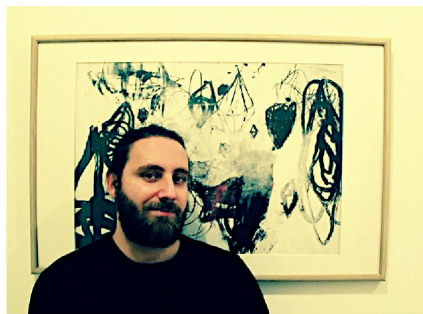


O PSYCHEDELIKÁCH A PSYCHEDELICKEJ SKÚSENOSTI



Martin Šurkala (nar. 1986) pochádza z Bratislavy, kde vyštudoval všeobecné lekárstvo. Po ukončení štúdia pracoval na psychiatrickej klinike v nemeckom Baden-Württembergu na viacerých psychiatrických oddeleniach. Od roku 2016 žije so svojou rodinou vo Viedni a pracuje ako psychiater v Dolnom Rakúsku. Niekoľko rokov sa zaujíma o psychedelickú terapiu a je zakladajúcim členom Slovenskej psychedelickej spoločnosti (SAPAS). V roku 2018 absolvoval časť výcviku pre MDMA asistovanú psychoterapiu PTSD.

Michal Patarák: Martin, ty si psychiaterom a psychoterapeutom v Rakúsku. Čo ťa tam privedlo?

Martin Šurkala: Áno, som atestovaný psychiater a psychoterapeut v psychodynamickom smere. Do Viedne sme sa rozhodli prísť z Baden-Württembergu krátko po tom, čo sa nám so ženou narodil syn. V Nemecku som aj skladal atestáciu, hoci som už bol pracovne činný v Rakúsku.

MP: Čiže si zrejme chcel byť bližšie k rodine po narodení syna. Otázka však bola namierená skôr na to, čo ťa primälo odísť zo Slovenska? V súčasnosti je to totiž pre lekárov u nás veľmi aktuálna téma. Hľadajú sa dôvody prečo zostať na Slovensku a prečo ísť preč. Aké si mal ty? Boli to odborné motívy, súvisiace s profesiou, alebo skôr osobné?

MŠ: Moja motivácia bola primárne odborná. Na konci štúdia sa mi naskytla možnosť ísť pracovať do Nemecka na jednu kliniku. Keď som sa tam išiel v zime pozrieť, tak som bol ohúrený možnosťami terapie a začal som si zdokonaľovať nemčinu aby som v septembri, po skončení štúdia, mohol nastúpiť. Zamestnávateľ mi dokonca veľkoryso zaplatil dvojmesačný inten-

zívny kurz v Mníchove a na prvých 6 mesiacov zabezpečil ubytovanie. Myslí, že aj toto by bola cesta ako udržať lekárov na Slovensku: namiesto peňažného trestu ponúknuť výhody.

MP: Sleduješ psychiatriu na Slovensku? Vieš si ju predstaviť prakticky – teda vieš si predstaviť byť klinickým psychiatrom u nás? Máš kontakt so psychiatrami a psychológmi na Slovensku?

MŠ: Psychiatriu na Slovensku sledujem skôr pasívne. Väčšinou sa k informáciám dostanem od pacientov, s ktorými mám kontakt. Prácu psychiatra na Slovensku si viem veľmi dobre predstaviť, skôr ale v ambulantnej sfére. Väčšinou mám kontakt so psychológmi, ktorých som spoznal cez Psychedelickú spoločnosť. Slovenských psychiatrov poznám skôr z médií, u profesora Hašta som si robil výcvik v autogénnom tréningu.

MP: V čom vidíš zásadné rozdiely medzi psychiatriou v Rakúsku a u nás?

MŠ: Nemám veľký prehľad v tom, aká je celková starostlivosť o psychiatrického pacienta na Slovensku, môžem sa myliť. Nepostrehol som napríklad sieť psychosociálnych centier, čo sú prvé miesta, kam sa pacienti či klienti obrátia najskôr. Kliniky spĺňajú prevažne úlohu akútnej intervencie a potom býva pacient prepustený do starostlivosti týchto centier alebo do súkromnej ambulantnej starostlivosti. Oddelenia s výnimkou forenznej psychiatrie sú otvorené. Forezní pacienti sú v špecializovaných zariadeniach, kde sú vlastne vo výkone trestu.

