracji.

## KRYTERIA WEZWANIA POMOCY MEDYCZNEJ

Opiekun powinien nieustannie oceniać własne możliwości i ograniczenia oraz działać w granicach bezpieczeństwa własnego i osoby doświadczającej.

W sytuacji, **gdy zachowanie osoby wymyka się spod kontroli, należy niezwłocznie wezwać pomoc medyczną.**

Sygnalizują to objawy takie jak:

- utrata przytomności lub drgawki,
- trudności w oddychaniu,
- wysoka gorączka i przyspieszone tętno,
- agresja lub autoagresja,

▪ utrata logicznej orientacji przez wiele godzin po przyjęciu substancji.

Po przyjeździe służb medycznych osoba może otrzymać farmakologiczne środki uspokajające lub przeciwpsychotyczne. W skrajnych przypadkach może być konieczna hospitalizacja na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Trudne doświadczenia psychodeliczne stanowią złożone zjawisko polegające na **interakcji działania substancji, stanu psychicznego użytkownika oraz wpływu otoczenia.** W podejściu redukcji szkód podkreśla się, że odpowiednie wsparcie może znacząco zmniejszyć intensywność lęku oraz poczucie chaosu. W sytuacjach, gdy reakcje organizmu wykraczają poza naturalny przebieg doświadczenia, kluczowa staje się wiedza o tym, kiedy konieczna jest interwencja medyczna, co stanowi istotny element odpowiedzialnego podejścia do psychodelików. ●

## TRIP SITTING – CZY LECI Z NAMI PILOT?

Trip-sitting to praktyka, w której trzeźwy i odpowiednio przygotowany do tej roli opiekun (trip-sitter) towarzyszy i wspiera osobę przeżywającą doświadczenie psychodeliczne, zapewniając jej bezpieczeństwo i komfort. Jest to **element redukcji szkód**, zalecany podczas eksperymentów z psychodelikami. Obecność opiekuna wspiera z jednej

strony **integrację doświadczeń**, z drugiej – **minimalizuje ryzyko „bad tripa”**. Redukuje też zagrożenia fizyczne związane z ryzykiem samookaleczenia czy agresji.

Trip-sitter **pełni rolę opiekuna**, obserwatora, czasem przewodnika. Wspiera emocjonalnie w radzeniu sobie z lę-

kiem (ale też zbytnią euforią) i pomaga w orientacji w czasie oraz przestrzeni. Ułatwia też interpretację przeżyć po tripie. W kontekście terapeutycznym nie zastępuje profesjonalisty, ale uzupełnia proces.

Trip-sitter przygotowuje bezpieczne otoczenie i upewnia się, że osoba mająca przyjąć substancję jest w dobrej formie psychicznej, omawia z nią jej oczekiwania. Dbą o komfort przebiegu doświadczenia m.in. poprzez zapewnienie wody i jedzenia, odpowiedniej

muzyki i oświetlenia, monitoruje stan psychiczny tripującego, w każdej chwili oferuje wsparcie emocjonalne. **Wie jak udzielić pierwszej pomocy medycznej**, a razie poważniejszego zagrożenia natychmiast wzywa pomoc medyczną. Trip-sitter powinien być obecny przez cały czas trwania doświadczenia, nie może zażywać substancji psychoaktywnych, a w razie potrzeby, przy dłuższych sesjach – współpracować z innymi opiekunami. ●

## POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHEDELICZNE I PORADNIA PSYCHOAKTYWNA

Polskie Towarzystwo Psychodeliczne to inicjatywa założona w ramach Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej. Celem PTP jest popularyzacja i wspieranie badań nad substancjami psychodelicznymi – ich działaniem, terapeutycznym potencjałem oraz możliwymi zagrożeniami. Towarzystwo zrzesza interdyscyplinarne grono specjalistów m.in. naukowców, lekarzy, psychologów, psychiatrów i prawników. PTP chce tworzyć platformę wymiany doświadczeń i wiedzy, promować rzetelną edukację o psychodelikach, a także działać na rzecz reformy prawa – dekryminalizacji posiadania na własny użytek oraz umożliwienia ich kontrolowanego, medycznego stosowania. Do najważniejszych wyzwań należy zmiana społecznej i prawnej percepcji psychodelików – często kojarzonych wyłącznie z używkami. Konieczne jest budowanie zaufania do badań, zapewnienie wysokich standardów prowadzenia badań klinicznych, a także promowanie bezpieczeństwa i odpowiedzialnego podejścia. Więcej na [www.psychodeliki.org](http://www.psychodeliki.org)

PTP prowadzi Poradnię Psychoaktywną – to przestrzeń wsparcia dla osób używających substancji psychoaktywnych: oferuje psychoterapię, konsultacje prawne, pomoc w integracji doświadczeń psychodelicznych oraz działania z zakresu redukcji szkód. Poradnia stawia na podejście interdyscyplinarne i opiera się na badaniach i doświadczeniu specjalistów – ma pomóc zarówno osobom z problemami, jak i tym, którzy szukają rzetelnej informacji albo wsparcia po doświadczeniach związanych z psychodelikami. Więcej na [www.psychoaaktywna.pl](http://www.psychoaaktywna.pl)

Agnieszka Sieniawska



Polskie  
Towarzystwo  
Psychodeliczne

## PSYCHODELICZNE FENYLOETYLOAMINY

Substancje określane mianem **empatogenów** (lub **entaktogenów**) nie należą do klasycznych psychodelików. Terminy te odnoszą się głównie do wybranych **pochodnych fenyloetyloaminy**, których działanie wywołuje znaczące efekty emocjonalno-społeczne – w szczególności wzmacnia poczucie empatii i zwiększa otwartość emocjonalną. Jednocześnie substancje te mają **właściwości stymulujące**, łącząc w ten sposób cechy psychodelików i stymulantów. Z tego powodu bywają określane jako „**psychodeliczne amfetaminy**”. Ich działanie polega na zwiększeniu wydzielania w mózgu takich neurotransmiterów jak serotonina, dopamina i noradrenalina, a także oksytocyna. Nie są więc typowymi psychodelikami, ale też nie ograniczają się jedynie do efektów pobudza-

jących charakterystycznych dla klasycznych stymulantów.

### EMPATOGENY I ENTAKTOGENY

Zwiększając empatię emocjonalną, substancje te **wpływają na zachowania prospołeczne** (ponoć szczególnie u mężczyzn), a jednocześnie ograniczając zdolność rozpoznawania negatywnych emocji u innych. Może to sprzyjać większej otwartości, ale też skłonnościom do ryzykownych interakcji społecznych. Badania na zwierzętach potwierdziły, że także u nich psychodeliczne fenyloetyloaminy nasilają zachowania empatyczne. Choć pojęcia „empatogen” i „entaktogen” odnoszą się do tych samych substancji, różnią się akcentem znaczeniowym. Użycie terminu „**empatogen**” podkreśla wzrost empatii wobec innych osób i ich emocji, natomiast „**entaktogen**” odnosi się do pogłębionego kontaktu z własnym wnętrzem i przeżywanymi emocjami.

### MDxx

Najbardziej znanym przedstawicielem tej grupy jest **MDMA** (ecstasy), substancja silnie oddziałująca na układ serotoninowy. W roli empatogenu i entaktogenu MDMA wyjątkowo intensyfikuje emocjonalne i społeczne doświadczenia, tworząc uczucie bliskości z innymi ludźmi i ze sobą samym. Do tej samej grupy związków (tzw. **MDxx**) należą m.in. **MDA**, które ma nieco bardziej halucynogenne właściwości, oraz **MDEA** – łagodniejszy wariant MDMA. MDMA jest jednak wyjątkowe ze względu na połączenie efektów emocjonalnych, poznawczych i terapeutycznych, dlatego zyskało zastosowanie w psychoterapii, zwłaszcza w leczeniu



Alexander „Sasha” Shulgin był amerykańskim chemikiem i psychofarmakologiem. Największą sławę przyniosła mu ponowna synteza MDMA, którą przeprowadził samodzielnie w latach 70. Wśród opracowanych przez niego fenyloetyloamin szczególnie znane są pochodne 2C. Shulgin testował te związki osobiście skrupulatnie dokumentując swoje doświadczenia.

zespołu stresu pourazowego (PTSD). Więcej o tym w dalszej części publikacji.

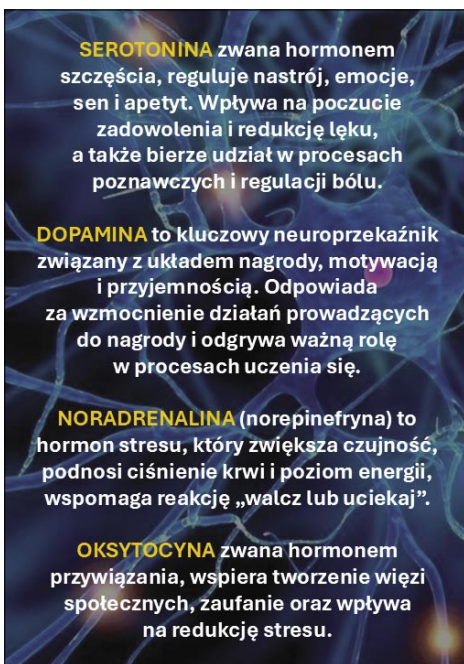
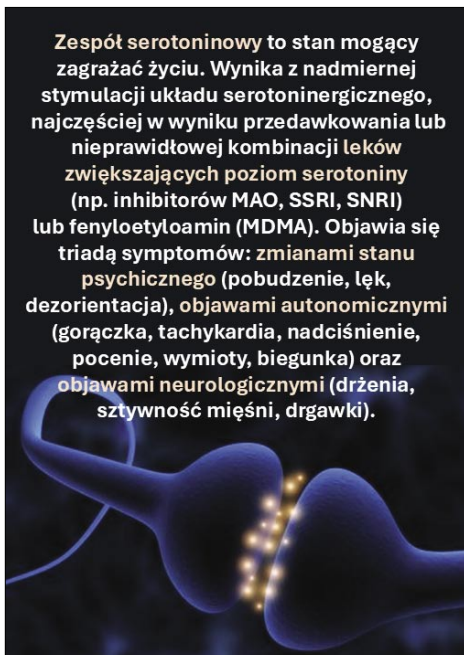
## BENZOFURANY

Kolejną ciekawą grupą substancji łączącą działanie stymulujące z psychodelicznym (z przewagą efektów empatogennych) są **benzofurany**. W okresie popularności tzw. legalnych „dopalaczy” cieszyły się ogromnym zainteresowaniem użytkowników rekreacyjnych. Najbardziej znany przedstawiciel tej grupy to **6-APB**. Efekty psychodeliczne benzofuranów są słabsze niż w przypadku klasycznych psychodelików, ale wyraźniejsze niż przy MDMA i utrzymują się znacznie dłużej. Blisko spokrewniony z nimi **Bromo-DragonFLY** to silny halucynogen, u którego działanie empatogenne jest jednak znacznie słabsze.

## 2Cx

Do rodziny psychodelicznych fenyloetyloamin zalicza się również **2C-B**, spokrewniony z meskaliną, reprezentujący grupę związków **2Cx**, obejmującą szerokie spektrum substancji – od łagodniejszych i relaksujących (np. **2C-C**), po silniejsze, o wyraźnych efektach wizualnych (np. **2C-B** i jego analogi). Ich działanie może obejmować zarówno wizualne halucynacje, jak i głębokie zmiany emocjonalne oraz percepcyjne.

Przy okazji warto też wspomnieć o rodzinie związków **DOx**, a zwłaszcza o jej dość znanym przedstawicielu o akronimie **DOM**, który w niższych dawkach działa jak stymulant, a przy wyższych ujawnia się jego psychodeliczne działanie i to na wiele godzin (halucynacje mogą trwać nawet dobę). Przed laty szeroko rozpowszechniony w USA jako STP (serenity, tranquility, peace – spokój, cisza i pokój). ●



## TERAPIA PTSD Z WYKORZYSTANIEM MDMA

Czy **MDMA** w kontekście terapeutycznym działa inaczej niż przyjmowana rekreacyjnie? O ile w środowisku klubowym substancja, znana przede wszystkim jako **ecstasy**, kojarzy się z euforią, wzmożoną towarzyskością i zabawą, o tyle w psychoterapii sprzyja konfrontacji z trudnymi emocjami, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i ułatwia przepracowanie traumy.

### HISTORIA

Psychoterapia z użyciem MDMA to innowacyjna, choć wcale nie taka nowa, metoda leczenia niektórych zaburzeń psychicznych. Od kilku dekad budzi zainteresowanie ze względu na swoje obiecujące efekty, zwłaszcza w **terapii zespołu stresu pourazowego (PTSD)**. Pierwsze badania prowadzono w Stanach Zjednoczonych jeszcze w latach 70. XX wieku. Niedługo później, na początku lat 80. MDMA zyskało popularność poza gabinetami terapeutycznymi – w środowisku klubowym i kulturze rave – co doprowadziło do jego delegalizacji i niemal całkowitego wstrzymania badań naukowych. Prace badawcze kontynuowano w Szwajcarii, gdzie psychiatrzy dysponujący zgodami rządowymi, mogli prowadzić eksperymentalne terapie. W późniejszych latach do przełomu przyczyniły się badania **dr. Michaela Mithoefera** oraz organizacji **MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies)**, które udokumentowały skuteczność terapii wspomaganą MDMA u osób cierpiących na PTSD wynikający z przemocy, wojny, katastrof czy długotrwałego zaniedbania.

### WSPÓŁCZESNOŚĆ

Obecnie na świecie obserwuje się rosnący trend tworzenia sprzyjających regulacji dla terapii wspomaganą MDMA nie tylko w leczeniu PTSD, ale także innych zaburzeń psychicznych. W **Australii**, od 2023 roku, terapia ta jest prowadzona pod nadzorem psychiatrów posiadających specjalne zezwolenia. W **Kanadzie** i w **Izraelu** istnieją specjalne programy umożliwiające stosowanie MDMA w ściśle określonych przypadkach. W **Czechach**, gdzie posiadanie niewielkich ilości MDMA zostało zdekryminalizowane, prowadzone są badania kliniczne. **Stany Zjednoczone** są w końcowej fazie procesu rejestracji leku

**PTSD, czyli zespół stresu pourazowego, to zaburzenie psychiczne, które rozwija się po przeżyciu silnie traumatycznego wydarzenia przekraczającego zdolności adaptacyjne danej osoby. Charakteryzuje się nawracającymi, niechcianymi wspomnieniami wydarzenia, silnym stresem, lękiem oraz unikaniem sytuacji przypominających traumę, co znacząco zakłóca codzienne życie i funkcjonowanie.**



do zastosowań medycznych. W **Polsce** MDMA pozostaje substancją nielegalną, jednak trwają inicjatywy badawcze, które w przyszłości mogą doprowadzić do zmian legislacyjnych.

### KTO JEST LECZONY?

Najczęstszym wskazaniem do terapii wspomaganą MDMA jest **złożony zespół stresu pourazowego**, tam gdzie konwencjonalne metody leczenia okazują się mało skuteczne. Wspomaganie psychoterapii MDMA pozwala znacząco złagodzić objawy lękowe, koszmary nocne, chroniczny stres i depresję, ułatwiając pacjentom powrót do równowagi emocjonalnej oraz poprawę relacji interpersonalnych. Działanie MDMA polega między innymi na zwiększeniu wydzielania serotoniny i oksytocyny, co wzmacnia zaufanie, empatię i poczucie bezpieczeństwa. Ułatwia to pacjentom otwieranie się na emocje i wspomnienia, bez nadmiernego stresu czy poczucia zagrożenia. W przypadkach złożonej traumy, terapia bywa dłuższa i często łączona z innymi formami leczenia. Trwają również badania nad zastosowaniem MDMA w leczeniu **zaburzeń lękowych, fobii społecznych oraz lęku przed śmiercią**, choć w tych obszarach potrzeba jeszcze solidnych dowodów empirycznych.

