

Represja świadomości śmierci a podróż psychodeliczna

(Repression of death consciousness and the psychedelic trip)

by

Varsha Dutta

Journal of Cancer Research and Therapeutics - Lipiec-Wrzesień 2012 - Tom 8 - Numer 3

wersja ang. www.en.psilosophy.info/yjbhwrncigwareicgakbcit

original report: [http://www.psilosophy.info/resources/Repression of death consciousness and the psychedelic trip.pdf](http://www.psilosophy.info/resources/Repression%20of%20death%20consciousness%20and%20the%20psychedelic%20trip.pdf)

[tłumaczenie: cjuchu]

Spis Treści:

Streszczenie

Wprowadzenie

Konstruowanie zrozumiałego świata

Śmierć a medycyna

Psychodeliki a spojrzenie historyczne

Trip psychodeliczny

Obecna fala

Wyjście

Odnosiniki

Varsha Dutta: Department of Clinical Neuroscience and ACRO, Dr. Balabhai Nanavati Hospital, S. V. Road, Vile Parle, Mumbai, India.

For correspondence: Dr. Varsha Dutta, Department of Clinical Neuroscience and ACRO,

Dr. Balabhai Nanavati Hospital, S. V. Road, Vile Parle, Mumbai, India. E-mail: varsha.dutta@vinnana-cns.com

Streszczenie

Śmierć jest naszą najbardziej wypartą świadomością, tkwi w naszym uwarunkowaniu jako pierwotny strach. Być może koniecznym było, aby obawa ta została u człowieka wyparta gdyż zostałby on ciśnięty o ciemne siły natury. Na gmachu tym został wzniesiony współczesny etos, gdzie czczono było "zaprzeczanie śmierci" przy jednoczesnym "ujmowaniu symbolicznej nieśmiertelności człowieka", więc ideologia ta wywróciła po prostu i wyparła rozpatrywanie grzechawiska tego, co nieuchronne, gdy ostatecznie się zapowie. Gdyby powoli przebiło to drogę do całego życia, "śmierć" stałaby się wkrótce terminologią również w medycynie i utwierdziła swą pozycję, dając impuls tym, którzy bezpośrednio mają do czynienia z umierającymi, do unikania jej emocjonalnego i duchowego cierpienia. Potrzeba zbycia śmierci i wydłużenia życia stała się jeszcze bardziej nagląca. Badania stosujące psychodeliki u nieuleczalnie chorych, które rozpoczęły się w latach 1950 i 1960 wymusiły kolejną dziedzinę i zmieniły oblicze medycyny; lecz agresja, z jaką się zmagaly w latach 1960 została wkrótce politycznie wypaczona, a to, co pozostało, było sporadycznymi wylewami, które przesączały się z europejskich laboratoriów i podziemnych obozów dla rekrutów. Teraz, gdy podnoszona jest kurtyna, ponownie wytrawia się kwestia stosowania leków psychodelicznych w medycynie, zwłaszcza w psychoterapii psychodelicznej u nieuleczalnie chorych. Studium to jest próbą filozoficznego zbadania niepokoju przed śmiercią od jego kontekstu egzystencjalnego i tego jak coś, co jest przyrodzone naszemu uwarunkowaniu, nie może zostać terapeutycznie wyleczone. Stosowanie psychodelików było niezmiennie związane z kulturami starożytnymi i dopiero niedawno ujrzało swoje naukowe odrodzenie, z którego to kultura naukowa obrosła w terapię psychodeliczną. Ile z tego, co było nanizane w obyczajach rytualnych i duchowych, może być wydobyte i zinterpretowane w naszym własnym zmechanizowanym języku medycyny, jest kwestią, która dotyka wielu.

Słowa kluczowa: Świadomość śmierci, LSD, psychodeliki, terapia psychodeliczna, nieuleczalnie chory.