MP: Forezná psychiatria je teda samostatné oddelenie? Je súčasťou zdravotníckych zariadení alebo zariadení na výkon trestu?

MŠ: Áno, je to samostatné oddelenie, zväčša v rámci väčších psychiatrických kliník so špeciálnymi pravidlami. To hovorím ale z mojej skúsenosti z Nemecka.

MP: Týka sa aj medicíny drogových závislostí, teda napríklad toho, čo je u nás známe ako súdom nariadená ochranná protitoxikomanická a protialkoholická liečba?

MŠ: Áno, na takomto oddelení som jeden rok pracoval. Pacienti prichádzali po odpykaní časti trestu na dlhodobú odvykaciu liečbu, počas ktorej sa prísne pravidlá stráženia postupne uvoľňovali, až nakoniec pacienti opúšťali

kliniku keď si našli prácu a ubytovanie. Priebeh terapie bol pravidelne kontrolovaný súdom po tom, čo sme pacientom napísali posudky, kde sa posudzuje, či má zmysel pokračovať v terapii alebo sa vrátiť k výkonu trestu.

MP: Mohol by si v krátkosti predstaviť Slovenskú psychedelickú spoločnosť? Čo pre teba znamená členstvo v nej?

MŠ: Slovenská psychedelická spoločnosť (SAPAS) združuje odborníkov, ale aj laikov so záujmom o psychedelické látky na multidisciplinárnej úrovni. Naš záujem je najviac zameraný na ich využitie v medicíne respektíve ako nástroj pri rozvoji duševného zdravia. Najmä cestou šírenia na dôkazoch založených poznatkoch sa snažíme informovať spoločnosť. Za týmto účelom sa nám podarilo zorganizovať dve medzinárodné konferencie. Teraz sa podielame spolu s inými spoločnosťami na vypracovaní *guidelineov*, respektíve výcviku pre odborníkov na integráciu psychedelického zážitku.

MP: Aká je tvoja funkcia v rámci SAPAS, respektíve čo tam máš na starosti?

MŠ: Funkciou by som to nenazval, skôr polom pôsobnosti. Zvyčajne mám na starosti odbornú, publikačnú činnosť, dávam rozhovory alebo odpovedám na odbornejšie otázky, ak sa na nás niekto obráti, robím občasne prednášky. Takmer vždy to ale zvyknú kontrolovať ešte ostatní členovia. Ďalej komunikujem so speakrami, ktorí by mohli prísť prednášať na nami organizované konferencie, spolurozhodujem o ďalšom smerovaní našej činnosti.

MP: Ak psychoaktívna látka môže pomôcť v rozvoji duševného zdravia, tak to zrejme znamená aj to – a hovorím to aj podľa toho, čo už o psychedelikách viem – že ju je možné využiť na liečbu duševných porúch. Ktorých?

MŠ: Súčasné výskumy viackrát potvrdili účinnosť v rámci viacerých diagnóz. Klasické psychedelika ukazujú účinnosť, a to najmä psilocybin, pri rezistentnej depresii a úzkosti spojenej so zomieraním. Pre váš časopis bude relevantná informácia, že podľa jednej štúdie z John Hopkins Univerzity je veľmi efektívny pri závislosti od tabaku. Entaktogén MDMA je najďalej v klinických štúdiách pri terapii posttraumatickej stresovej poruchy. FDA dokonca povolila *compassionate use* pri tejto diagnóze, ktorou trpí veľké množstvo amerických veteránov. V Anglicku beží pilotná štúdia, ktorá skúma účinok tejto látky pri alkoholovej závislosti. Vedúci tejto štúdie vychádza z traumatizácie závislých pacientov a predpokladá pozitívny účinok, ktorý sa podľa jeho slov zatiaľ potvrdzuje. Pri látke ibogaín sa spomína naj-

má účinok pri terapii závislosti od opiátov. Hoci je LSD najznámejším psychedelikom, vo výskume je trochu v úzadí. Najmä kvôli tomu, že psilocybín má kratší polčas účinku. Veľké populačné štúdie dokonca poukazujú na akýsi protektívny charakter psychedelik. Jedinci, ktorí aspoň jedenkrát v živote užili psychedelikum, mali menšiu náchylnosť k psychickým poruchám či suicidalite.