### EFEKTYWNOŚĆ

Badania kliniczne potwierdzają wysoką skuteczność terapii z wykorzystaniem MDMA. Już po kilku sesjach u większości pacjentów obserwuje się znaczną redukcję objawów PTSD, a poprawa utrzymuje się przez wiele miesięcy,

Największą przeszkodą w wykazaniu skuteczności psychodelików w terapii zaburzeń psychicznych jest brak skutecznego „maskowania” (blindingu) – metody ślepej grupy. Pacjenci i badacze łatwo odróżniają substancje psychoaktywne od placebo ze względu na silne efekty subiektywne. Brak odpowiednio aktywnego placebo, które naśladowałoby efekty psychodelików (ale bez ich terapeutycznego działania), komplikuje ocenę przyczynowości.



a nawet lat. Pacjenci deklarują **lepszy kontakt z emocjami, większą otwartość i poczucie integracji wewnętrznej**. W niektórych ośrodkach prowadzone są również eksperymentalne formy terapii grupowej, które wspierają odbudowę więzi społecznych i poczucie wspólnoty.

### OGRANICZENIA

Terapia wspomaganą MDMA wymaga szczegółowej kwalifikacji pacjenta i ścisłego nadzoru medycznego. **Przeciwwskazaniami** są między innymi **choroby układu krążenia, epilepsja** a także **cięża**. Po sesjach mogą wystąpić przejściowe trudności emocjonalne – nasilenie nieprzyjemnych wspomnień lub lęku – co zwykle ustępuje wraz z postępem terapii. Działania niepożą-

dane, takie jak bóle głowy, nudności czy lekkie niepokoje, występują rzadko i mają łagodny charakter.

Z uwagi na złożoność procesu, konieczność wielu sesji oraz potrzebę długoterminowego wsparcia psychoterapeutycznego, dostępność tej formy leczenia pozostaje ograniczona. Mimo to, terapia

wspomagana MDMA stanowi jeden z najbardziej obiecujących kierunków współczesnej psychiatrii i psychoterapii traumy. Próby leczniczego zastosowania MDMA obejmują nie tylko terapię PTSD, ale też leczenie depresji opornej na standardowe metody czy wspomaganie psychoterapii w zaburzeniach lękowych i fobiach społecznych. ●

## MESKALINA

**Meskalina** to jedna z najstarszych znanych człowiekowi substancji psychoaktywnych, a zarazem pierwszy psychodelik zbadany przez zachodnią cywilizację. Kaktusy meskalinowe były używane i czczone jako rośliny o niezwykłej mocy na długo przed tym, nim ktokolwiek usłyszał o ich stosowaniu rekreacyjnym.

### PEJOTL I INNE KAKTUSY

Kaktusem najczęściej kojarzonym z meskaliną jest bez wątpienia **pejotl** (peyote) o nazwie botanicznej *Lophophora williamsii*. Innym kaktusem zawierającym meskalinę w ilościach wystarczających do wywołania efektów psychoaktywnych jest **San Pedro** (*Echinopsis pachanoi*). Istnieje jeszcze kilka innych gatunków kaktusów, w których alkaloid ten występuje w zróżnicowanych, często niewielkich lub śladowych ilościach. Zawartość meskalin zależy nie tylko od genotypu rośliny, ale także od warunków jej uprawy.

Meskalinowe kaktusy te występują naturalnie w Ameryce Północnej i Południowej. Charakteryzują się **bardzo powolnym**

**wzrostem** (przypominając trochę pod tym względem żółwie). W naturalnych warunkach **osiągnięcie dojrzałości i rozpoczęcie syntezy meskalin** zajmuje im **co najmniej 5 lat**. Pełne kwitnienie i mak-

Meskalinowe kaktusy różnią się między sobą wyglądem.

**Pejotl** jest mały, kulisty i spłaszczony ma żebrowaną powierzchnią, jest koloru szaro-zielonego, pozbawiony cierni, pokryty białymi, puchatymi punktami. Osiąga około 6 cm wysokości i 12 cm szerokości. Kaktus **San Pedro** i jego krewni to wysokie, kolumnowe kaktusy z żebrami i drobnymi cierniami i o zielonkawym kolorze.



symalna zawartość alkaloidu występują zazwyczaj po **8-10 latach**. W uprawach w warunkach kontrolowanych możliwe jest nieznaczne przyspieszenie dojrzewania roślin.

## MESKALINA

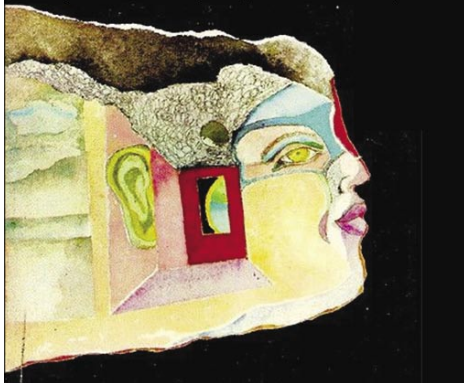
Meskalina jest **naturalną** (a także syntetyczną) **po pochodną fenyletoaminy** o właściwościach psychodelicznych. Oddziałuje głównie na receptory serotoninowe w mózgu, wykazując silne właściwości halucynogenne, które prowadzą do zmian percepcji wzrokowej, introspekcji oraz euforii. Związek został po raz pierwszy **zidentyfikowany i wyizolowany w 1887 roku**, a jego pełną **syntezę chemiczną przeprowadzono w 1919 roku**.

## FORMY PSYCHEDELIKU

Spożycie meskaliny, niezależnie od jej pochodzenia – naturalnego lub syntetycznego – najczęściej odbywa się **drogą pokarmową**. W przypadku naturalnych źródeł, kaktusów, można je żuć lub przygotowywać z nich napary. W postaci syntetycznej meskalina występuje w formie proszku lub kapsułek, co umożliwia precyzyjniejsze dawkowanie. Rzadziej stosowane są inne drogi podania, takie jak inhalacja, palenie czy podanie dożylnie.

Pejotl występuje zazwyczaj w formie tzw. **guzików** (buttons), które są suszone lub spożywane w stanie świeżym. Można też przygotować z nich napar. Ze względu na bardzo gorzki smak, po ususzeniu są mielone i pakowane w kapsułki, co ułatwia ich spożycie. Naturalne formy pozyskiwane z kaktusów zawierają oprócz meskaliny również **inne alkaloidy**, w tym związki z grupy tryptamin,

Zdaniem brytyjskiego pisarza **Aldousa Huxleya** meskalina otwiera drzwi poznania, choć – jak twierdził – *gdyby człowiek zawsze postrzegał rzeczywistość w taki sposób, nie chciałby nigdy nic innego robić*. Opis meskalinowego doświadczenia zawarty w „**Drzwiach percepcji**” stał się inspiracją dla ruchu hippisowskiego (a także nazwy zespołu The Doors).



które mogą wpływać i wzmacniać działanie psychoaktywne.

## DZIAŁANIE

Meskalina działa empato- i enteogennie, zwiększa wrażliwość na bodźce, wywołuje silne zmiany percepcyjne i wyraźne efekty wizualne (szczególnie przy zamkniętych oczach). Wywołane przez nią wizje mogą być zarówno fascynujące, jak i odrażające, makabryczne. Poza tym meskalina prowadzi do poczucia separacji ciała i umysłu, powoduje zmiany percepcji czasu i przestrzeni. Jej działanie trwa zwykle dość długo (10-12 godzin), **stan kulminacyjny** utrzymuje się do około **4 godzin**, a **dawka wywołująca efekty psychodeliczne wynosi około 200-400 mg**. Dla osób pod wpływem meskaliny długość jej działania może być

poważnym problemem – jest męcząca – i odnoszą oni wrażenie, że meskalinowy trip się nigdy nie skończy.

#### SKUTKI UBOCZNE

Zdaniem rdzennych mieszkańców Ameryki Północnej gorzki smak kaktusa odstrasza nawet zwierzęta. Doświadczenia duchowe, które następują po jego spożyciu, poprzedzane są przez **nieprzyjemne reakcje ze strony układu pokarmowego**: w pierwszych godzinach pojawiają się nudności

(interpretowane w kontekście rytuału jako proces oczyszczania). Dolegliwości te są zazwyczaj silniejsze po spożyciu surowego materiału roślinnego niż po przyjęciu oczyszczonej meskaliny. Niekiedy występują także „oczyszczające” biegunki. Nie brzmi to zachęcająco, prawda? Dodatkowym wyzwaniem jest intensywność wizji – bywają one tak silne, że nawet najbardziej doświadczeni „podróżnicy” mogą odczuć lęk, paranoję i dezorientację. ●

## WITKACY I PEJOTL

Stanisław Ignacy Witkiewicz nie stronił od środków psychoaktywnych – zarówno tych powszechnie używanych, jak alkohol czy tytoń, jak i tych bardziej egzotycznych: kokainy, eteru, opioidów, ayahuaski czy peyotlu. Jego zainteresowanie nimi miało nie tylko charakter hedonistyczny, ale i poznawczy – **artysta traktował te eksperymenty jako sposób badania swojego umysłu i rozwijania możliwości twórczych**.

Witkacy stosował zarówno naturalny peyotl, jak i syntetyczną meskalinę (produkowaną przez niemiecką firmę Merck). Twierdził jednak, że kaktus, zawierający, oprócz meskaliny, także inne alkaloidy, zapewnia pełniejsze duchowo przeżycia.

**Często tworzył pod wpływem meskaliny** – powstały wtedy m.in. cykle rysunków i portretów, na których

odnotowywał wpływ substancji na percepcję, formę i emocjonalność dzieła.

Podczas jednego z eksperymentów z tabletkami zawierającymi ekstrakt z peyotlu artysta przeżył intensywny „trip meskalinowy”, który ze szczegółami opisał w eseju „**Narkotyki**”.

Początkowe wizje przy zamkniętych powiekach – efemeryczne i senne – stopniowo przekształcały się w realistyczne, wielobarwne halucynacje. Otaczającą go rzeczywistość uległa deformacjom: twarze nabrały groteskowych kształtów (twarz Prospera Szmurły, pełniącego rolę trip sittersa – „spotworniała”). Obrazy pojawiały się i zniknęły jak w kalejdoskopie, ustępując miejsca kolejnym fantasmagoriom.

Witkacy uważał, że peyotlowe halucynacje są niemal niemożliwe do

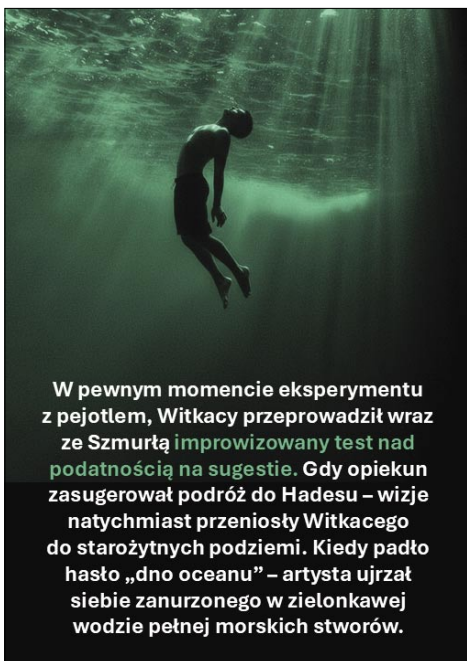
pełnego opisu, że **ich bogactwo i tempo zmian przewyższa możliwości języka**. Mimo to starał się je możliwie wiernie odtworzyć: w jego wizjach pojawiały się surrealistyczne motywy, jak „modliszka połączona z lokomotywą walcząca z wyciorem do lampy”. Przedmioty wokół artysty zdawały się ożywać: dzbanek na wodę wypuszczał macki, a z pęknięć białej emalii wyłaniały się oczy o „groźnym i wciągającym wyrazie”.

Ważnym elementem tych doświadczeń było też zniekształcenie percepcji czasu, które Witkacy określił **„puchnięciem”** – w ciągu kilku minut miał wrażenie przeżycia całych tygodni. Gdy halucynacje słabły, pojawiał się zmęczenie, otępienie i głód.

Co ciekawe, w „Narkotykach” Witkacy rozważał też **terapeutyczny potencjał meskaliny i peyotlu**. Po jednej z sesji z tym środkiem przez półtora roku miał nie sięgnąć po alkohol. Krytycy zarzucali mu, że „wyrzekł się picia” tylko dlatego, że uzależnił się od peyotlu, co artysta stanowczo odrzucał. Pisał, że substancja ta jest „**absolutnie nieszkodliwa przy sporadycznym używaniu**” i że „**powinna być stosowana we wszystkich sanatoriach, gdzie leczy się nałogowców**”. W swoich rozważaniach przywoływał religijne ceremonie rdzennych ludów Meksyku, dla których peyotl był środkiem duchowej odnowy i kontaktu z sacrum, przeciwstawiając temu użycie koki prowadzącej – jak pisał – do „regularnego kokainizmu i degeneracji moralnej oraz fizycznej”. ●

*Nie palcie, nie pijcie, nie zażywajcie kokainy — spróbujcie w razie czego peyotlu. Myćcie się porządnie i gimnastykujcie, golcie się moją metodą, nie puszczać się, bo szkoda czasu, i kupcie sobie zaraz po przeczytaniu tej książki „Allegro” i wymienione specyfiki. Wszystkich zaś wzywam, aby dążyli do zorganizowania ligi mającej na celu prohibicję tytoniowo-alkoholową.*  
*I have spoken — reszta należy do was.*

„Appendix” ze zbioru  
„Narkotyki”



W pewnym momencie eksperymentu z peyotlem, Witkacy przeprowadził wraz ze Szmurłą **improvizowany test nad podatnością na sugestie**. Gdy opiekun zasugerował podróż do Hadesu – wizje natychmiast przeniósł Witkacego do starożytnych podziemi. Kiedy padło hasło „**dno oceanu**” – artysta ujrzał siebie zanurzonego w zielonkawej wodzie pełnej morskich stworów.

## KETAMINA I INNE DYSOCJANTY

O ile większość psychodelików zwiększa naszą wrażliwość na bodźce, co przekłada się na intensyfikację doznań zmysłowych, o tyle **działanie dysocjantów polega głównie na redukowaniu i blokowaniu sygnałów, jakie docierają do mózgu**. Ograniczają one normalny przepływ informacji do świadomości, wywołując m.in. uczucie oddzielenia od ciała i rzeczywistości (dysocjację).

### DYSOCJANTY CZYLI CO?

Lista substancji określanych jako dysocjanty zawiera środki bardzo odległe od siebie pod względem zastosowania, budowy chemicznej i pochodzenia (choć większość z nich jest **antagonistami receptorów NMDA** w ośrodkowym układzie nerwowym). Otwierają ją substancje będące anestetykami (stosowane do znieczuleń) **ketamina i fencyklidyna (PCP)**. Dalej na tej liście mamy przeciwkaszelowy **dekstrometorfan (DXM)** i rozweselający **podtlenek azotu (N<sub>2</sub>O)**. Ze względu na profil oddziaływania do dysocjantów można zaliczyć również **salwinorynę A** (szałwia wieszcza), **muscymol** (halucynogeny składnik muchomor czerwonego), **ibogainę** oraz **eter dietylowy**.

Substancje te łączą wspólne cechy dysocjacyjne, takie jak powodowanie uczucia oderwania od rzeczywistości i snienia na jawie, depersonalizację, analgezję i zmiany w odczuwaniu własnego ciała, lecz różnią się mechanizmami działania, a także potencjałem ryzyka. Dysocjanty mogą wywoływać halucynacje przypo-

minające psychodeliczne doświadczenia – z tą różnicą, że doświadczenia psychodeliczne wywołane przez LSD czy psylocybinę nie polegają na blokowaniu świadomości, lecz na zmianie jej jakości.

### KONSEKWENCJE UŻYWANIA DYSOCJANTÓW

**Pozamedyczne stosowanie dysocjantów** niesie ze sobą poważne zagrożenia zdrowotne i behawioralne. Trudno je ujednolicić, ponieważ dotyczą różniących się pod wieloma względami substancji. Poniżej zamieszczamy krótki przegląd zarówno bezpośrednich skutków, jak i możliwych powikłań wynikających z długotrwałego przyjmowania dysocjantów.