Wprowadzenie

Zaprzeczanie świadomości śmierci

Nasz najbardziej pierwotny niepokój wyrasta z wyparcia naszej świadomości śmierci. Buddyzm wysłał nam tę zapowiedź dla zagubionej, być może odpornej wizji. Dramatyczna iluzja samoświadomości spoczywa w sposobie, w jakim Buddyizm dekonstruuje to poprzednie "poczucie siebie", jako wzajemnego oddziaływania mentalnego i fizycznego¹. Ten pierwotny niepokój, który był nieodłączną częścią ludzkiej kondycji, musiał zostać stłumiony w człowieku albo zagubiłby się on w obszernej otwartości natury, nieznanego². Musiał zostać ukształtowany i ugruntowany w taki sposób, aby mógł pogodzić się z jego istnieniem. Przewyciężając strach tego wypartego lęku przed śmiercią, człowiek wyłania się w rzeczywistości jako swój własny obrońca i żywiciel, interpretowany jako "projekt edypalny"³. Buddyizm przypisuje to wysiłkowi ideacyjnego "poczucia siebie" w autonomii własnej; nieugięte dążenie do chęci okiełznania tej uwarunkowanej świadomości, jako symbolicznie nieśmiertelnej.

Nie jest wyposażony by zmierzyć się z totalnością swej dualnej egzystencji, pierwszej, która zakwitła jako rana narodzin, i drugiej, bardziej brutalnej represji nieuchronnego - rychłej śmierci; dualności zrodzonej paradoksalnie z tego samego lęku¹. Już od chwili, gdy rana urodzeniowa wyłoniła się jako "świadomość uwarunkowana" musiała utkać kokon swej ochrony, znaleźć znaczenie w egzystencji, stać się realną. Dzięki temu jego świadomość zaczęła być ugruntowana, zakorzeniona w rzeczywistości jego własnego konstruktów, w świecie, który sam przewidział, historii własnej umacniającej się w zbiorowej psychice człowieka, ciskając go w wir zobiektywizowania się w świecie realnym⁴.

Lecz gdyby nie zabezpieczył tego realnego świata, w którym żyje, zostałby rzucony w otchłań niebytu, pustkę, która nadgryzłaby rdzeń jego egzystencji, jeśli by nie zapewnił sobie miejsca w świecie. Podkreśla to buddyjską dekonstrukcję niepokoju ego odnośnie własnej "sunjaty" (pustki) i jego nieznaną dualizmu przedmiot-podmiot. Głęboko zakorzenione w tradycji Mahayany i Advaity Vedanty, to pierwotne poczucie iluzorycznego rozłam między ja, a światem, było spowodowane niewiedzą¹.

Kant, w swojej "pierwszej Krytyce", próbował pokazać tę fundamentalną skazę, która leży u podstaw metafizyki tradycyjnej, "założenie, że o świecie można poczynić stwierdzenia wiedzy merytorycznej niezależnie od doświadczenia". Dźgnął on w samo serce ideologii metafizycznej twierdząc, że "niemożliwe jest wiedzieć a priori cokolwiek o świecie jako takim, niezależnie od naszego aparatu poznawczego"⁴. "Choć możemy poczynić pewne twierdzenia a priori, twierdzenia te nie dotyczą rzeczywistości jako takiej, lecz tylko rzeczywistości, która jest przez nas doświadczana. Jest tak tylko dlatego, że posiadamy pewne zasady poznawcze umożliwiające nam doświadczanie świata, o którym możemy poczynić pewne twierdzenia, świata na jaki wygląda"⁴. To błędne rozumowanie zostało rozważone bezpośrednio ze sposobu, w jaki obserwujemy tę obiektywną rzeczywistość jako drugorzędną, gdyż aby ta obiektywność pozostała spójna, każdy z nas konstruował rzeczywistość w sposób, który skrywał przed nami wiedzę, że ją skonstruowaliśmy. Można to zaobserwować w sposobie, w jaki doświadczamy rzeczywistości, sposobie, w jaki jawią się nam rzeczy, jakby były niezależne od naszej natury⁵.

Konstruowanie zrozumiałego świata

To wtedy, gdy zachodnia cywilizacja zaczęła eksplodować jako Renesans, przyniosła ze sobą nową falą sukcesu, a z nią izolację i rozpacz¹. Ta fala rozlała się na kolejne stulecia, kielkując wraz z nowymi nasionami, w pilne pragnienie człowieka własnej wybitności i rozgłosu, czegoś, co ugruntowało sobie mocną pozycję w jego świadomości, jako niejasne pragnienie własnej symbolicznej nieśmiertelności¹.