MP: Čiže psilocybín má väčšiu terapeutickú perspektívu ako LSD pre svoju farmakokinetiku? Alebo existujú aj iné dôvody, napríklad nejaká špecifickosť účinku?

MŠ: Áno, psilocybín účinkuje kratšie, 6-8 hodín. Pacienti teda po sedení s látkou môžu ísť aj domov, ak sú stabilní. Na druhý deň prichádzajú na integráciu. LSD účinkuje 12-14 hodín a oproti psilocybinu sa viaže, i keď minimálne, aj na dopamínové receptory. LSD tiež so sebou nesie aj istú stigmú od konca šesdesiatych rokov, preto sa do popredia dostáva skôr psilocybín. Aj keď som zaregistroval, že sa vo Švajčiarsku plánuje štúdia s LSD na depresívnu poruchu.

MP: Keď sa na túto tému zhováram s odborníkmi, často vyjadria prekvapenie, ako je možné drogou liečiť drogovú závislosť. Ako je to teda možné? A čo je podľa teba droga? Ako sa pozeráš na tento pojem, čo pre teba znamená?

MŠ: Ako som spomenul, LSD si so sebou nesie stigmú z éry *hippies*, takže psychiatri sú voči psychedelikám prinajmenšom rezervovaní. Zjednodušene povedané, vďaka tomu, že psychedelikum navodí dočasný chaotický stav cerebrálnych okruhov, dochádza k rozvoľneniu upevnených neuronálnych prepojení a vytvoreniu nových. To je báza pre odučenie sa podmienených dysfunkčných vzorcov správania. Aj pri vývoji závislosti zohrávajú dôležitú úlohu preverbálne traumy či porucha vzťahovej väzby, ktoré sú v klasickej terapii založenej na rozhovoroch ťažko ovplyvniteľné. Na psychedelickom sedení sú tieto témy oveľa prístupnejšie.

Podľa mňa drogu nerobí drogou to, že je na zozname zakázaných látok. Ja osobne rozumiem pod drogou látku, ktorá je na základe svojich vlastností schopná vyvolať u človeka kompulzívne užívanie s postupným zhubným dopadom na jeho zdravie či okolie. Ale nemám rád tento výraz, je podľa mňa príliš nepresný aj pre to, že si pod ním každý predstaví niečo iné, má iné kritéria. Asi aj preto sa pýtaš na môj osobný názor.

MP: Áno. V roku 2017 kolegovia z Bratislavy pod vedením Petra Janíka publikovali štúdiu, v ktorej vyjadrili pochybnosti o užitočnosti a hlavne

o presnom vymedzení používania termínu tvrdá a mäkká droga, ktorá sa však v praxi používa úplne bežne. Myslím si, že podobne je na tom vlastne aj samotný termín droga. Ešte sa však vrátim k tomu psilocybinu. Hovoril si, že pomáha pri rezistentnej depresii a pri úzkosti z umierania. Čo si pod tým predstavíš? Ktorá depresia je z tohto hľadiska už chápaná ako rezistentná a ako môže psilocybin pomôcť umierajúcemu?

MŠ: Myslím, že išlo o depresie nereagujúce na dva typy antidepressív. Štúdia sa menej zaoberala interpretáciou, popisuje však pozitívne zmeny vzhľadom ku svojmu životu, nálade, okoliu či spiritualite. Výskumníci sa zamerali aj na takzvané *mystical type experiences* a uvádzajú, že takéto zážitky pozitívne korelovali s pozitívnymi zmenami. Podobná štúdia s LSD v skratke popisuje tri účinné faktory, a to kognitívne zmeny ako zmena perspektívy, psychodynamické vhlady a spomínané vrcholové zážitky. Takéto zážitky sú tiež špecifikom psychedelickej terapie. Ďalším špecifikom je veľký význam hudby pri sedení so substanciou. To je však možno na iný rozhovor.