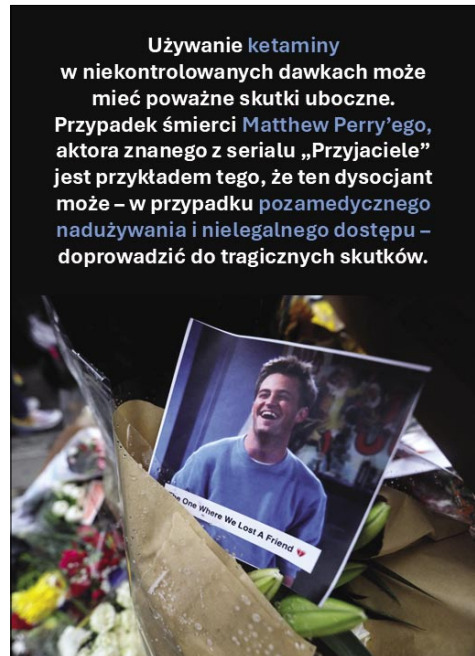


**Ketaminowe zapalenie pęcherza (*ketamine-induced cystitis*)** wywoływane jest przez zawarte w moczu **metabolity ketaminy** działające drażniąco na pęcherz i powodujące obkurczenie jego ścian oraz zmniejszenie jego pojemności. Objawy obejmują: częste parcie na pęcherz i nietrzymanie moczu, ból nad spojeniem łonowym, krwiomocz, a nawet uszkodzenia nerek. **Schorzenie to zostało po raz pierwszy opisane dopiero w 2007 roku.** Od tego czasu jest rozpoznawane na całym świecie.

**Natychmiastowe skutki** używania dysocjantów mogą obejmować zaburzenia koordynacji ruchowej i utratę przytomności. W tym czasie może dojść do zaburzeń rytmu serca, skoków ciśnienia krwi i tętna. Silne zmiany percepcji i nastroju mogą prowadzić do nieprzewidywalnych zachowań i utraty kontroli. Może być to niebezpieczne, bo nawet w zwykłych, codziennych sytuacjach „odłączony” mózg nie rozpozna zagrożeń i nie wdroży rutynowego postępowania (wypadki komunikacyjne, utonięcia, itp.).

Jako że większość z dysocjantów działa hamująco na układ nerwowy (niektóre z nich oddziałują nawet na receptory opioidowe) to przy zbyt dużych dawkach może skutkować to zatrzymaniem oddechu. W przypadku ketaminy, dawka śmiertelna wielokrotnie przekracza dawkę terapeutyczną, więc **trudno o przypadkowe przedawkowanie**. Zwykle problemy zaczynają się wtedy, gdy dysocjanty łączone są z innymi depresantami układu nerwowego (np. z alkoholem). Tak czy inaczej, ryzyko przedawkowania jest poważnym zagrożeniem dla życia i wymaga natychmiastowej pomocy medycznej.

Wśród możliwych **długofalowych problemów** związanych z przyjmowaniem dysocjantów należy wymienić powikłania psychiczne, takie jak nasilenie efektów psychotycznych czy uzależnienia. Poważnym problemem somatycznym w przypadku nadużywania ketaminy są schorzenia pęcherza moczowego prowadzące do trwałych zaburzeń oddawania moczu.



## UZALEŻNIENIE

Uzależnienie oznacza m.in., że ktoś doświadcza silnego przymusu używania danej substancji pomimo świadomości negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. O uzależnieniu od dysocjantów trudno mówić w takich kategoriach, jak ma to miejsce w przypadku opioidów czy alkoholu. Jeśli już wskazywać któryś z dysocjantów jako bardziej uzależniający, to będą to fencyklidyna i ketamina, choć i tak potencjał uzależniający tych substancji jest **dość umiarkowany** i ma **głównie charakter psychiczny**, z łagodnymi objawami fizycznymi (np. poty, bezsenność, drżenia czy tachykardia). Przy długotrwałym i częstym zażywaniu **może rozwijać się tolerancja**, co oznacza potrzebę zwiększania dawki, aby podtrzymać podobny

efekt działania. **Fencyklidyna jest uważana za substancję silniej uzależniającą niż ketamina.** Dostępny w lekach przeciwkaszlowych dekskrometorfan ma słaby potencjał uzależniający, ale jeśli jest przyjmowany w dużych dawkach i regularnie, może być trudny do odstawienia.

## KETAMINA W MEDYCYNIE

Ketamina została odkryta w latach 60., jako krócej działający i bezpieczniejszy anestetyk, zamiennik dla fencyklidyny. Dzięki szybkiemu i skutecznemu działaniu znieczulającemu jest szeroko **stosowana w weterynarii**: wykorzystywana do uspokojenia i znieczulenia ogólnego zwierząt podczas zabiegów chirurgicznych czy diagnostycznych (u zwierząt ketamina powoduje mniej skutków ubocznych niż u ludzi).

**Fencyklidyna (PCP)** zyskała złą sławę głównie ze względu na swoje nieprzewidywalne efekty psychoaktywne. W mediach i w kulturze popularnej była przedstawiana jako bardzo niebezpieczny narkotyk, co potęgowało jej **złą reputację**.

Jeden z najpopularniejszych mitów na jej temat dotyczy tego, że PCP daje **supermoc i nadludzką siłę** (np. osoby pod jej wpływem potrafią rozrywać policyjne kajdanki). W rzeczywistości środek może powodować jedynie poczucie siły jako efekt subiektywny.



W ostatnich latach ketamina (a właściwie jej izomer, esketamina) zyskała też uwagę z powodu zastosowań **w terapii depresji lekoopornej** oraz ostrej depresji, wykazując szybkie działanie antydepresyjne (w ciągu kilku godzin po podaniu) co odróżnia ją od tradycyjnych leków przeciwdepresyjnych. O tym więcej w następnym rozdziale.

## KETAMINA NA ULICY

Ketamina jest też popularną substancją stosowaną w celach rekreacyjnych i zyskała reputację **narkotyku klubowego**. Użytkownicy doświadczają zjawisk takich jak depersonalizacja, derealizacja, halucynacje, rozmycie czasu i przestrzeni oraz uczucie unoszenia się. Działanie ketaminy jest szybkie (efekty pojawiają się w ciągu kilku minut i utrzymują się około godziny), co pozwala na większą kontrolę odurzenia podczas imprez. Ketamina w niskich dawkach wywołuje także lekką euforię, rozluźnienie i redukcję napięcia oraz lęku, co pomaga w integracji społecznej.

## Badania ścieków miejskich w Krakowie

wykazały obecność ketaminy na poziomie około 2 mg na 1000 mieszkańców, co plasuje miasto na 10. miejscu pod względem w Europie. Ketamina jest wykrywana w wodach ściekowych częściej w weekendy, co wskazuje na jej głównie rekreacyjne używanie.

## FORMY WYSTĘPOWANIA I PRZYJMOWANIA

Ketamina zaczyna działać zazwyczaj po 5-10 minutach od przyjęcia i działa przez około 30 minut do godziny. Efekty zejściowe (np. zaburzenia percepcji,

zmęczenie) mogą utrzymywać się do kilku godzin. W celach rekreacyjnych ketaminę przyjmuje się zwykle **donoso-wo** (w postaci proszku do wciągania), rzadziej doustnie (tabletki, kapsułki czasem płyn). Bywa przyjmowana dożylnie, choć ta droga używania nie jest powszechna ze względu na większą inwazyjność i ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych.

W formie rekreacyjnej ketamina występuje głównie jako **biały proszek** (krystaliczny) lub jako płyn (w buteleczkach lub fiolkach, czasem rozcieńczony). Proszek jest najczęściej rozdrabniany i wciągany nosem, co powoduje w miarę szybkie pojawienie się efektów.

#### METOKSETAMINA

**Metoksetamina** (MXE) to syntetyczny dysocjant spokrewniony z ketaminą. Powoduje podobne odrealnienie, euforię i zaburzenia percepcji, ale działa dłużej. Została zaprojektowana jako potencjalnie bezpieczniejszy i bardziej skuteczny antydepresant niż ketamina, ale okazało się, że gromadzi się w mózgu, osiągając wysokie stężenia utrzymujące się wiele godzin, co może zwiększać ryzyko neurotoksyczności. MXE miała nie powodować typowych dla ketaminy, problemów pęcherza moczowego, ale badania u zwierząt wykazały, że przy większych dawkach pojawia się u niej podobna uro- i nefrotoksyczność.

W rekreacyjnym użyciu MXE pojawiła się w 2010 roku też jako „**bezpieczniejszy zamiennik ketaminy**”. Nie objęta żadną kontrolą była przez jakiś czas sprzedawana w sklepach z „dopalaczami” i przez

Internet jako „legal highs”. To spowodowało, że pojawiła się w raportach medycznych, które opisywały przypadki ostrych zatruc, powikłań i zgonów, co szybko doprowadziło do jej kontroli prawnej w wielu krajach. Badania kliniczne nad potencjalnym zastosowaniem terapeutycznym metoksetaminy pozostają bardzo ograniczone. Nadal jest używana rekreacyjnie, choć jej popularność bardzo zmalała po wprowadzeniu kontroli prawnej.

#### DEKSTROMETORFAN

**Dekstrometorfan** (DXM) to składnik wielu leków przeciwkaszlowych. Jego oddziaływanie na receptory NMDA tłumi m.in. odruch kaszlu. W dawkach terapeutycznych DXM jest bezpieczny i nieuzależniający. Jednak w dużych dawkach, dekstrometorfan wykazuje działanie dysocjacyjne, podobne do ketaminy, wywołując uczucie euforii, dezorientację, halucynacje i silne zaburzenia świadomości, w tym efekt depersonalizacji. W najwyższych dawkach można doświadczyć stanu podobnego do K-hole, a w skrajnych przypadkach do depresji oddechowej i śpiączki.

Na forach internetowych użytkownicy DXM dzielą się swoimi doświadczeniami, opisując zarówno fascynujące, jak i trudne aspekty nadużywania tego leku. Przewlekłe używanie dekstrometorfanu **może prowadzić do uzależnienia**. Jego użytkownicy często odczuwają potrzebę zwiększania dawek, jak również doświadczają trudności w odstawieniu substancji. Skarżą się na skutki uboczne, takie jak zaburzenia pamięci, stany lękowe, świąd skóry. Przy odstawieniu pojawiają



się problemy ze snem, potliwość i wzrost ciśnienia krwi.

Leki przeciwkaszlowe zawierające dekstrometorfan są w większości **dostępne bez recepty**, mimo że jego nadużywanie jest niebezpieczne i wiąże się z ryzykiem poważnych problemów zdrowotnych i uzależnienia.

#### SZAŁWIA WIESZCZA

**Salwinoryna A** to kolejna substancja psychodeliczna z grupy dysocjantów. Jest zaliczana do diterpenoidów i jest głównym psychoaktywnym składnikiem rośliny o nazwie **szałwia wieszcza** (*Salvia divinorum*). Salwinoryna A to najsilniejszy znany naturalny halucynogen. Działa przede wszystkim jako agonista receptorów opioidowych

kappa w mózgu. Wywołuje silne efekty dysocjacyjne, halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz zmiany percepcji rzeczywistości.

Typowe dawki salwinoryny A dla osiągnięcia efektów psychoaktywnych są bardzo niskie, zazwyczaj w zakresie 100–500 mikrogramów ( $\mu\text{g}$ ). Dawka około 100–200  $\mu\text{g}$  już wywołuje zauważalne efekty. Najczęstszym sposobem przyjmowania jest inhalacja (palenie lub waporyzacja) wysuszonych liści szalwii wieszczej lub skoncentrowanego ekstraktu. Salwinoryna A działa szybko (efekty pojawiają się w ciągu kilku minut po inhalacji i trwają około 20–40 minut i jest substancją o dość krótkim czasie działania). Salwinoryna A bywa zażywana również przez żucie świeżych liści (wchłania się wtedy przez błony śluzowe jamy ustnej), a także picie soku z liści rośliny.

W przypadku regularnego używania salwinoryny A wytwarza się **tolerancja odwrotna** – zwiększa się wrażliwość organizmu, przez co efekty psychoaktywne przy tej samej dawce stają się mocniejsze. Salwinoryna A jest też kolejną substancją psychodeliczną badaną pod kątem potencjalnych zastosowań terapeutycznych (w neurologii i psychiatrii), choć jej silne działanie psychoaktywne może być problematyczne.

#### PODTLENEK AZOTU

Ta nieskomplikowana cząsteczka (**N<sub>2</sub>O**) znana jako **gaz rozweselający**, została uzyskana ponad dwieście lat temu, ale dopiero w 1844 roku, **podtlenek azotu** został wykorzystany po raz pierwszy do celów

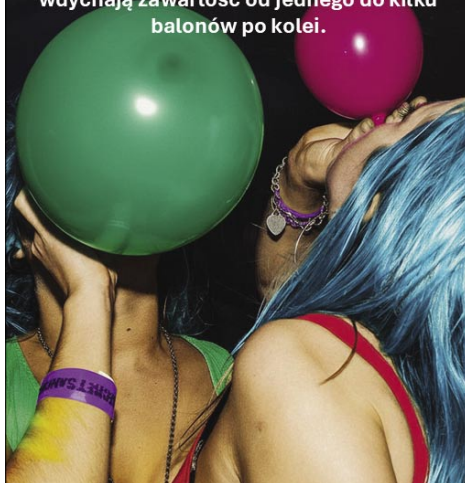
anestezjologicznych i zrewolucjonizował znieczulenie w stomatologii i chirurgii. Przed odkryciem jego właściwości gaz ten był używany głównie dla rozrywki.

Podtlenek azotu, podobnie jak dysocjanty działa poprzez blokowanie lub redukcję sygnałów mózgowych do świadomości. Powoduje to uczucie odrealnienia, depersonalizacji i zaniku bólu (dochodzi do drętwienia ciała, zmniejszenia czucia w kończynach).

**Działa bardzo krótko** – jego efekty psychoaktywne i przeciwbólowe pojawiają się niemal **natychmiast po rozpoczęciu inhalacji i utrzymują się do kilku minut** po zaprzestaniu podawania. Wdychany do płuc szybko dostaje się krwi i do mózgu wywołując nagłe oszołomienie, euforię, zmniejszenie lęku, uczucie odrealnienia, napady śmiechu (czemu zawdzięcza swą nazwę). W wyższych dawkach mogą pojawić się halucynacje: następuje zmiana odczuwania ciała, może wydawać się ono dłuższe, rozciągnięte, zmieniać kształt. W jeszcze wyższych dawkach może dojść do utraty świadomości, w ekstremalnych przypadkach – może nastąpić zgon.

Podtlenek azotu jest **stosowany medycznie** jako środek znieczulający i przeciwbólowy, zwykle podawany w mieszaninie z tlenem (do 70% stężenia). Jest używany w anestezjologii, stomatologii i położnictwie do znieczulenia, łagodzenia bólu, a także do uspokojenia pacjentów podczas różnych procedur medycznych. Jego zaletą jest to, że działa krótko, a po wstrzymaniu inhalacji pacjenci szybko odzyskują świadomość.

Do zażywania **podtlenku azotu** dochodzi często w grupach towarzyskich, na imprezach, festiwalach i w klubach nocnych, ale także na ulicy i w domach (czasami także w szkole). Użytkownicy wdychają zawartość od jednego do kilku balonów po kolei.



Podtlenek azotu jest **używany rekreacyjnie** głównie przez młodzież ze względu na jego dostępność, krótkotrwałe i łagodne działanie. Młodzi ludzie zazwyczaj wdychają środek z balonu wypełnionego gazem. Gaz pochodzi z naboju lub dużych butli z podtlenkiem azotu. Gazu nigdy nie wdycha się bezpośrednio z butli lub naboju, ponieważ jest to niebezpieczne ze względu na jego lodowatą konsystencję. Dlatego zazwyczaj napełnia się balon podtlenkiem azotu, a następnie wdycha gaz z balonu, czasami naprzemiennie z powietrzem, aby zoptymalizować efekt i zmniejszyć zawroty głowy.

Podtlenek azotu może powodować różne **skutki uboczne**, zwłaszcza przy

nadużywaniu. Bezpośrednie skutki to bóle i zawroty głowy, senność, nudności i wymioty, zaburzenia równowagi.

**Długotrwale lub często używany** może prowadzić do uszkodzeń neurologicznych, **niedoboru witaminy B12**, a w konsekwencji problemów neurologicznych i hematologicznych.

Mogą również wystąpić objawy psychiatryczne takie jak psychoza, paraliż i dezorientacja. Przy przedawkowaniu istnieje ryzyko niedotlenienia (asfiksji), utraty przytomności, a nawet zgonu.

Oprócz tego, nieprawidłowe stosowanie może prowadzić do odmrożenia płuc, warg, nosa i strun głosowych, ponieważ gaz jest bardzo zimny podczas wdychania bezpośrednio z butli.