By zabezpieczyć to zbędne, subiektywne ja, musiał trzymać się świata obiektywnego, odgrywać swą rolę, nieunikniony akt samej świadomości siebie, którą został obdarzony poprzez akt narodzenia. Obciążen tych miał nie ponosić sam, musiało się to niwelować w społecznym akcie bycia sobą, w próbie solidarności ze swymi bliźnimi, tak, żeby rekompensowało się zbiorowo. Ten wciąż powtarzający się akt człowieka osadził się w jego świadomości zbiorowej, z której nie było patrzenia wstecz^{5,6}. To doświadczające ja skonstruowało w jego jaźni realizm, który stał się całością, w której zaczął on uchwycać swą najprawdziwszą zdolność bycia, często żyjąc w złej wierze, *mauvaise foi* jak przyznał Sartre⁷. Pogląd człowieka na siebie stał się stały i powtarzalny, zdeterminowany przez zbiorowe szaleństwo, które było poza jego kontrolą. To właśnie ten "pretekst braku

wolności dał mu więcej swobody by wyprzeć się odpowiedzialności w dobrej wierze"⁷. Przesącza się to do szukania przez człowieka jedności i znaczenia w jego egzystencji, gdy ich nie było, ponieważ wiedział, że gdy istnieje "żądanie" znaczenia zamiast "szukanie", żądanie to było daremne gdyż poczynione zostało w śmierci jego historycznych i metafizycznych ideologii⁷.

Świadomość ta jedynie nadgryzała rozpacz, a poczucie swej marności miało stawać się jeszcze dotkliwsze, gdy ktoś umierał. Nie było się po prostu na to przygotowanym; świadomość oddzielenia od siebie, od życia, nigdy nie wydawała się tak realna.

Współczesny etos został zbudowany na gmachu, w którym zaczęło być czczone "zaprzeczanie śmierci"⁸ przy jednoczesnym "ujmowaniu symbolicznej nieśmiertelności osoby", więc ideologia ta raczej po prostu wyrzuciła niż stłumiła rozpatrywanie grzęzawiska nieuniknioności, gdy nadchodziło ono nawołując^{9,10}. Pomimo jego niewygodnego, zachodniego pochodzenia, stopniowo zaczęło to rozchodzić się na wszystkie rozwijające się kultury.

Śmierć a medycyna

Gdy "śmierć" stała się terminologią w medycynie, potwierdziło się jedynie to stanowisko, dając osobom bezpośrednio związanym z umieraniem, dźwignię do ucieczki od jej przejmującej, emocjonalnej i duchowej strony, przychodzącą z nią naturalnie. Potrzeba odwleczenia śmierci i przedłużenia pozostałych dni osoby stała się jeszcze bardziej nagląca, nawet gdy płomyk życia szybko zanikał¹¹.

Zmiana nadeszła, kiedy ta siła oddziaływania ujawniła się jako banalna obawa, przylegająca do samego aktu umierania a nie po prostu jego następstwa. Kubler Ross¹² wkrótce doprowadził w Anglii do ruchu hospicyjnego, gdzie zmiany w doświadczeniach umierania przybrały bardziej życzliwy obrót. Równocześnie rozpoczęły się już badania stosujące psychodeliki u nieuleczalnie chorych, w latach 1950 i 60, co odmieniło oblicze medycyny, gdyż wymusiło kolejną dziedzinę.

Noyes¹³, który pracował z doświadczeniami bliskimi śmierci, podkreślił kluczowe etapy umierania, gdzie w końcowej fazie transcendencji, (*po początkowym oporze i finalnym oszacowaniu życia osoby*) następował mistyczny stan świadomości i znikwały granice osobowe. Osoba czuła, że odczucie oddzielenia, które istniało w rzeczywistości, szybko się rozpuszczało, gdy wchodziła w harmonię ze wszystkim wokół. Noyes¹⁴ wyjaśnił, że ludzie, którzy mieli te doświadczenia wywołane u nich albo sztucznie albo naturalnie, wyrazili pewną klarowność odnośnie tranzytu śmierci i odrodzenia. To symboliczne znaczenie przetranscendowania śmierci zerknęło na kulturę Zachodnią i użyczyło jej spostrzegawczego wejrzenia poprzez terapię psychodeliczną kilka dekad przed obserwacją Noyesa.