MP: Pri ibogaíne som sa stretol s akýmsi nekritickým postojom v rámci jeho možnosti pomáhať so závislosťami a ľudia si ju môžu bez väčších problémov zohnať aj na internete. Čo hovoríš na takýto predaj a čo presne daná látka robí? Vyčleňuješ ju od psychedelík, čím je teda odlišná?

MŠ: Popravde, veľmi sa o ibogaín nezaujímam. Dalo by sa povedať, že som ibogainový skeptik. Ibogaín účinkuje odlišne od klasických psychedelík, konkrétne na opioidové κ a μ receptory, a vyrušuje ma pri ňom najmä jeho kardiotoxický účinok, ktorý môže byť letálny. Takže k voľnému internetovému predaju som kritický. Aj fenomenológia ibogainového zážitku je vraj odlišná, náročnejšia, s veľmi živými vizuálnymi vnemami, respektíve halucináciami. Ale rozumiem aj tomu, že sa k takejto forme liečby utiekajú zúfalí dependentní jedinci, keď im iné terapie nepriniesli želanú úľavu, respektíve nie sú dostupné. Poznám jedného terapeuta, ktorý ponúka takúto liečbu vo svojej domovine v Afganistane.

MP: Ak si ibogainový skeptik, znamená to, že si psilocybinový optimista?

MŠ: Keby som v tom nevidel zmysel, tak by som sa tomu nevenoval. Uvedomujem si ale aj riziká. Napríklad sa obávam, či takáto terapia neostane terapiou iba pre elity alebo či nebude nejakým spôsobom zneužitá nejakými ľuďmi v pozadí na ich vlastné obohatenie na úkor pacienta.

MP: Čo presne znamená psychedelický zážitok?

MŠ: Na túto otázku sa veľmi ťažko odpovedá z viacerých dôvodov. Osobne sa domnievam, že jeho interpretácia je závislá od kontextu. V psychiatickom žargóne ju podľa mňa najlepšie opísal Hanscarl Leuner vo svojej knihe *Halluzinogene*. Ak ťa ale zaujíma skôr fenomenologické uchopenie tejto skúsenosti, odporúčam knihu českého filozofa Víta Pokorného *Myslet z psychedelické zkušnosti*. Myslím, že sa mu unikátne podarilo do slov zachytiť zážitky, ktoré sú často našim výrazmi neopísateľné, nech už to akokoľvek znie ako kliše.

MP: Takže sa na to vlastne presne odpovedať nedá, že? Za mňa hovorí totiž túžba po exaktnosti, ktorú na tomto poli treba zrejme na chvíľu odložiť. Alebo nie?

MŠ: Ja to vnímam tak, že neexistuje jediný pravdivý popis psychedelikej skúsenosti. Môže byť exaktný, ale inak ho bude popisovať somatický lekár, inak psychiater, inak filozof a inak amazonský šaman. Vít Pokorný popisuje fenomén psychedelikej skúsenosti takto:

„Každá bytosť sa jeví ako tkanina, ako soubor uzlů, v nichž se splétají jednotlivá vlákna utvářejících a nesoucích sítí cyklů, procesů a vztahů. Během psychedelické zkušnosti je tato tkanina rozpletena, uzly rozvázány a centrum pozornosti je přeneseno k naší širší, hlubší a starší situovanosti než je pouze situovanost mého osobního života a individuálního živého systému (mysli / těla).“

Z môjho pohľadu ide o dočasné rozšírenie alebo stenšenie hraníc ega, ktoré umožní informáciám, ku ktorým vedomie za iných okolností nemá prístup, dostať sa do svetla vedomia. Zároveň sa aj tieto informácie môžu novým spôsobom pospájať, čo vedie k novým vhladom, ktoré môžu byť relevantné pre terapiu. Vedomie sa otvára novým zážitkom, čo môže byť veľmi obohacujúce, ale niekedy to môže naháňať aj strach.

Ak chceš ale uspokojiť svoju túžbu po exaktnosti, tak ti možno pomôžu štúdie o zobrazovaní cerebrálnej konektivity po podaní psilocybínu.

MP: Ďakujem. Vedel by si v stručnosti zhrnúť ako prebieha integrovaný zážitok? Ak prebieha v tejto integrácii výcvik, tak sa aj nejako nazýva terapia, na ktorej je založený. Aký názov má táto terapia a aké sú jej základy?