Mimo krótkiego czasu działania, zaleca się unikania prowadzenia pojazdów przez około 24 godziny od odurzenia podtlenkiem azotu – ze względu na długo powracającą sprawność psychomotoryczną.

Kilka krajów wprowadziło ograniczenia obrotu podtlenkiem azotu związanym z umożliwianiem rekreacyjnego używania. W **Holandii** gaz rozwesalający jest od niedawna klasyfikowany jako substancja kontrolowana ustawą opiumową, ale nadal dozwolone jej użycie w celach medycznych i technicznych. **Również Francja, Dania, Litwa i Portugalia wprowadziły regulacje mają ograniczyć rekreacyjne użycie gazu.** W Polsce rekreacyjny użytek podtlenek azotu nie jest zakazany.

## IBOGAINA

**Ibogaina** to psychoaktywny alkaloid wyekstrahowany z kory afrykańskiej rośliny ***Tabernanthe iboga***, rosnącej w środkowej i zachodniej Afryce. Jest substancją o dość skomplikowanym mechanizmie działania: oprócz **efektów psychodelicznych**, wykazuje także **właściwości dysocjacyjne**. Blokuje receptor NMDA (podobnie jak klasyczne dysocjanty), przez co może wpływać na przetwarzanie bodźców i percepcję rzeczywistości. Ibogaina powoduje **stany zwiększonej introspekcji i transformacji psychicznej**, co wyróżnia ją na tle innych psychodelików.

Oprócz dysocjacji, wpływa również na receptory serotoninowe, opioidowe i kappa-opioidowe, co umożliwia unikatowy profil działania.

Wpływ ibogainy na psychikę i zachowanie człowieka jest złożony i przebiega w kilku fazach. **Doświadczenie z ibogainą** rozpoczyna się od **fazy wizyjnej** około 1 do 3 godzin po zażyciu i trwa od 4 do 8 godzin. W tej fazie osoby doświadczają stanu świadomości przypominającego **sen na jawie**, charakteryzującego się wyrazistymi halucynacjami wzrokowymi, wspomnieniami autobiograficznymi, które migają jak filmy lub pokazy slajdów, oraz zmianami percepcji takimi jak halucynacje słuchowe. Czasami towarzyszą temu nudności, wymioty, dezorientacja i nastrój depresyjny. Ta faza może być przytłaczająca dla niektórych użytkowników. Po fazie wizyjnej następuje **faza introspektywna** może trwać od 8 do 20 godzin, często opisywana jako

okres refleksji, przetwarzania emocji i mentalnego oderwania się od nałogowych pragnień. Mogą utrzymywać się takie uczucia jak depresja, drażliwość, bezsenność, a czasami mania. **Faza resztkowa** jest zamykająca i może trwać od 24 do 72 godzin lub nawet dłużej. W tej fazie większość efektów psychodelicznych zanika, ale nadal mogą występować wahania nastroju, zmęczenie lub objawy fizyczne, takie jak nudności. **Noribogaina**, metabolit ibogainy, utrzymuje się w organizmie dłużej i może przyczynić się do poprawy nastroju i zmniejszenia uzależnienia w tym okresie.

Jak widać z powyższego opisu, **całe doświadczenie z ibogainą może trwać do 72 godzin**. Po ustąpieniu efektów osoby często czują się emocjonalnie wyczerpane, ale zachowują jasność umysłu. Zdarza się, że doświadczenie z ibogainą indukuje motywację do zmian (np. porzucenia uzależnienia). Badania wskazują, że ibogaina nie tylko **łagodzi objawy odstawienia**, ale także może wpływać na **długoterminową zmianę wzorców uzależnienia**. Jak na razie stosowana jest jednak głównie eksperymentalnie i w ograniczonych programach leczenia. Jest dostępna tylko w nielicznych krajach: **w Meksyku, Kanadzie, RPA, Brazylii i w Nowej Zelandii**. W Unii Europejskiej jedynie w **Niemczech** i to w trybie „compassionate use” (użycia humanitarnego, mimo braku pełnej rejestracji). Ze względu na toksyczność ibogaina może być stosowana wyłącznie pod ścisłą kontrolą medyczną.



Osobą, która najbardziej przyczyniła się do propagowania leczenia uzależnień przy pomocy ibogainy był **Howard Lotsof**. Sam będąc człowiekiem uzależnionym od heroiny, przypadkowo odkrył **przeciwuzależnieniowe właściwości ibogainy**. Po jej zażyciu doświadczył długiego, intensywnego tripu, po którym okazało się, że już **nie odczuwa objawów odstawienia heroiny** (już nigdy nie wrócił do jej używania). Lotsof resztę życia poświęcił promowaniu ibogainy jako metody leczenia uzależnień, szczególnie od opioidów i kokainy.

Mimo możliwego potencjału terapeutycznego w leczeniu uzależnień, ibogaina niesie wiele zagrożeń zdrowotnych, które wymagają odpowiednich środków ostrożności podczas jej stosowania. Badania nad **długotrwałymi skutkami** są jednak mocno ograniczone, zidentyfikowano ryzyko neurotoksyczności, arytmii serca, uszkodzeń neuronów, a także ataksji (zaburzeń koordynacji ruchowej). Jej silne działanie psychoaktywne może powodować powikłania psychologiczne. **Rekreacyjne użycie ibogainy** jest możliwe, ale ibogaina nie jest typową używką rekreacyjną ze względu na skutki uboczne i długi czas działania oraz intensywność przeżyć. ●

## ESKETAMINA W TERAPII DEPRESJI

### Esketamina to enancjomer ketaminy

– substancji znanej od lat 60. jako bezpieczniejszy zamiennik fencyklidyny stosowany w znieczuleniu. Enancjomery są cząsteczkami, które zachowują się jak obrazy lustrzane – mają taką samą strukturę chemiczną, ale różnią się orientacją przestrzenną atomów. Ketamina posiada dwa enancjomery: **S-ketaminę** (esketaminę) i **R-ketaminę** (arketaminę). Już w latach 70. obserwowano jej korzystny wpływ na nastrój, ale dopiero w XXI wieku rozpoczęto badania kliniczne nad działaniem przeciwdepresyjnym. W 2019 roku esketamina w aerozolu donosowym została zarejestrowana w leczeniu depresji lekoopornej, a kilka lat później wprowadzono ją także w Polsce, również w ramach programu lekowego finansowanego przez NFZ.

### JAK DZIAŁA ESKETAMINA?

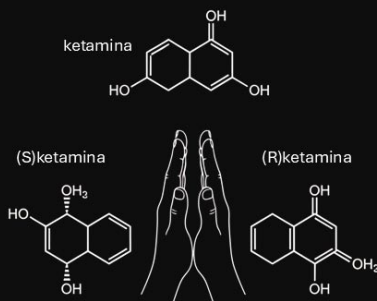
W odróżnieniu od klasycznych leków przeciwdepresyjnych, które zwiększają dostępność serotoniny czy noradrenaliny, esketamina blokuje receptory NMDA. Receptory te działają jak „bramki” regulujące przepływ informacji między neuronami. Ich krótkotrwała blokada prowadzi do uruchomienia procesów naprawczych: **zwiększenia plastyczności i odbudowy połączeń nerwowych**. To właśnie ta szybka reorganizacja odpowiada za poprawę nastroju, często już w ciągu godzin od podania. Jednocześnie część pacjentów doświadcza typowych dla dysocjantów zmian percepcji, które są przejściowe i mijają podczas obserwacji po zabiegu.

### CZY ESKETAMINA LECZY DEPRESJĘ?

**Celem terapii jest złagodzenie przebiegu ciężkiej, lekoopornej depresji i umożliwienie uzyskania remisji** (ustąpienia lub osłabienia jej objawów). U części pacjentów dochodzi do utrzymującej się poprawy, ale leczenie zwykle nie „usuwa” predyspozycji do depresji. Terapia bywa rozpoczynana po okresie oczekiwania, który zależy od regionu – od kilku tygodni do kilku miesięcy.

### JAK DŁUGO TRWA LECZENIE?

Standardowy schemat obejmuje etapy leczenia. **Fazę indukcji:** Dwie wizyty tygodniowo przez 4 tygodnie. Ustalenie dawki. **Fazę podtrzymującą:** Wizyty co 1–2



**Ketamina stosowana rekreacyjnie i anestezjologicznie to mieszanina dwóch izomerów. Esketamina jest jednym z nich, bardziej selektywnym i silniej działającym na receptor NMDA. Arketamina działa słabiej i jest na etapie badań. W leczeniu depresji stosuje się wyłącznie esketaminę, ponieważ jako jedyna przeszła pełne badania bezpieczeństwa i skuteczności w tej grupie wskazań.**

tygodnie przez kolejne miesiące, zależnie od uzyskanej odpowiedzi. Po uzyskaniu stabilnej poprawy terapię można zakończyć. Powroty do leczenia są możliwe w razie nawrotu choroby.

#### JAKIE DAWKI SIĘ STOSUJE?

W leczeniu stosowane są umiarkowane, precyzyjnie wyliczone dawki, znacznie niższe niż w anestezjologii i odmienne od dawek używanych rekreacyjnie. Mają one wywołać **efekt neurobiologiczny**, a nie sedację czy odurzenie. Zbyt wysokie dawki zwiększają ryzyko działań ubocznych, a wcale nie poprawiają skuteczności.

#### SKUTKI UBOCZNE

Najczęściej pojawiają się: zawroty głowy, nudności, krótkotrwałe zmiany percepcji, wzrost ciśnienia tętniczego, uczucie odrealnienia czy zaburzenia równowagi. Ustępują one zwykle po 30–90 minutach. **Pacjent pozostaje pod obserwacją medyczną przez minimum 2 godziny** i tego dnia nie prowadzi pojazdów.

#### RYZYKO UZALEŻNIENIA

Esketamina stosowana w warunkach klinicznych **ma niewielki potencjał uzależniający**. Ryzyko wzrasta u osób z czynnym uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji – w takich przypadkach konieczna jest wcześniejsza stabilizacja. W odróżnieniu od ketaminy używanej rekreacyjnie, terapia esketaminą odbywa się wyłącznie w kontrolowanych dawkach i nie jest samodzielnie kontynuowana w domu.

#### WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA

Wskazaniem do leczenia esketaminą jest depresja lekooporna; w części krajów

również ostra depresja wymagająca szybkiej interwencji. Przeciwwskazania to niekontrolowane choroby sercowo-naczyniowe, tętniaki, ciąża i laktacja, stany psychiatryczne (w tym schizofrenia), niestabilna choroba afektywna dwubiegunowa, ostre uzależnienia. W ChAD możliwe jest rozważenie terapii wyłącznie u pacjentów dobrze ustabilizowanych lekami normotymicznymi.

#### CZY ESKETAMINA POMAGA W INNYCH ZABURZENIACH?

Trwają badania nad zastosowaniem w leczeniu zespołu stresu pourazowego (PTSD), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), przewlekłym bólu, a także w terapii uzależnień – jednak nie są to wskazania kliniczne. W schizofrenii terapia jest przeciwwskazana ze względu na ryzyko zaostrzenia objawów.

#### JAK WYGLĄDA WIZYTA W TRAKCIE LECZENIA?

Składa się na nią kilka elementów. Zaczynamy od rozmowy, oceny samopoczucia i pomiaru parametrów. Następnie **pacjent samodzielnie aplikuje aerozol** zgodnie z instrukcją, po czym odpoczywa w stale monitorowanym, bezpiecznym i spokojnym pomieszczeniu. Kończymy omówieniem doświadczenia i dalszego planu terapii. Wizyta trwa zwykle 2–3 godziny. Pacjent wraca do domu z osobą towarzyszącą.

#### KOSZTY LECZENIA

W programie finansowanym przez NFZ terapia jest dla pacjenta za darmo, w całości finansowana przez fundusz. W sektorze prywatnym jedno podanie to koszt 1500–3000 zł. ●

Z tej serii ukazały się do  
tej pory następujące  
publikacje:

**ZAGROŻENIA  
ZWIĄZANE  
Z UŻYCIEM  
NARKOTYKÓW  
I NOWYCH  
SUBSTANCJI  
PSYCHOAKTYWNYCH**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

**ZAGROŻENIA  
ZWIĄZANE  
Z UŻYCIEM  
MARIHUANY  
I SYNTETYCZNYCH  
KANNABINOIDÓW**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

**REDUKCJA SZKÓD  
ZWIĄZANYCH  
Z UŻYCIEM  
SUBSTANCJI  
PSYCHOAKTYWNYCH**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

**ZAGROŻENIA  
ZWIĄZANE  
Z UŻYCIEM  
HEROINY  
I INNYCH OPIOIDÓW  
ORAZ STRATEGIE  
POMOCY  
UZALEŻNIONYM**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

**ZAGROŻENIA  
ZWIĄZANE  
Z UŻYCIEM  
STYMULANTÓW**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

**ZAGROŻENIA  
ZWIĄZANE  
Z UŻYCIEM  
BENZODIAZEPIN**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

Wszystkie publikacje są dostępne w wersji elektronicznej  
na [www.monar.krakow.pl/pub](http://www.monar.krakow.pl/pub)

## REDUKCJA SZKÓD – KIEDY KETAMINA CIĘ WYŁĄCZY

K-hole to slangowe określenie stanu głębokiej dysocjacji od ciała, który występuje po zażyciu dużej dawki ketaminy. W tym stanie osoba **traci kontakt z otoczeniem**, kontrolę funkcji motorycznych oraz świadomość rzeczywistości. Objawy te współwystępują z intensywnymi przeżyciami, halucynacjami i zaburzeniem percepcji czasu. Doświadczenie to opisywane jest często jako „upadek w głąb siebie”, zwykle trwa od kilku do kilkudziesięciu minut. Jest to **stan potencjalnie zagrażający życiu**, wymagający natychmiastowej reakcji. Co należy wtedy zrobić?

### PIERWSZA POMOC

W pierwszej kolejności sprawdzamy, czy osoba oddycha i czy ma wyczuwalne tętno. Jeśli nie – niezwłocznie rozpoczynamy **resuscytację krążeniowo-oddechową** oraz wzywamy pogotowie. Ketamina może tłumić ośrodek oddechowy – w takim przypadku szybka reakcja ratuje życie. Jeśli osoba jest nieprzytomna, ale oddycha – układamy ją **w pozycji bezpiecznej**. Zapobiegnie to zadławieniu się wymiocinami.

### ZAPEWNIENIE BEZPIECZNEGO OTOCZENIA

Osoba doświadczająca K-hole może być chaotyczna, mieć zaburzoną koordynację i percepcję. Usunięcie z otoczenia niebezpiecznych przedmiotów, ograniczenie bodźców (światło, dźwięki) i przyjazne otoczenie pomogą ograniczyć panikę i dezorientację, ponieważ **ketamina może nasilać reakcje lękowe**

na stymulację bodźcami zewnętrznymi. Osoba doświadczająca przedawkowania pod żadnym pozorem nie powinna zostać sama.

### ZAOPIEKOWANIE

Zażycie ketaminy może skutkować lękiem, dezorientacją i halucynacjami. Obecność spokojnej i empatycznej osoby będzie działać na jej użytkownika stabilizująco. Próby gwałtownego „otrzeźwienia” mogą jedynie pogorszyć jej stan.

**W każdym przypadku należy rozważyć wezwanie pomocy medycznej**, gdyż powikłania po przyjęciu ketaminy, takie jak zaburzenia rytmu serca, mogą pojawić się z opóźnieniem i wymagać monitorowania w warunkach szpitalnych.

Na ketaminę **nie istnieje swoiste antidotum**, więc ewentualne leczenie farmakologiczne przy przedawkowaniu ogranicza się do tłumienia objawów. W przypadku silnego pobudzenia lub napadów drgawkowych lekarz może podać benzodiazepiny, a w przypadku halucynacji – leki przeciwpsychotyczne (z zachowaniem szczególnej ostrożności ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia skutków ubocznych).

Osoba, która przedawkowała ketaminę może dłużej odczuwać lęk, depersonalizację lub rozwinąć objawy zespołu stresu pourazowego, dlatego istotnym jest zapewnienie jej dalszej **opieki psychologicznej**. ●

## MUCHOMOR CZERWONY

Z jego nazwy wynikałoby, że zabija muchy. Nic podobnego. Był, co prawda w przeszłości, używany jako naturalna trutka na owady (pokrojony kapelusz grzyba namaczano w mleku), ale muchy – po spożyciu takiej mikstury – **tylko przez pewien czas leżały odurzone, po czym odlatywały**.