MŠ: Ide o integrovanie psychedelického zážitku do kontextu života pacienta. Integrácia začína vlastne už pred sedením so substanciou, pokračuje na druhý deň po sedení, a potom ešte v rámci viacerých psychoterapeu-

tických sedení. V skratke ide o to, aby pre biografiu pacienta relevantné vhlady boli integrované do jeho života a aby neostali iba ako izolované nezvyčajné zážitky. Môže ísť napríklad o vhlady z rodinnej dynamiky, ktorých si predtým pacient nebol vedomý. Pokiaľ viem, tak nie je ešte žiadny oficiálny výcvik a paralelne bežia rôzne pokusy o jeho vytvorenie. Terapeuti, ktorí pracujú so substanciou, robia integráciu zväčša v tom psychoterapeutickom smere, v ktorom sú vycvičení. Na to sa kladie veľký dôraz, lebo v skutočnosti to je to, čo by si mal pacient z terapie odnieť.

MP: Prebieha takáto integrácia na terapeutickej úrovni v Nemecku, respektíve v Rakúsku?

MŠ: Organizácia MIND v Berlíne, vedená Henrikom Jungaberlem viedla niekoľkodňový výcvik. Predpokladám, že to ešte nie je celkom etablované a vyvíjajú to ďalej. Upresním, že tu ide iba integrovanie psychedelického zážitku, nie o výcvik samotného sedenia s látkou.

Výcvik na psychedelického terapeuta beží zatiaľ iba v Kalifornii a potom sú robené výcviky terapeutov do štúdií s psychedelickými látkami. To robí napríklad organizácia MAPS a tiež beží výcvik terapeutov do štúdie *Compass*, čo je celoeurópska štúdia psilocybínu na liečbu rezistentnej depresie. Švajčiari sa snažia urobiť komplexný výcvik, majú však nejaké ťažkosti, najmä kvôli právnym problémom so sebakúsenosťou.

MP: Právny problém so sebakúsenosťou – teda ide o to, že sú problémy so zákonom, ak terapeut chce užiť oficiálne zakázanú látku. Podobné problémy sa však zrejme otvárajú aj pri jej ponúkaní druhým, nie? Ako vidíš túto situáciu na Slovensku. Boli by takéto výskumy u nás vôbec realizovateľné?

MŠ: Áno presne tak. Nie je veľkým právnym problémom podať pacientovi či v rámci výskumu pokusnej osobe zakázanú látku. Legislatívny problém nastáva, ak má byť užitá zdravým lekárom či psychoterapeutom za účelom vzdelania, lebo legislatíva takúto výnimku zväčša nepozná. Výskumy bežali najmä v Česku v 60. a 70. rokoch. Na našej prvej konferencii Juraj Styk popisoval svoju prvú sebakúsenosť s LSD na psychiatrickom oddelení na Slovensku. Toto použil ako príklad nevhodného *settingu*. Čiže aj na Slovensku mali niektorí lekári takúto skúsenosť, respektíve počul som o ojedinelých podaniach LSD, neviem však o nejakom kontinuálnejšom výskume.

MP: Sebakúsenosť je pre takéhoto terapeuta nutnosťou, však? Čo to presne znamená? Do akej miery sa potenciálny terapeut musí danou látkou

prakticky zaoberať, koľko alebo ako často ju konzumovať? Musí mať skúsenosť s viacerými látkami? Čo má pritom na sebe objaviť? Prepáč za zámernú naivnosť otázok, ale kladiem ich za klarifikačným účelom.

MŠ: Vo výcviku terapeutov organizovom MAPS, pre potreby výskumu MDMA na terapiu posttraumatickej stresovej poruchy, je požadovaná aspoň jedna sebaskúsenosť s látkou. Tá je ponúkaná pre terapeutov v Kalifornii. Ako alternatíva môže byť holotropné dýchanie s certifikovaným terapeutom. Často však takíto terapeuti vyhľadávajú skúsenosti napríklad s ayahuascou, ktorá sa dá užiť v rôznych centrách či v rámci šamanskej ceremónie v amazonskom pralese. V Holandsku, kde sú legálne takzvané *truffles* obsahujúce psilocybín, bývajú legálne ponúkané *retreaty* s látkou. Jedna skúsenosť s látkou môže byť pre terapeutov vnímaná ako nedostatočná, najmä pri obrovskom spektre zážitkov, ku ktorým môže dôjsť v rámci takéhoto sedenia.