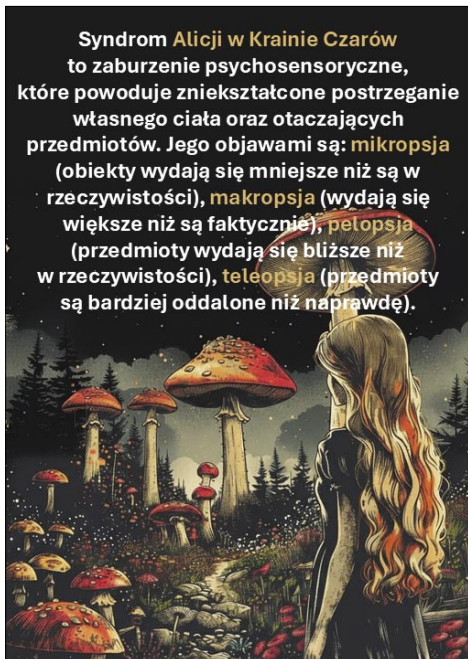
### ALKALOIDY ZAWARTE W GRZYBIE

Kluczowe toksyny zawarte w muchomorze czerwonym to muscymol i jego prekursor **kwas ibotenowy**, a także muskazon (muskaryna). Kwas ibotenowy jest substancją psychoaktywną, ale jego efekty są mniej pożądane niż działanie muscymolu. Kwas iboteinowy daje

mniej przyjemne efekty psychiczne (lęk, psychozy) oraz somatyczne (wymioty). Podczas suszenia, a potem jeszcze w organizmie rozpada się do **muscymolu**, którego działanie psychiczne jest – zdaniem użytkowników – znacznie przyjemniejsze. Ostatni z alkaloidów, **muskaryna**, występuje w śladowych ilościach, nie ma znaczenia psychoaktywnego, lecz jest bardziej odpowiedzialna za objawy fizjologiczne.

### PRZYJMOWANIE

Przygotowanie muchomora do spożycia wymaga suszenia, które **zmniejsza jego toksyczność**. Również później, podczas przechowywania, postępuje proces dalszej dekarboksylacji, która przekształca toksyczny kwas ibotenowy w mniej trujący muscymol. Toksyczność grzyba można zredukować również innymi metodami, np. gotowaniem go i odlaniem wody. Przyjmowanie grzyba poprzez palenie jest bardziej niebezpieczne i zdecydowanie odradzane. Palenie może powodować częściowe rozkłady związków, natomiast tworzy toksyczne produkty uboczne. Najbardziej psychoaktywne części muchomora czerwonego to kapelusz (szczególnie czerwona skórka) i blaszki pod spodem. To właśnie tam znajduje się **najwyższe stężenie związków psychoaktywnych**. Dawka efektywna do wywołania odurzenia nie jest duża – wystarczy jeden kapelusz grzyba, ale ze względu na niestabilność alkaloidów i tak istnieje ryzyko poważniejszego zatrucia.



**Syndrom Alicji w Krainie Czarów** to zaburzenie psychosensoryczne, które powoduje zniekształcone postrzeganie własnego ciała oraz otaczających przedmiotów. Jego objawami są: **mikropsja** (obiekty wydają się mniejsze niż są w rzeczywistości), **makropsja** (wydają się większe niż są faktycznie), **petopsja** (przedmioty wydają się bliższe niż w rzeczywistości), **teleopsja** (przedmioty są bardziej oddalone niż naprawdę).

## DZIAŁANIE

Opinie na forach internetowych opisują bardzo zróżnicowane doświadczenia, od silnych negatywnych skutków, takich jak zmęczenie, nudności i lęk, do entuzjastycznych relacji minimalizujących zagrożenia. Związki zawarte w muchomorze czerwonym oddziałują na **receptory neuroprzekazników GABA i glutaminianu**, co prowadzi do silnych efektów psychoaktywnych. Odurzenie zaczyna się zwykle po około 30 minutach do 2 godzin od spożycia. Pojawia się osłabienie, zmęczenie, zawroty głowy, dezorientacja, zaburzenia widzenia i równowagi, nudności i wymioty, drętwienie kończyn. Towarzyszy temu wzrost temperatury ciała, zaczerwienienie skóry oraz rozszerzenie źrenic. Po pewnym czasie zmęczenie ustępuje miejsca pobudzeniu, poprawia się nastrój, pojawia się euforia i dobry humor. Zaczynają być odczuwane halucynacje wzrokowe i słuchowe, zaburzenia percepcji czasu i przestrzeni, pojawia się uczucie nieważkości. Mogą się także pojawić zaburzenia charakterystyczne dla **zespołu Alicji w Krainie Czarów**, obejmujące różnorodne zaburzenia percepcji sensorycznej. Pozytywne stany psychiczne mogą przeplatać się z gorszym samopoczuciem, odurzenie może być **niejednorodnie emocjonalnie**. Jego czas wynosi zwykle kilka godzin, ale na całkowite ustąpienie objawów trzeba poczekać nawet do 24 godzin.

## NIEBEZPIECZEŃSTWA

Podczas odurzenia muchomorem czerwonym występują **objawy neurologiczne**: zawroty głowy, zaburzenia równowagi, splątanie, senność lub

**Używanie muchomora czerwonego jako środka halucynogennego stanowi spore wyzwanie dla ochrony zdrowia.**

**W ostatnich latach odnotowano wzrost liczby przypadków zatrucia tym grzybem, szczególnie wśród osób eksperymentujących z jego psychoaktywnym działaniem. Wiele zatruc było na tyle poważnych, że wymagały hospitalizacji. Objawami zatrucia są nie tylko stany pobudzenia, halucynacje i dezorientacja, ale czasem ciężkie uszkodzenia organów.**



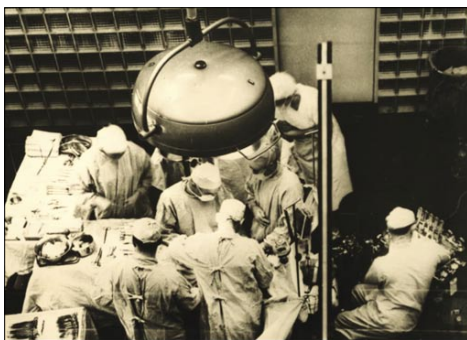
niekontrolowane pobudzenie, a w ciężkich przypadkach drgawki lub utrata przytomności. Jak już wspominaliśmy, psychoaktywne alkaloidy zawarte w grzybie są termicznie niestabilne – **spożywanie surowego grzyba zwiększa ryzyko silniejszego zatrucia**. Muchomor czerwony nie zawiera amatoksyn (jak muchomor sromotnikowy), więc zatrucia nim rzadko prowadzą do śmierci, ale nadal stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia. Kwas iboteinowy, podstawowy składnik grzyba, jest neurotoksyczny i w większych dawkach może powodować uszkodzenia mózgu. Dlatego też długotrwałe przyjmowanie lub jednokrotne silne zatrucie może prowadzić do uszkodzeń nerwów obwodowych (neuropatii) oraz nieodwracalnych uszkodzeń mózgu. ●

## PRZEDWOJENNY DOPALACZ

Przez około 100 lat (od połowy XIX wieku do późnych lat 50. XX wieku) **eter dietylowy** był substancją, bez której trudno byłoby sobie wyobrazić życie. W medycynie był powszechnie wykorzystywany do narkozy i usypiania przed operacjami, w przemyśle – jako rozpuszczalnik. Dodatkowo stał się popularnym narkotykiem rekreacyjnym. Zapomniany termin „eteromania” opisywał coś, co miało miejsce w pierwszej połowie XX wieku, na ziemiach polskich, zwłaszcza na Górnym Śląsku, a **co nazwalibyśmy dzisiaj epidemią eterową**.

### ETER I RYZYKO UŻYWANIA

Eter dietylowy to bezbarwna, lotna



Pomimo swoich wad (łatwopalność, powodowanie nudności) **eter dietylowy** pozostaje ważną ikoną historii medycyny. To on zapoczątkował erę nowoczesnej anestezjologii i umożliwił wykonywanie operacji bez bólu i pełnej świadomości u pacjentów. Jego stosowanie trwało ponad sto lat, zanim został stopniowo zastąpiony przez bezpieczniejsze i skuteczniejsze środki znieczulające.

i łatwopalna ciecz. Z powietrzem atmosferycznym tworzy mieszaninę wybuchową, której zapłon może nastąpić nie tylko od płomienia, lecz nawet w wyniku kontaktu z gorącą powierzchnią.

Z powodu oddziaływania na układ nerwowy, **eter dietylowy jest klasyfikowany jako dysocjant** – środek powodujący odrętwienie i ograniczający zdolności odbierania bodźców (w tym bólowych), a także mogący wywołać halucynacje. Jego działanie zaczyna się od stymulacji ośrodkowego układu nerwowego z objawami takimi, jak niezborność ruchowa i pobudzenie psychiczne, a następnie przechodzi w głęboką narkozę i sen. W większych dawkach prowadzi do zatrzymania oddechu i śmierci. Ryzyko zdrowotne przyjmowania eteru dietylowego obejmuje zarówno ostrą toksyczność (możliwe są uszkodzenia mięśnia sercowego, wątroby i nerek), jak i długotrwałe konsekwencje (uszkodzenia neurologiczne, zaburzenia pamięci, rozwinięcie się uzależnienia). Kontakt eteru z skórą wywołuje podrażnienia, może też spowodować reakcje alergiczne. Dodatkowo – jak zostało to już wspomniane – eter jest substancją łatwopalną i stanowi ryzyko pożarowe.

### AKOHOL DLA UBOGICH

Eter był popularny w Polsce w pierwszej połowie XX wieku jako **tani i łatwo dostępny środek odurzający**. Używały go różne grupy społeczne, ale w szcze-

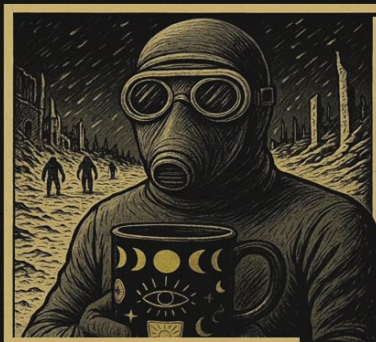
gólności jego używanie było rozpowszechnione wśród najuboższych. Ponoć duży wpływ miały na to rosnące w międzywojniu ceny alkoholu.

Pozamedycznie eter przyjmowano na różne sposoby. Przede wszystkim wdychano jego opary, co dawało szybkie działanie odurzające. Ułatwiający się opary eteru są cięższe od powietrza tak, że „pełzają”, unosząc się z otwartej butelki – co ułatwiało ich wdychanie. Wypicie eteru w stanie czystym było bardzo niebezpieczne, gdyż uwalniający się z eteru w żołądku opary mogły doprowadzić do rozerwania jego ścianek. Aby tego uniknąć eter był rozcieńczany, np. gotowaną wodą z dodatkiem cukru, cynamonu, miodu, a nawet goździków, co tworzyło mniej intensywną, ale wciąż odurzającą miksturę. Powszechne wśród górników było picie eteru z kawą lub sokiem malinowym. A byli i tacy, którzy odurzali się eterem wlewając jego niewielkiej ilości do uszu.

*„Czym szklaneczka wina dla Francuza i Włocha, a kufel piwa dla Niemca, tym szklaneczka eteru dla Ślązaka”* – tak trywializowano w tym czasie pozamedyczne używanie eteru. **Eteromania** największe rozmiary przybierała wśród klasy robotniczej przemysłowego Śląska i Łodzi.

#### REGULACJE

Jeszcze przed II Wojną Światową **zabroniono swobodnej sprzedaży eteru etylowego**, a kontrolę nad jego wytwarzaniem i obrotem przejęło państwo. Nie bez powodu – jak podawały staty-



**W międzywojennej Polsce przeciwdziałanie eteromanii było jednym z ważnych wyzwań zdrowotnych i społecznych. W 1923 roku zakazano w sprzedaży eteru do celów spożywczych. Kilka lat później został on oficjalnie zakwalifikowany jako narkotyk, a jego produkcję, handel i posiadanie objęto specjalnymi regulacjami, jak również sankcjami karnymi.**

styki, w niektórych rejonach Polski aż 80 proc. uczniów szkół narkotyzowało się eterem. Nauczyciele bili na alarm, że używanie go przez młodzież eteru prowadzi do ośpienia i degradacji umysłowej.

W myśl obecnych przepisów eter etylowy jest substancją zaliczaną do prekursorów narkotykowych, co oznacza, że obrót nim podlega ograniczeniom i jest regulowany odpowiednimi przepisami. I choć dzisiejsze statystyki milczą na ten temat, rekreacyjne używanie eteru niekoniecznie odeszło do lamusa. Wystarczy zajrzeć na niektóre fora internetowe, by stwierdzić, że „eteronaucci” nadal mają się dobrze. ●

## DELIRIANTY. NA GRANICY OBŁĘDU

**Delirianty** należą do klasy halucynogenów i stanowią podgrupę dysocjantów. Nazwa pojawiła się na początku lat 80. XX wieku, żeby odróżnić je od psychodelików, takich jak LSD czy dysocjantów, jak ketamina. Główna różnica polega na tym, że **delirianty wywołują skrajną dezorientację, splątanie i niepamięć**, podczas gdy w zmianach świadomości spowodowanych przez psychodeliki i dysocjanty jest lepiej zachowana jest zdolność rozróżniania halucynacji od rzeczywistości, a osoba – mimo pewnych ograniczeń – ma wpływ na przebieg doświadczenia.

### JAKIE SUBSTANCJE?

Do deliriantów zaliczane są zarówno natu-

ralne roślinne alkaloidy, jak i syntetyczne leki. Te naturalne, to przede wszystkim **alkaloidy tropanowe** (m.in. atropina, skopolamina i hioscyamina). Można je znaleźć w roślinach z rodziny psiankowatych: w **bieluniu dziedzierzawie, lulku czarnym, pokrzyku wilczej jagodzie czy mandragorze**. Deliriantami są także niektóre syntetyczne leki przeciwhistaminowe (łagodzące objawy określonych alergii), takie które wykazują działanie antycholinergiczne (rozkurczające mięśnie gładkie). Należy do nich m.in. **dimenhidrynat**, stosowany przede wszystkim na chorobę lokomocyjną, nudności i wymioty – znany pod nazwą Aviomarin. Deliriantem jest też **benzydamina**, lek o działaniu przeciwpalnym i przeciwozrętkowym, miejscowo znieczulającym i antyseptycznym, który również bywa nadużywany rekreacyjnie.

### DZIAŁANIE

Delirianty **blokuja aktywność receptorów muskarynowych acetylocholinę**: łączą się z nimi i zapobiegają ich aktywacji przez acetylocholinę. To z kolei wywołuje silne **zaburzenia funkcji mózgu i układu nerwowego** – prowadzi do majaczenia, halucynacji i dezorientacji, powoduje problemy funkcji poznawczych (myślenia i pamięci), a także wpływa negatywnie na koordynację ruchową. Blokowanie dostępu acetylocholinę do receptorów wywołuje także **szereg objawów fizjologicznych**: m.in. przyspieszenie pracy serca, suchość w ustach, rozszerzenie źrenic i zaburzenia wydzielania gruczołów. Osoba pod wpływem deliriantów może nie mieć kontroli nad swoim zachowaniem, może być nieprzewi-

Alkaloidy tropanowe mogą stanowić zanieczyszczenie żywności i dostawać się do niej przypadkowo: podczas zbiorów lub przetwarzania. Za zanieczyszczenie odpowiedzialne są głównie bielun, lulak oraz pokrzyk wilcza jagoda, które rosną jako chwasty w uprawach roślin spożywczych.



Bielun dziedzierzawa to jednoroczna roślina z rodziny psiankowatych. Występuje na terenach ruderalnych (przydrożach, nieużytkach i śmietnikach).

dywalna i mieć problemy z wykonywaniem nawet prostych czynności. W przypadku większości deliriantów blokada receptorów muskarynowych acetylocholino jest długotrwała (trwa wiele godzin), co poważnie zaburza normalne mechanizmy sygnalizacji komórkowej. Czasem te zmiany mogą być nieodwracalne. Pomimo długiej historii stosowania, delirianty **stanowią najmniej zbadaną klasę halucynogenów** pod względem ich wpływu na układ nerwowy ludzi i ich zachowania.

### ALKALOIDY TROPANOWE

Alkaloidy tropanowe **o działaniu delirycznym** (atropina, skopolamina i hioscyamina) występują w roślinach z rodziny psiankowatych: w **pokrzyku wilczej jagodzie** (*Atropa belladonna*), w **lulku czarnym** (*Hyoscyamus niger*), w **bieluniu dziedzierzawie** (*Datura stramonium*) i jeszcze w kilkunastu innych. Pełnią funkcję naturalnej obrony roślin przed szkodnikami. Ich działanie psychoaktywne jest wyjątkowe: halucynacje i wizje są, w zdecydowanej większości, relacjonowane jako mroczne, przerażające, a **przebieg odurzenia balansuje na granicy obłądki**. Intoksykacji alkaloidami tropanowymi towarzyszy głęboka amnezja; osoby mają w pamięci jedynie przebieg tego, co się z nimi działo.

Jednak alkaloidy tropanowe pełnią niezwykle **pożyteczną rolę w medycynie**. Stosuje się je przede wszystkim jako leki rozkurczowe w leczeniu stanów spastycznych mięśni gładkich przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i moczowych oraz w leczeniu kolek. W okulistyce wykorzystuje się je do rozszerzania źrenic podczas badań i leczenia stanów zapalnych oka.

Są ponadto stosowane w reanimacji do przyspieszenia rytmu serca, premedykacji przed znieczuleniem ogólnym oraz jako antidota w zatruciach.

Oprócz potencjalnie niebezpiecznych **skutków psychicznych i behawioralnych** (wypadki podczas odurzenia), niektóre alkaloidy tropanowe są wyjątkowo toksyczne i **mogą powodować śmierć** (nawet w umiarkowanych dawkach) przyczyniając się do niewydolności serca. Wykazano, że środki te zwiększają także ryzyko **rozwoju demencji** przy długotrwałym stosowaniu.

Ze względu na bardzo silne działanie na ośrodkowy układ nerwowy i zdolność wywoływania ciężkich zaburzeń świadomości, majaczeń, halucynacji oraz zatrucia

**Mirystycyna jest jedną z substancji psychoaktywnych zawartych w gatce muszkatowej, odpowiedzialną za działanie halucynogenne, modyfikujące świadomość, a także uspokajające. W większych dawkach może powodować delirium, czyli zaburzenia świadomości i dezorientację, które są charakterystyczne dla działania deliriantów. Jej toksyczność powoduje, że spożywanie w dawkach wyższych niż „kulinarne” jest ryzykowne.**



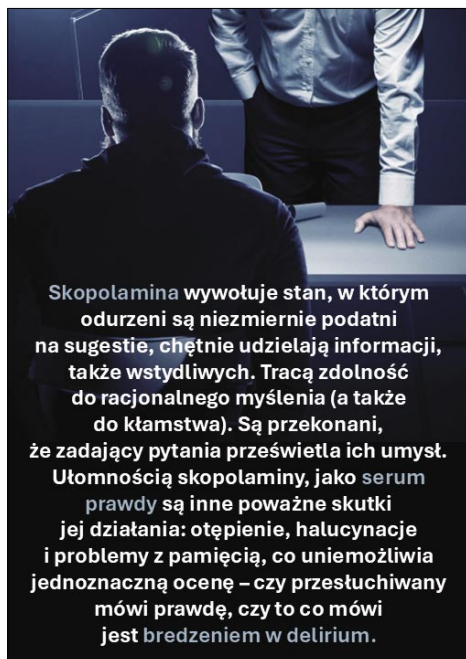
delirycznego, za najsilniejszy i **najbardziej toksyczny** alkaloid tropanowy uważana jest **skopolamina**. Atropina i hioscyamina również są toksyczne, ale wywoływane przez nie zaburzenia psychiczne nie są aż tak intensywne. Najbardziej znanym naturalnym alkaloidem tropanowym jest kokaina, ale nie jest ona deliriantem i nie wywołuje charakterystycznego dla nich majaczenia. Wręcz przeciwnie.

#### UŻYWANIE REKREACYJNE ALKALOIDÓW TROPANOWYCH

Pomimo legalnego statusu prawnego większości roślin zawierających alkaloidy o działaniu delirycznym, a także dostępu do leków mających je w składzie, są one **mało popularne jako narkotyki rekreacyjne**. Powodem są nieprzyjemne efekty odurzenia i jego przebieg: dysforia, silne halucynacje powodujące niemożność oddzielenia ich od rzeczywistości, utrata kontroli, amnezja i nieprzyjemne objawy fizyczne. Odurzeni deliriantami bardzo często **wymagają pomocy medycznej**. Uważa się, że alkaloidy tropanowe są odpowiedzialne za znaczną liczbę ostrych zatruc zakończonych hospitalizacją. Internetowe raporty użytkowników dotyczące rekreacyjnego używania deliriantów wskazują raczej na niechęć do powtarzania tego doświadczenia. Tylko nieliczni amatorzy deliriantów mają ochotę na powtórkę.

#### BENZYDAMINA

Na co dzień, **benzydamina** jest składnikiem preparatów przeciwbólowych jamy ustnej, a także przeciwzapalnych środków stosowanych m.in. do odkażania okolic intymnych. Czasem bywa jednak stosowana w celach pozamedycznych. Jej psychoak-



tywne działanie objawia się w dawkach znacznie przekraczających terapeutyczne. Benzydamina wywołuje typowe dla deliriantów pobudzenie psychoruchowe, euforię i halucynacje (omamy wzrokowe i słuchowe). Halucynacje mogą być bardzo realistyczne i przerażające, a ryzyko utraty kontroli nad zachowaniami – duże. Działanie benzydminy związane z jest uwolnieniem dopaminy i serotoniny: uważa się, że kluczowa jest tu aktywacja receptorów serotoninowych 5-HT<sub>2A</sub> oraz zwiększona aktywność dopaminergiczna w układzie limbicznym. Poza halucynacjami, pojawia się niepokój, suchość w ustach, zaburzenia koordynacji. **Działanie psychoaktywne może utrzymywać się do 12 godzin**. Po ustąpieniu efektów następuje złe samopoczucie i długotrwała bezsenność. ●

## HALUCYNOGENY W KULTURACH PIERWOTNYCH

Halucynogeny zajmują wyjątkowe miejsce wśród środków psychoaktywnych. Przez tysiąclecia ich użycie ściśle wiązało się z wierzeniami oraz rytuałami religijnymi. Nie zażywano ich by szybciej chodzić po górach czy wydajniej pracować w kopalniach. Zawsze przynależały do sfery sacrum. Dobrze byłoby, gdyby tam pozostały.

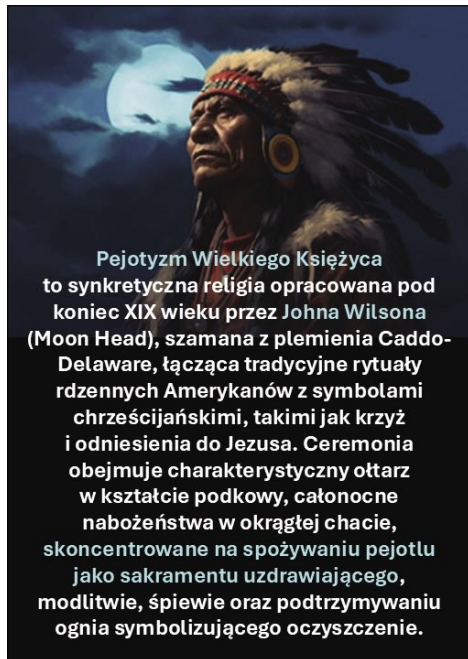
Rośliny i grzyby o właściwościach halucynogennych od wieków odgrywały istotną rolę w kulturach pierwotnych. Wykorzystywano je w rytuałach i obrzędach religijnych jako środki umożliwiające osiągnięcie wizji, ekstazy oraz doświadczeń mistycznych. Pod ich wpływem nawiązywano kontakt ze światem duchów i przodków, poszukiwano odpowiedzi na pytania o przyszłość, a także podejmowano działania lecznicze i uzdrawiające psychikę. Obecność tych substancji w tradycji wspólnot sprzyjała ich jedności, wzmacniała więzi społeczne i utrwałała tożsamość kulturową.

### PEJOTYZM

Pejotl miał od zawsze głębokie znaczenie w praktykach religijnych rdzennych mieszkańców Ameryki Północnej. Aztekowie używali go w rytuałach szamańskich. Plemiona z terenu obecnego Meksyku i te zamieszkujące Wielkie Równiny (Nawaho, Apacze, Komancze) praktykowały rytuały z użyciem świętego kaktusa, używały go w rytuałach mających na celu leczenie dolegliwości fizycznych i duchowych. Pejotl był dla

nich bramą do komunikacji z bóstwami. Ceremonie obejmowały śpiew, taniec i modlitwę pod przewodnictwem szamanów. Pejotl dawał magiczną ochronę i był uznawany za symbol odwagi. Ale gdy biali kolonizatorzy przynieśli ze sobą chrześcijaństwo, szybko się okazało, że brakuje miejsca dla „pogańskich” rytuałów. Przybysze ze starego świata ogłosili je „heretycką perwersją” i zakazali stosowania pejotlu. Można potraktować to jako początki wojny z narkotykami.

Ekspansja białych osadników i nasilona kolonizacja skłoniły rdzennych mieszkańców do poszukiwania nowych, ducho-



Kościół Santo Daime został założony przez Mestre Irineu, właściwie Raimundo Irineu Serra, niepiśmiennego zbieracza kauczuku, potomka afrykańskich niewolników. W trakcie pierwszego doświadczenia z ayahuaską ukazała mu się kobieca postać, którą – jako gorliwy katolik – utożsamił z Maryją Dziewicą. Kierując się wskazaniami otrzymanymi w swoich wizjach, rozpoczął organizowanie ceremonii z ayahuaską, podczas których przekazywał swoje nauki poprzez pieśni (*hinários*).



wych form integracji i oporu. W czasach gwałtownych przemian społecznych i kulturowych zaczął kształtować się peyotyzm – synkretyczna religia łącząca wiarę w jednego, najwyższego Boga, z elementami rodzimej mitologii i rytuałów plemiennych. W efekcie na początku XX wieku powstał Amerykański Kościół Tubylczy (Native American Church), który, łącząc tubylcze wierzenia z chrześcijaństwem, umożliwił sprawowanie kultu z użyciem peyotlu jako sakramentu. Peyotyzm rozwinął się jako ruch duchowej odnowy obejmujący wiele plemion i jest obecnie najliczniejszą rdzenną religią Indian Ameryki Północnej, skupiającą kilkaset tysięcy wyznawców z ponad pięćdziesięciu plemion.

## CEREMONIE AYAHUASKI

Podobne znaczenie dla rdzennych ludów Amazonii ma psychoaktywny napój zwany ayahuascą. Jego nazwa w języku keczua oznacza „pnące duszy”. Pierwsze ślady archeologiczne wskazują, że rytuały z jej użyciem mogły odbywać się w rejonie dzisiejszego Ekwadoru i Peru już cztery tysiące lat temu. Mimo kontaktów z chrześcijańskimi kolonizatorami ayahuasca pozostała centralnym elementem szamańskich obrzędów w Amazonii.

Zarówno przygotowanie, jak i spożycie halucynogennego naparu odbywa się rytualnie. Towarzyszą temu modlitwy, śpiewy i ceremonie prowadzone przez szamanów (*curanderos*). Przygotowanie polega na dokładnym rozbiciu łodyg *Banisteriopsis caapi* (przy pomocy kamieni) i wielogodzinnym ich gotowaniu wraz z liśćmi roślin zawierających DMT. Proces ten trwa do uzyskania skoncentrowanego, mocnego naparu. Typowa ceremonia rozpoczyna się od oczyszczenia miejsca (*maloka*) i uczestników za pomocą kadzideł *palo santo* lub białej szafwii, oraz modlitw i śpiewów (*icaros*). Podczas ceremonii ayahuasca może być podawana w jednej lub kilku dawkach. Uczestnicy siedzą lub leżą, oczekując na działanie napoju. Jakiś czas później doświadczają wizji, zmian percepcji, wglądów emocjonalnych i duchowych. Przechodzą też proces oczyszczenia fizycznego i psychicznego, objawiający się najczęściej gwałtownymi wymiotami, podczas gdy szamani wspierają ich śpiewem i grą na bębnach i grzechotkach. Według Indian duch rośliny

wnika w ciała uczestników, ukazując niewidzialne – często wizje dżungli, jaguarów czy innych zwierząt – oraz umożliwiając komunikację telepatyczną na duże odległości.

Santo Daime to synkretyczna religia, której elementem jest przyjmowanie ayahuaski („świętej krwi Jezusa”) jako eucharystii. Religia została założona w Amazonii w latach 30. ubiegłego wieku i, podobnie jak w przypadku pejotyizmu, łączy elementy oddalonych od siebie tradycji religijnych i duchowych. Głównie katolicyzmu ludowego, spirytyzmu, afrykańskiego animizmu i rdzennego południowoamerykańskiego szamanizmu. Kościoły Santo Daime promują też zdrowy styl życia, zgodny z mottem swojego założyciela Mestre Irineu: „harmonia, miłość, prawda i sprawiedliwość”, a także z innymi kluczowymi wartościami doktrynalnymi: siła, braterstwo i czystość serca. Drugim, obok Santo Daime wielkim ruchem religijnym traktującym ayahuaskę jako święty sakrament jest kościół UCV (*União do Vegetal*). W porównaniu z Daime jest bardziej „katolicki” jeśli chodzi o strukturę (centralizacja i hierarchiczność), usztywniony (brak tańców i śpiewów), wyklucza kobiety z prowadzenia ceremonii, a osoby LGBT ze społeczności.

## GRZYBY PSYLOCYBINOWE

Przypuszcza się, że grzyby psylocybinowe były znane ludom rdzennym pierwotnym niemal na całym świecie – w obu Amerykach, Europie, Afryce i Azji, a ich rytualne użycie sięga czasów prehistorycznych.

Grzyby psylocybinowe były integralną częścią kultur mezoamerykańskich już co najmniej 3000 lat temu, używane w rytuałach religijnych, dywinacyjnych i leczniczych przez Azteków, Majów, Mazateków, Mixteków i Zapoteków. Aztekowie nazywali je *teonanácatl* (ciało bogów). Użycie grzybów przez rdzennych mieszkańców Mezoameryki dokumentowali hiszpańscy konkwistadorzy. Jednocześnie podbój hiszpański stłumił jawne kultury *teonanácatl* i jedynie gdzieś tam praktyki psylocybinowe próbowano integrować z katolicyzmem. Istniejące kościoły psylocybinowe to głównie amerykańskie wspólnoty religijne traktujące grzyby psylocybinowe jako sakrament i chronione Pierwszą Poprawką. Przykładem jest Psychedelic Church of Colorado Springs

**Maria Sabina, była mazatecką szamanką (curandera), której praktyki zostały nagłośnie przez amerykańskiego etnobotanika Roberta Wassona, co spowodowało, że cały świat zachodni usłyszał o magicznych grzybach. Maria Sabina stała się ikoną popkultury i przyczyniła się do powstania narkoturystyki (lub jak kto woli – turystyki szamańskiej). Jej wioska została zdominowana przez turystów, a sama Maria Sabina była świadoma, że „zabrano świętość grzybów”.**



(od 2024, oferuje dawki od mikrodóz po 1,5 g psylocybiny i DMT) oraz Church of Ambrosia (ponad 100 tys. członków, rozdaje wiernym grzyby).