MP: V čom ťa oslovili psychedelické látky, že sa o ne tak intenzívne zaujímaš? Niektorí ťa dokonca v našom prostredí považujú za niečo ako ich obhajcu. Treba ich vôbec hájiť? A pred kým? O ktoré látky menovite ide – myslím tým, ktoré sú v tvojom zábere a čo presne znamená, že sa o ne zaujímaš?

MŠ: Na psychedelikách je pre mňa najmä fascinujúca mnohorakosť ba až tajomnosť zážitku, ktorý dokážu vyvolať. Ak je to skutočne tak, že ide o nešpecifické amfikátory psychického prežívania, tak je to ako pozeráť sa na psyché pomocou mikroskopu. Toto implicitne potom nemá obrovský dosah len na klinickú psychiatriu, ale aj na rôzne iné odbory od etnológie po filozofiu, respektíve pre vývoj nových vedných odborov. Nevie, či tieto látky treba hájiť, ale myslím, že by sa mal vytvoriť priestor pre ich skúmanie, respektíve využitie, ak bude toto dostatočne preukázané. Doterajšie výskumy hovoria, že môžu mať silný terapeutický efekt. Klasické psychedelické látky sú psilocybín a LSD, alebo aj meskalín či DMT. Látka MDMA, ktorá sa zvykne označovať ako extáza, sa medzi odborníkmi na tomto poli nechápe ako psychedelikum, ale ako empatogén, respektíve entaktogén.

MP: Ak ide o nešpecifické amplifikátory, tak aj negatívneho prežívania. Na Slovensku sú psychedelika odborníkmi v oblasti duševného zdravia a adiktológii vnímané skôr negatívne. Nemôžem to doložiť žiadnymi dátami, je to skôr môj pocit potom, čo som sa o nich na viacerých fórach debatoval s kolegami. Ide prevažne o obavu z psychotických a anxiózných stavov po ich užití a z posilnenia habitu užívania psychoaktívnych látok namiesto udržania si čistej hlavy. Je ich účinok účinkom na čistú hlavu?

MŠ: Súhlasím. Ani klasická terapia nie je prechádzka ružovou záhradou a rovnako aj pri psychedelikách treba rátať s náročnými stavmi. Pacient by mal byť o tomto tiež veľmi dobre informovaný. Dočasné anxiózne stavy sú vhodnými terapeutickými intervenciami dobre zvládnuteľné. Psychotickým epizodám sa dá predchádzať najmä dobrou selekciou pacientov. Ak ťa to bližšie zaujíma, tak v našom bulletinu z roku 2016 je preložený článok od Juraja Styka *Integrácia a krízová intervencia*, kde sa tomu tento slovenský psychiater, zakladateľ Švajčiarskej lekárskej psycholytickej spoločnosti, venuje.

MP: U zástancov psychedelík osobne vnímam dve charakteristiky, čo však môžu byť predsudky, ktoré mi možno narušíš. Prvou je, že sami užívajú psychedelické látky, prípadne aj iné. Druhou, že poukazovanie na ich pozitíva má niekedy tendenciu preklopiť sa do nekritickej polohy, ktorú v psychiatrii označujeme ako idealizácia a s ktorou je často spojená devalvácia iných pozitívne účinkujúcich prístupov k duševnému zdraviu. Skrátka, z poukazovania sa stane propagácia. Niečo podobné sledovať napríklad v marihuanovej subkultúre – že totiž marihuana je liek a tak podobne. Čo na tieto dve charakteristiky hovoríš?