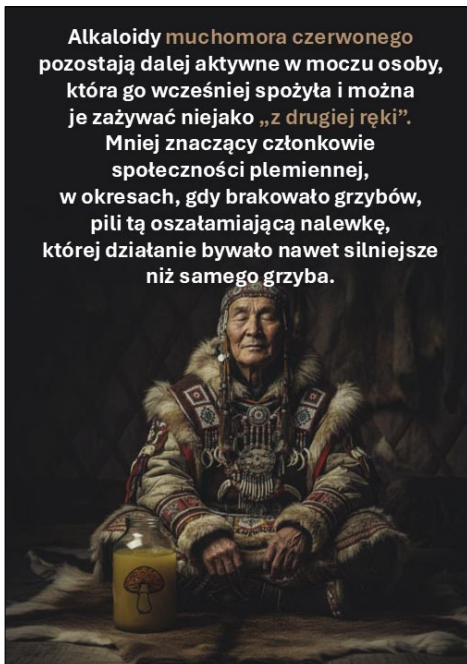
Potencjalnie najstarsze znane ślady grzybów psylocybinowych (starsze niż mezoamerykańskie artefakty) stanowią neolityczne malowidła naskalne na pustyni Sahara w Algierii (płaskowyż Tassili n'Ajjer), datowane na 9000–7000 lat p.n.e., które przedstawiające postacie z „kapeluszymi grzybów” na głowach oraz transformacje ludzkie, interpretowane jako dowód na rytualne użycie tych grzybów. Podobne „grzybowe” motywy znalezione zostały także w innych rejonach pustyni. Te saharyjskie wizerunki sugerują kult grzybów psychoaktywnych wśród

przedpasterskich społeczności. Relacja człowieka z bydłem rogatym była kluczowa, gdyż grzyby psylocybinowe rosły na ich odchodach, co widać w malowidłach z rogami zwierząt.

Stoned Ape Theory (teoria naćpanej małpy) to kontrowersyjna hipoteza zaproponowana przez Terence’a McKennę, która zakłada, że około 100 000 lat temu wcześni Homo sapiens w Afryce, podążając za stadami zwierząt i ich odchodami, natknęli się na grzyby psylocybinowe, których spożycie katalizowało skok ewolucyjny w rozwoju poznawczym. Niskie dawki miały poprawiać ostrość wzroku i umiejętności łowieckie, średnie stymulować libido i energię reprodukcyjną, a wyższe pobudzać wyobraźnię, język, sztukę i religijność, prowadząc do rewolucji kognitywnej. Hipoteza jest spekulacyjna, brak jej empirycznych dowodów i nie jest akceptowana w nauce głównego nurtu.

Brak jest bezpośrednich dowodów na używanie grzybów psylocybinowych w Europie. Nie znaleziono fizycznych resztek grzybów czy metabolitów psylocybiny w szczątkach ludzkich. Pośrednio świadczą o tym jedynie artefakty. Najbardziej znanym jest mural Selva Pascuala w Hiszpanii sprzed ok. 6000 p.n.e., przedstawiający rząd 13 grzybów o stożkowatych kapeluszach interpretowanych jako *Psilocybe hispanica*. Mural wpisuje się w sztukę naskalną Iberyjskiego Basenu Śródziemnomorskiego, sugerując szamańskie rytuały z entheogenami w neolicie.

Alkaloidy **muchomora czerwonego** pozostają dalej aktywne w moczu osoby, która go wcześniej spożyła i można je zażywać niejako „z drugiej ręki”. Mniej znaczący członkowie społeczności plemiennej, w okresach, gdy brakowało grzybów, pili tę oszałamiającą nalewkę, której działanie bywało nawet silniejsze niż samego grzyba.



## MUCHOMOR CZERWONY

W tradycji Koriaków, Czukczów i innych ludów Syberii muchomor czerwony odgrywał istotną rolę rytualną i duchową. Badacze wskazują, że jego użycie mogło mieć charakter religiotwórczy, sprzyjając powstawaniu i utrwalaniu lokalnych wierzeń. Dostrzega się również liczne podobieństwa między syberyjskimi praktykami związanymi z muchomorem a obrzędami wykorzystującymi grzyby psylocybinowe wśród rdzennych kultur obu Ameryk. Pojawiają się ponadto hipotezy sugerujące możliwe związki muchomora czerwonego z rytualnymi napojami soma i haoma, opisywanymi w starożytnych tekstach.

Syberyjscy szamani, podobnie jak Indianie, używali muchomora, by wprowadzić się w trans, nawiązać kontakt ze światem duchów, uzyskać duchowe przewodnictwo, a także leczyć choroby. Grzyb ten postrzegano jako środek umożliwiający przekraczanie granicy między światem materialnym a duchowym, co czyniło go kluczowym elementem szamańskich ceremonii i praktyk leczniczych. Wierzano, że muchomor chroni przed złymi duchami oraz wzmacnia więzi społeczne we wspólnocie. Niektóre rytuały wymagały spożywania jego wyciągów w całkowitej ciemności, co miało sprzyjać kontaktowi z duchami przodków i istotami nadprzyrodzonymi. Muchomor zajmował także ważne miejsce w mitologii i był łączony z najwyższymi bóstwami, co podkreślało jego sakralne znaczenie. Choć trzeba przyznać, że w tradycji tych

społeczności muchomor czerwony nie służył wyłącznie celom duchowym – sięgano po niego także dla przyjemności, w celach hedonistycznych. Renifery również z ochotą spożywały muchomory czerwone, wprowadzając się tym sposobem (niekoniecznie celowo) w stan odrętwienia i senności. Członkowie syberyjskich plemion korzystali z tego, pijąc mleko tych zwierząt, w którym kumulowały się psychoaktywne substancje grzyba.

## DATURA

Potężne właściwości psychoaktywne bielunia, w połączeniu z jego powszechnym występowaniem, uczyniły go narzędziem rytualnym w wielu kulturach świata. Stosowano go w obrzędach religijnych, lecz ze względu na

**Datura jest tradycyjnie używana w rytuałach hinduskich podczas święta Ganesh Chaturthi. Liście i kwiaty bielunia są ofiarowywane bogu jako symbol ochrony przed złymi wpływami, usuwania przeszkód i oczyszczenia negatywnej energii. Według wierzeń, ofiarowanie datury ma także przypominać o mocy boga, który pomaga pozbyć się „trucizn” w postaci zazdrości, strachu i rywalizacji.**



wysoką toksyczność zawsze wymagało to głębokiej wiedzy i ostrożności. Wśród Azteków i ludów amerykańskiego Południowego Zachodu bielun służył w rytuałach przejścia, traktowany jako święta roślina dostępna wyłącznie uzdrowicielom i szamanom. Ceremonie obejmowały modlitwy, post oraz precyzyjne dawkowanie, by zapewnić bezpieczną podróż duchową.

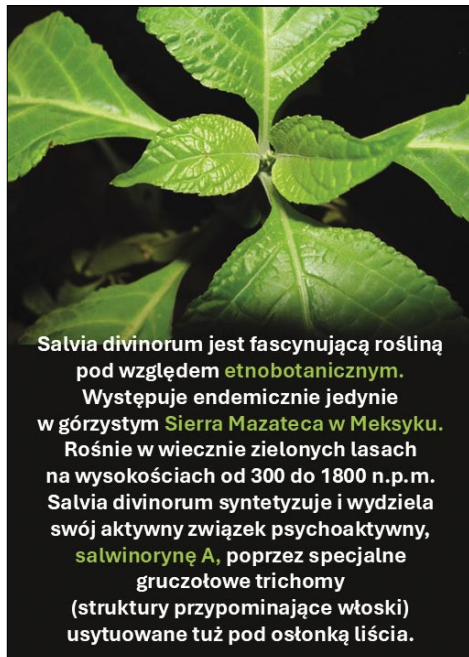
Na Półwyspie Indyjskim bielun odgrywał niepoślednią rolę w obrzędach religijnych, zwłaszcza w hinduizmie, gdzie kojarzono go z bogiem Śiwą. Stosowano go w rytuałach i świętach ku czci Ganeśy, jako ofiarę mającą pokonać zło. W ajurwedzie, tradycyjnym systemie medycyny indyjskiej, ceniono bielun za właściwości an-

tyspazmatyczne (łagodzące skurcze mięśni gładkich), uspokajające i przeciwbólowe.

W Europie również doceniono lecznicze i psychoaktywne właściwości bielunia. W średniowieczu wykorzystywano go zarówno w medycynie ludowej, jak i w praktykach magicznych. Bielun stanowił składnik słynnych „maści czarownic” – wywarów i maści wywołujących halucynacje oraz uczucie „latania”, interpretowane jako udział w sabatach. W tradycjach ludowych służył do rytuałów odpędzających złe uroki, a jego halucynogenne działanie uważano za klucz do tajemnej wiedzy. Z tego powodu interesowali się nim zielarze, uzdrowiciele i czarownice.

## SZAŁWIA

Szałwia wieszcza (*Salvia divinorum*) to święta i potężna roślina, tradycyjnie używana przez Indian z meksykańskiej Sierra Mazateca w ceremoniach duchowych i uzdrawiających, do wrózenia, wywoływania wizji szamańskich oraz kontaktu ze światem duchów. Czcili ją jako wcielenie Matki Boskiej, nazywając „La Maria”, a rytuały często zaczynały się inwokacjami do chrześcijańskich świętych, co świadczy o synkryzmie ich praktyk. Przed ceremoniami przestrzegali okresu oczyszczenia trwającego nawet 40 dni. Podczas rytuału żuto świeże liście, przetrzymując sok w ustach, aż psychoaktywne substancje wchłoną się przez błony śluzowe. Ceremonie, trwające kilka godzin, służyły uzdrawianiu, wrózeniu i duchowej odnowie.



## POST SCRIPTUM

W książce „Nauki Don Juana” Carlos Castaneda opisuje swoje doświadczenia z substancjami odgrywającymi kluczową rolę w szamanizmie rdzennych kultur Ameryki Północnej. Autor poznaje Don Juana, indiańskiego czarownika (brujo), który pokazuje mu sposoby poszerzania świadomości przy pomocy halucynogenów. Wprowadza go w świat szamanizmu i jest jego nauczycielem w świecie psychoaktywnych roślin. Przy jego pomocy i pod jego opieką Castaneda odbywa trudne podróże z pejotlem, daturą i grzybami. Don Juan uczy go tego, jak ma przygotowywać się kontaktu z nimi i tego, jak kluczowe jest oczyszczenie umysłu ze strachu, lęków i uprzedzeń. Uczy też go odpowiedniego traktowania substancji i właściwego odnoszenia się do nich. Pejotl („mescalito”) jest dla Castanedy opiekuńczym duchem przekazującym wiedzę, spotkanie z którym jest dla niego głęboko transformujące. Daturę („yerba del diablo”) Don Juan przedstawia jako trudnego do ujarznienia i nieprzewidywalnego sojusznika, nie ukrywa przed uczniem, że używanie tej substancji jest obarczone dużym ryzykiem. Psylocybinowe grzyby („humito”) stają się ważnym „sprzymierzeńcem” i potężną mocą, która pomaga w zdobywaniu specjalnych zdolności. Castaneda podkreśla istotną rolę doświadczanego szamana w prowadzeniu ucznia, interpretowaniu przeżyć i zapewnieniu bezpieczeństwa. Proces zażywania substancji jest celebrowany i poprzedzony określonymi rytuałami, które mają przygotować umysł na spotkanie z niecodziennymi przeżyciami. Fundamentalnym elemen-



tem kontaktu z psychodelikami jest pokora wobec ich mocy.

Jak widać z tego krótkiego przeglądu, religie wykorzystujące substancje halucynogenne, traktują te rośliny jako sakrament umożliwiający bezpośredni kontakt z bóstwami i duchami przodków, ale też jako narzędzia służące uzdrowieniu, wzmacniające więzi społeczne i tożsamość kulturową. Kolonizacja wprowadziła zakazy, lecz doprowadziła też do powstania synkretycznych ruchów religijnych, jak Native American Church czy Santo Daime, integrujących rdzenne tradycje z chrześcijaństwem. ●

## SŁOWNIK POJĘĆ ZWIĄZANYCH Z PSYCHODELIKAMI (SŁOWNIK PSYCHODELICZNY)

### AFTERGLOW

Effekt „afterglow” to stan podwyższonego nastroju, otwartości, empatii, optymizmu i samoakceptacji mogący trwać nawet do kilku tygodni po zażyciu psychodelików.

### BAD TRIP (zła podróż)

Skrajnie negatywne, trudne, a czasem niebezpieczne doświadczenie psychodeliczne, często związane z uczuciem utraty kontroli, strachem, a nawet paniką.

### BODY LOAD

Subiektywnie odczuwany dyskomfort somatyczny (m.in. napięcie mięśniowe, nudności) wynikający z fizjologicznego działania substancji psychoaktywnych na organizm.

### DELIRIANTY

Grupa substancji psychoaktywnych wywołujących stany majaczenia (delirium) i charakteryzujące się splątaniem świadomości oraz halucynacjami trudnymi do odróżnienia od rzeczywistości – w dużej mierze na skutek blokady przesyłania sygnałów w układzie nerwowym.

### DOŚWIADCZENIE PSYCHODELICZNE

Odmienny stan umysłu, osiągany za pomocą substancji psychodelicznych, charakteryzujący się zmienioną percepcją rzeczywistości, intensywnością doznań wizualnych (choć niekoniecznie), emocjonalnych i poznawczych oraz towarzyszącymi im introspekcjami i uczuciami mistycznymi.

### DYSOCJANTY

Grupa substancji psychoaktywnych (różniących się od siebie pod względem budowy i mechanizmów działania) powodujących stan dysocjacji, czyli oderwania od rzeczywistości i własnego ciała, wywołujących halucynacje oraz odczucie depersonalizacji i analgezji. Należą do nich m.in. ketamina i fencyklidyna.

### EKSTERIORYZACJA (OBE/OOBE)

Zmieniony stan świadomości, podczas którego osoba doświadcza rzeczywistości z perspektywy pozacielesnej; może temu towarzyszyć wrażenie unoszenia się ponad własnym ciałem i obserwowania go.

### EMPATOGEN

Substancja psychoaktywna wywołująca uczucie empatii, czyli zdolności do wzmacniania emocjonalnej więzi i współodczuwania z innymi ludźmi (m.in. MDMA).

### ENTAKTOGEN

To substancja psychoaktywna wywołująca uczucie kontaktu z własnym wnętrzem, zwiększająca samoświadomość, otwartość emocjonalną i zaufanie do innych ludzi. Zwykle to te same substancje, co empato-geny, ale podczas sesji z ich udziałem kładziony jest nacisk bardziej na wewnętrzne przeżycia i kontakt z własnymi emocjami.

### FLASHBACK

Krótkotrwałe i niespodziewane powtórzenie psychodelicznych doznań, które pojawia się długo po zażyciu substancji i wywołuje intensywne emocje oraz per-

cepcyjne zniekształcenia, mimo że osoba aktualnie nie znajduje się pod wpływem żadnej substancji.

### **HALUCYNOGENY**

Substancje wywołujące zmiany świadomości, percepcji i iluzje sensoryczne – nie zawsze związane z rzeczywistością zewnętrzną. Termin „halucynogeny” jest szeroki, dotyczy m.in. także deliriantów, a psychodeliki to podgrupa halucynogenów.

### **HPPD (*hallucinogen persisting perception disorder*)**

Uporczywe (trwałe) zaburzenie percepcji spowodowane halucynogenami – stan, w którym osoby doświadczają nawracających zaburzeń widzenia i zniekształceń percepcyjnych po zaprzestaniu używania narkotyków halucynogennych, najczęściej substancji psychodelicznych.

### **INTEGRACJA PSYCHEDELICZNA**

Proces nadawania sensu doświadczeniu psychodelicznemu, polegający na przetwarzaniu treści i przeżyć, które mu towarzyszyły. Jego celem jest zarówno maksymalizacja korzyści przeżytego doświadczenia, jak i redukcja szkód, które mogły się pojawić.

### **KLASYCZNE PSYCHEDELIKI**

Grupa substancji działających poprzez aktywację receptorów serotoninowych, wywołujących zmiany w percepcji i świadomości. Klasyczne psychodeliki różnią się między sobą pod względem struktury chemicznej: są wśród nich tryptaminy (psylocybina), fenetyloaminy (meskalina) i lizergamidy (LSD), ale łączy je wspólny mechanizm działania na układ serotonergiczny.

### **MIKRODAWKOWANIE (*microdosing*)**

Regularne zażywanie niewielkich, śladowych dawek psychodelików (najczęściej psylocybiny), mających usprawnić codzienne funkcjonowanie poprzez: podniesienie energii, stabilizację nastroju, ułatwienie kontaktów interpersonalnych, rozbudzenie kreatywności.

### **NEURONAUKA**

Zajmuje się badaniem głównie ośrodkowego układu nerwowego łącząc wiedzę z zakresu medycyny, biologii, biochemii, psychologii, a także fizyki i informatyki po to, by zrozumieć strukturę, funkcje oraz mechanizmy działania mózgu i innych części układu nerwowego.

### **NEUROPLASTYCZNOŚĆ**

To zdolność tkanki nerwowej mózgu do tworzenia nowych połączeń neuronalnych oraz reorganizacji i adaptacji istniejących struktur. Jest procesem ciągłym zachodzącym przez całe życie, pozwalającym mózgowi dostosowywać się i funkcjonować efektywniej.

### **PSYCHONAUTA**

Osoba badająca wpływ różnych substancji psychoaktywnych na świadomość i percepcję. Czasem bez stosowania substancji, osiąga odmienne stany świadomości przy pomocy innych metod (medytacji, głodówki, deprywacji sensorycznej, itp.)

### **PSYCHONEUROFARMAKOLOGIA**

To interdyscyplinarna dziedzina nauki, która bada wpływ leków psychoaktywnych na funkcjonowanie układu nerwowego, a w szczególności na sposób, w jaki leki te oddziałują na mózg, zmieniając nastrój, zachowanie i procesy psychiczne.

## PSYCHOZOMIMETYKI

To nazwa odnosząca się do substancji wywołujących objawy podobne do psychozy: m.in. halucynacje, zaburzenia percepcji i dezorientację. Nazwa pochodzi od greckich słów „psycho” (dusza, umysł) i „mimetikós” (naśladowający).

## SET AND SETTING

Pojęcia opisujące nastawienie osoby, jej emocje i konstrukcję psychiczną (set) oraz otoczenie, atmosferę i inne bodźce zewnętrzne (setting) podczas zażywania substancji psychoaktywnych. Kluczowe dla jakości i bezpieczeństwa doświadczenia.

## SYNESTEZJA

Neurologiczne zjawisko, w którym pobudzenie jednego zmysłu wywołuje mimowolne, automatyczne doznania w innych zmysłach, na przykład widzenie kolorów w reakcji na dźwięki.

## ŚMIERĆ EGO (zanik, rozpuszczenie ego)

Terminy te służą opisaniu stanu utraty poczucia tożsamości. W trakcie intensywnych podróży psychodelicznych dochodzi do tymczasowego zacierania granic pomiędzy własnym umysłem a zewnętrznym światem.

## ŚWIADOMY SEN

Stan, w którym osoba zdaje sobie sprawę, że śni (i wciąż pozostaje we śnie). Zdarza się, że kontroluje treść snu, wpływa na nią.

## TAMBURYNIARZ

Ironiczne określenie entuzjasty psychodelików, podchodzącego lekkomyślnie do ich używania, skłaniającego się ku medycynie alternatywnej, ezoteryce i innym „ducho-

wym praktykom”, traktującego psychodeliki jak drogę do oświecenia, niewykazującego refleksji nad realnym ryzykiem.

## TRIP

To stan odurzenia substancjami psychoaktywnymi, który – w zależności od substancji, jej dawki, a także czynników indywidualnych – może potrwać od kilku minut do kilkudziesięciu godzin.

## TRIP-SITTING

To praktyka, w której trzeźwa osoba (trip-sitter) towarzyszy i wspiera osobę przeżywającą doświadczenie psychodeliczne, zapewniając jej bezpieczeństwo i komfort.

Słowo psychedelic zostało po raz pierwszy użyte w latach 60. przez angielskiego psychiatrę Humphreya Osmonda w korespondencji z Aldousem Huxleym, gdy obaj poszukiwali nazwy dla substancji takich, jak psylocybina czy LSD. Huxley zaproponował termin *phanerothyme*, ale ostatecznie przyjął się termin *psychedelic*, pochodzący od greckich słów *psyche* (dusza) i *delein* (ukazywać) – objawiający umysł.



---

## WYKAZ PLACÓWEK UDZIELAJACYCH POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM

### PLACÓWKI AMBULATORYJNE

#### STOWARZYSZENIE MONAR PORADNIA PROFILAKTYKI, LECZENIA I TERAPII UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE

ul. Św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków

tel.: 12 4306135

e-mail: [poradnia@monar.krakow.pl](mailto:poradnia@monar.krakow.pl)

[www.monar.krakow.pl](http://www.monar.krakow.pl)

#### PORADNIA PARASOLOWE CENTRUM TERAPII

ul. Rakowicka 10a, 31-511 Kraków

tel.: 12 4300318

e-mail: [info@parasol.org.pl](mailto:info@parasol.org.pl)

[www.parasolowecentrumterapii.pl](http://www.parasolowecentrumterapii.pl)

#### MAŁOPOLSKIE CENTRUM PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

##### PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

##### – PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Stoczniovców 7, 30-709 Kraków

tel.: 12 2629549, e-mail: [mcpilu@wp.pl](mailto:mcpilu@wp.pl)

#### KRAKOWSKIE CENTRUM TERAPII UZALEŻNIEŃ oraz OŚRODEK PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA

Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

ul. Wielicka 73, 30-552 Kraków

tel.: 12 4255747, e-mail: [poradnia@kctu.pl](mailto:poradnia@kctu.pl)

[www.kctu.pl](http://www.kctu.pl)

#### ODDZIAŁ DZIENNY LECZENIA UZALEŻNIEŃ

O/K Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków

tel.: 12 4248813

e-mail: [kwojnicka@su.krakow.pl](mailto:kwojnicka@su.krakow.pl)

[www.su.krakow.pl](http://www.su.krakow.pl)

#### PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ oraz

#### PORADNIA TERAPII UZALEŻNIEŃ OD

#### SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków

tel.: 12 4248933

e-mail: [rejestracja.psychiatriadoroslych@su.krakow.pl](mailto:rejestracja.psychiatriadoroslych@su.krakow.pl)

[www.su.krakow.pl/jednostki/poradnie](http://www.su.krakow.pl/jednostki/poradnie)

#### CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO, LECZNICTWO AMBULATORYJNE, PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie SP. Z O.O.

ul. os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków

tel.: 12 6468317

e-mail: [plu@rydygierkrakow.pl](mailto:plu@rydygierkrakow.pl)

[www.rydygierkrakow.pl](http://www.rydygierkrakow.pl)

#### SNZOZ UNIMED PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

#### I WSPÓŁUZALEŻNIEŃ

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków

tel.: 12 4158112

e-mail: [rejestracja@unimed-nzoz.pl](mailto:rejestracja@unimed-nzoz.pl)

[www.unimed-nzoz.pl](http://www.unimed-nzoz.pl)

#### STOWARZYSZENIE MONAR PORADNIA PROFILAKTYCZNO-KONSULTACYJNA W NOWYM SĄCZU

ul. Narutowicza 6, 33-300 Nowy Sącz

tel.: 18 4437444

e-mail: [monarnowysacz@inetrria.pl](mailto:monarnowysacz@inetrria.pl)

#### PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

#### STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ

ul. Eliasza Radzikowskiego 29, 31-315 Kraków

tel. 12 6260233

---

e-mail: [radzikowskiego@pomocnadlon-krakow.pl](mailto:radzikowskiego@pomocnadlon-krakow.pl)  
[www.pomocnadlon-krakow.pl](http://www.pomocnadlon-krakow.pl)

**PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ  
STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ**

Poradnia Leczenia Uzależnień, Centrum  
Terapii DDA  
ul. Sudolska 16, 31-423 Kraków  
tel. 12 4180534  
e-mail: [sudolska@pomocnadlon-krakow.pl](mailto:sudolska@pomocnadlon-krakow.pl)

**PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ  
STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ**

ul. Handlowa 1, 34-200 Sucha Beskidzka  
tel. 509 116 835  
e-mail: [poradnia@pomocnadlon-sucha.pl](mailto:poradnia@pomocnadlon-sucha.pl)  
[www.pomocnadlon-krakow.pl](http://www.pomocnadlon-krakow.pl)

**OŚRODKI REHABILITACJI**

**STOWARZYSZENIE MONAR OŚRODEK  
LECZENIA TERAPII I REHABILITACJI OSÓB  
UZALEŻNIONYCH Z NAWROTAMI CHOROBY  
W KRAKOWIE**

ul. Nadbrzezie 25, 31-983 Kraków  
tel.: 12 6810066  
e-mail: [dom\\_gwan@wp.pl](mailto:dom_gwan@wp.pl)

**STOWARZYSZENIE MONAR OŚRODEK  
LECZENIA, TERAPII I REHABILITACJI  
UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE**

ul. Suchy Jar 4, 31-983 Kraków  
tel.: 12 6450967  
e-mail: [kontakt@dommonarukrakow.pl](mailto:kontakt@dommonarukrakow.pl)  
[www.dommonarukrakow.pl](http://www.dommonarukrakow.pl)

**ODDZIAŁ DLA UZALEŻNIONYCH OD  
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE  
WSPÓŁISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI  
PSYCHICZNYMI (ORU)**

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego  
SP ZOZ w Krakowie  
ul. Józefa Babińskiego 29 (budynek VII B),  
30-393 Kraków, tel.: 12 6524210, 12 6524570

**OŚRODKI DETOKSYKACJI**

**ODDZIAŁ TOKSYKOLOGII I CHORÓB  
WEWNĘTRZNYCH Z PODODDZIAŁEM  
DETOKSYKACJI**

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera  
os. Złotej jesieni 1, 31-826 Kraków  
tel.: 12 6468404  
e-mail: [ots-sekretariat@rydygierkrakow.pl](mailto:ots-sekretariat@rydygierkrakow.pl)

**ODDZIAŁ DETOKSYKACJI - STOWARZYSZENIE  
MONAR OŚRODEK LECZENIA, TERAPII  
I REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE**

ul. Suchy Jar 4, 31-983 Kraków  
tel.: 12 6450610  
e-mail: [kontakt@dommonarukrakow.pl](mailto:kontakt@dommonarukrakow.pl)  
[www.dommonarukrakow.pl](http://www.dommonarukrakow.pl)

**INNE PLACÓWKI DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH  
OD NARKOTYKÓW**

**DROP-IN KRAKOWSKA 19**

Ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków  
tel. 786 847 747  
e-mail: [drop-in@monar.krakow.pl](mailto:drop-in@monar.krakow.pl)  
[www.drop-in.krakow.pl](http://www.drop-in.krakow.pl)

**HOSTEL READAPTACYJNY DROP-UP**

Ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków  
tel. 12 426-48-59  
e-mail: [drop-up@monar.krakow.pl](mailto:drop-up@monar.krakow.pl)  
[www.drop-up.krakow.pl](http://www.drop-up.krakow.pl)

**STOWARZYSZENIE MONAR HOSTEL  
READAPTACYJNY**

ul. Sadowa 117a/113a/119/121, 32-020  
Wieliczka, tel.: 606 203 166  
e-mail: [joanna.luberda1@wp.pl](mailto:joanna.luberda1@wp.pl)

**STOWARZYSZENIE MONAR NOCLEGOWNIA  
DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH**

ul. Sadowa 123, 32-020 Wieliczka  
tel.: 694 279 278  
e-mail: [joanna.luberda1@wp.pl](mailto:joanna.luberda1@wp.pl)

## NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PORADNIA MONAR W KRAKOWIE**

Poradnictwo i konsultacje

Psychoterapia indywidualna

Grupy terapeutyczne dla osób uzależnionych

Skierowania na detoksykację i rehabilitację stacjonarną

Konsultacje psychiatryczne

Program psychoedukacyjny

Konsultacje rodzin i terapia dla osób współuzależnionych

Leczenie substytucyjne

Psychoterapia w połączeniu z farmakoterapią

Telefon zaufania

 STOWARZYSZENIE  
**monar**

**Adres:** ul. św. Katarzyny 3 (na krakowskim Kazimierzu)

**Dostępność:** 8.00–20.00 (pon.–czw.) 8.00–17.00 (piątek)

**Telefon:** 12 430 61 35

**Strona internetowa:** [poradnia.krakow.pl](http://poradnia.krakow.pl)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## REDUKCJA SZKÓD

związanych z używaniem narkotyków

Witaj. Jeśli masz problem z narkotykami i szukasz pomocy – przyjdź do nas. Znajdziesz tutaj spokojną atmosferę, spotkasz życzliwy i profesjonalny personel. Porozmawiamy, doradzimy, spróbujemy pomóc. Możesz skorzystać z naszych usług socjalnych (posiłki, łazienka, pralnia, pomoc ubraniowa, itp.). Jeśli używasz iniekcji – dostaniesz czystą igłę i strzykawkę. Jeśli masz jakieś obrażenia – opatrzy Cię pielęgniarka. Jeśli masz problemy prawne – porozmawia z Tobą prawnik.

### DROP-IN KRAKOWSKA 19







Adres: ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków

Dostępność: 10.00-18.00 (pon.-pt.) 10.00-16.00 (sobota)

Telefon: +48 786 847 747

Strona internetowa: [drop-in.krakow.pl](http://drop-in.krakow.pl)

# REDUKCJA SZKÓD

związanych z używaniem narkotyków

Witaj. Jeśli masz problem z narkotykami i szukasz pomocy – przyjdź do nas. Znajdziesz tutaj spokojną atmosferę, spotkasz życzliwy i profesjonalny personel. Porozmawiamy, doradzimy, spróbujemy pomóc. Możesz skorzystać z naszych usług socjalnych (posiłki, łazienka, pralnia, pomoc ubraniowa, itp.). Jeśli używasz iniekcji – dostaniesz czystą igłę i strzykawkę. Jeśli masz jakieś obrażenia – opatrzy Cię pielęgniarka. Jeśli masz problemy prawne – porozmawia z Tobą prawnik.

## DROP-IN KRAKOWSKA 19

Adres: ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków  
Dostępność: 10.00-18.00 (pon.-pt.) 10.00-16.00 (sobota)  
Telefon: +48 786 847 747  
Strona internetowa: [drop-in.krakow.pl](http://drop-in.krakow.pl)



## NOTES

**FreD goes net to program** wcześniej interwencji profilaktycznej przeznaczony dla młodych osób w wieku 13-21 lat, które eksperymentują, zażywają lub miały pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Program adresowany jest także do tych, którzy w związku z zażywaniem narkotyków lub spożywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych doświadczają problemów: w relacjach, w rodzinie, w szkole oraz problemów z prawem.

The logo for "Fred goes net" features the word "Fred" in a large, bold, blue font with a yellow outline, followed by a stylized yellow and blue graphic element. Below this, the words "goes net" are written in a smaller, blue, lowercase font.

**Adres:** ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków  
**Telefon:** 790 726 960  
**E-mail:** fredteamkrakow@gmail.com  
**Strona internetowa:** fredgoesnetkrakow.pl

## AUTORZY TEKSTÓW

### **PAWEŁ BENIOWSKI**

Psycholog i certyfikowany fitoterapeuta, stowarzyszony w MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies). Pracownik środowiskowy w DROP-IN (Poradnia MONAR w Krakowie).

### **FILIP DUSKI**

Adwokat i doktor nauk prawnych. W ramach prowadzonej praktyki adwokackiej specjalizuje się w sprawach karnych związanych z narkotykami. Udziela porad prawnych klientom krakowskiego DROP-IN (Poradnia MONAR w Krakowie).

### **JUDYTA PUT**

Pedagożka resocjalizacji, seksuolożka i specjalistka psychoterapii uzależnień. Związana z Poradnią MONAR w Krakowie, w której pracuje jako psychoterapeutka oraz pracowniczka środowiskowa w DROP-IN. Party workerka, założycielka projektu CZYSTE BITY.

### **GRZEGORZ WODOWSKI**

Socjolog, pracownik socjalny i specjalista psychoterapii uzależnień. Kieruje Poradnią MONAR w Krakowie i prowadzi projekty redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków.

### **PAWEŁ ZIELIŃSKI**

Lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych. Pracuje w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie oraz w Poradni MONAR w Krakowie.

Halucynogeny, w tym psychodeliki wychodzą z cienia innych substancji psychoaktywnych używanych rekreacyjnie. Ich konsumpcja z roku na rok staje się coraz mniej niszowa. Niektóre z nich (ketamina, MDMA) związane są ze środowiskami imprezowych użytkowników. Konsumpcja innych (psylocybina, DMT) wzrasta w kontekście renesansu psychodelicznego, nieuregulowanych terapii bagatelizujących ryzyko i często bez solidnych dowodów na skuteczność.



ISBN 978-83-956070-6-6



9 788395 607066

Wersja online:  
[www.monar.krakow.pl/pub](http://www.monar.krakow.pl/pub)