MŠ: Tiež to tak vnímam, že v psychedelickej subkultúre sa niekedy psychedelická vnímajú ako panaceum. My v SAPAS sme si však vedomí limitov. Stačí si pozrieť tie štúdie, ani v nich nie sú stopercentné výsledky – ako pri ničom. Často sa na nás obracajú ľudia s psychickými problémami a pri bližšom skúmaní prídeme na to, že ešte ani nevyhľadali psychológa či terapeuta a už túžia po turboterapii psychedelikami. Samozrejme ich odkážeme na klasickú psychoterapiu, respektíve odporučíme psychiatrickú konzultáciu, ak sa nám zdá, že je to potrebné. Psychedelická by nemali užívať najmä ľudia s psychotickou epizódou v minulosti, respektíve ak sa táto vyskytla v rodine. Psychedelický zážitok môže byť veľmi náročná a niekedy až traumatizujúca skúsenosť, ak nie je správne vedená.

MP: Takže selekcia vhodného pacienta je veľmi potrebná. Podľa čoho sa ale terapeut rozhodne, že práve tento človek by mohol z psychedelickej terapie profitovať, že by mu mohla pomôcť?

MŠ: Áno, samozrejme je prísna selekcia pacienta dôležitá. O niektorých diagnózach sa stále diskutuje, napríklad o hraničnej poruche osobnosti. Z osobných rozhovorov mám informácie, že asi pätine až desatine všetkých svojich klientov terapeuti ponúkli sedenie s látkou. Išlo o prípady, kedy sa v klasickej psychoterapii klienti už nevedeli ďalej pohnúť, respektíve ich problémy sa dotýkali tém, ktoré sú ťažko verbálne prístupné.

MP: Prečo psychedeliká, a nie halucinogény, teda termín na ktorý sme u nás zvyknutí a ktorý používa nielen WHO vo svojej ICD-10 a ICD-11, ale aj Americká psychiatrická spoločnosť v DSM-5? Nie je to zbytočná disonancia alebo dokonca provokácia? Neodkazuje to zbytočne na problematiku sedemdesiate roky, kedy boli látky ako LSD veľmi populárne? Nejedná sa tu o adopciu termínu skôr zdola?

MŠ: Ja vnímam psychedeliká ako podskupinu heterogénnej skupiny halucinogénov, kam by som radil klasické psychedeliká ako LSD, atypické psychedeliká ako salvinorín, disociatívne anestetiká ako ketamín, dextrometorfán, anticholinergiká ako atropín alebo látku ibogaín.

Klasické psychedeliká nevyvolávajú typicky halucinácie. Psychopatologicky ide skôr o pseudoilúzie. Preto je toto označenie skôr zavádzajúce a zbytočne patologizujúce, ak hovoríme o terapeutickom podaní. Termín psychedelikum sa zdá vhodnejší vzhľadom na jeho neutrálnu konotáciu a presnejší popis ako niečoho myseľ manifestujúceho vzhľadom na to, ako psychedeliká účinkujú. Ak by sme hovorili o halucinogénoch, tak by mali spôsobovať iba poruchy či zmeny vnímania. Fenomenológia psychedelického zážitku je však oveľa komplexnejšia.

MP: Súhlasím, že je tu fenomenológia širšia. Psychedelikum je teda vhodnejší a presnejší termín vzhľadom na terapeutické užitie. Podľa mňa napríklad pseudoilúzia nemanifestuje nič z mysle. Pseudoilúzia je proste pseudoilúzia, je to psychopatologický znak indukovaný konzumáciou psychoaktívnej látky.

MŠ: Presne tak, termín halucinogény je podľa mňa redukcionistický. Na ilustráciu, psychedeliká sa v literatúre, respektíve v subkultúre, nazývajú aj ako oneirogény, psycholytiká, psychotogény, ale aj enteogény, somatodeliká či mystikomimetiká. Známy je aj termín psychotomimetiká. Toto poukazuje na to, aká komplexná psychedelická skúsenosť môže byť.

MP: Veľmi pekne ti ďakujem za rozhovor. Chcel by si ešte niečo dodať alebo odkázať čitateľom Alkoholizmu a drogových závislostí?

MŠ: Ja ďakujem. Je to príjemné prekvapenie, že sa o túto tému zaujímate. Čitateľom a čitateľkám by som odkázal, nech svoj časopis čítajú ďalej, lebo sa venuje dôležitej téme v rámci psychiatrie. Na adiktologickom poli sa totiž neustále deje niečo nové, tak treba udržiavať krok.

MUDr. Michal Patarák
MUDr. Martin Šurkala