Psychodeliki a spojrzenie historyczne

Z relacji Grofa i Halifaxa (1977)¹¹, Walentyna Pawłowna Wasson, pediatrka zaintrygowana stosowaniem grzybów psychodelicznych przez Meksykanów, była pierwszą odnotowaną osobą z Zachodu winicjowaną w święty rytuał prowadzony przez *mazatecką curanderę* (*medicine woman*); było to nieodłączne w rdzennych kulturach kolumbijskich i szeroko rozpowszechnione w całej Ameryce Środkowej. Wpływ grzybów pozostawił głębokie wrażenie na Wassonach i sprawił, że Walentyna ujawniła później, że mogłyby być stosowane do badania głębokich doświadczeń psychicznych a być może nawet rozszerzone na pozostałe medyczne zastosowania. Grzyby zostały botanicznie zidentyfikowane jako *Psilocybe mexicana* (Psylocybinowe).

Aldous Huxley, pierwszy zadeklarował, że leki psychodeliczne mogą być użyte do wspierania umierania. Jego zainteresowanie śmiercią i jej duchowym przejściem wynikało z jego własnych doświadczeń. Huxley zadeklarował, że te leki "*mogłyby uczynić śmierć doświadczeniem bardziej świadomym*", pochodziło to z jego bliskiego spotkania z umieraniem, gdy dzięki psychodelicznie wywołanej hipnozie, pomógł swej pierwszej żonie w jej ostatnich godzinach, gdy umierała na raka. Także na jego własnym łóżu śmierci w 1963, ulgę przyniósł mu dietyloamid kwasu lizergowego (LSD)¹¹.

Lecz zanim Zachód odważył się eksplorować korzyści terapii psychodelicznej, legenda otaczająca mistyczne

moce uzdrawiające roślin psychodelicznych była powszechna w większości kultur starożytnych. Tworzyło to nieodłączną część wszystkich ich społecznych rytuałów wliczając śmierć, którą rozumieli jako formę transcendowania rzeczywistości ku następnemu wymiarowi. Jej symbolicznym znaczeniem było przygotowanie osoby na powstające doświadczenie i oczyszczenie spojrzenia na przebudzenie przejściowej natury świadomości¹⁵. Byłaby to poszerzona część powszechnie podzielanego doświadczenia, gdzie szaman lub mądry lider często spożywał te rośliny psychodeliczne lub sprawiał, że robiła to grupa w procesie rytualistycznym.

Psilocybina, marihuana i meskalina były rytualnie praktykowane dla doświadczeń duchowych. Dowód pierwszego medycznego i rytualistycznego zastosowania konopi w Chinach znajduje się w książce *Pên-ts'ao Ching*, z około 2000 r. p.n.e.¹⁶; jej zastosowanie przeważało w szeregu zaburzeń medycznych, od niemocy psychicznej po stosowanie jako środka znieczulającego w operacjach chirurgicznych¹⁷. Później oczywiście halucynogenne opium zastąpiło konopie, około VIII wieku naszej ery. Herodot, sam grecki historyk, był świadkiem stosowania marihuany wśród Scytów z Azji Północno-Środkowej około V wieku p.n.e. Odnotował on, że jej stosowanie leżało w centrum uroczystego rdzenia honorowania zmarłych¹⁸. Sumerowie z Bliskiego Wschodu byli wśród pierwszych stosujących konopie i już od Mezopotamii po Peru, stosowanie marihuany było powszechną praktyką rytualną, stosowanie, o którym wspomina również Stary Testament¹⁹. Plemię Yaqui z Ameryki Południowej stosowało religijnie psilocybinę i meskalinę podczas medytacji.

Godna uwagi aluzja do psychologicznie przenikającego wpływu konopi jest wspomniana w *Atharva Veda* (czwarta księga Wed 2000-1400 p.n.e.). Konopie w Indiach, były uświęcone tradycją przez ich związek z mitologicznym Bogiem Sziwą. Były one wychwalane za ich właściwości odmieniające umysł i zostały silnie splecione z komunalnym, religijnym i medycznym kontekstem²⁰. Aby osiągnąć głębokie doświadczenia duchowe lub sadhanę (duchowy), praktyka ta była niezrównana i wciąż jest powszechna wśród *Aghori* i *Shaivitów*, z sekty tantrycznej. Nawet wśród buddystów tantrycznych jej stosowanie jest dobrze znane. Sushruta wyjaśnili jej korzyści terapeutyczne dla szerokiego zakresu dolegliwości, wliczając jej stosowanie jako środka znieczulającego do mniejszych operacji i jako leku na gorączki²¹.

Między 1893-94, Hinduska Komisja od Konopi Narkotycznej została upoważniona do zbadania stosowania konopi w Indiach; rozeznała ona jej potencjalne korzyści w medycynie i uznała ją za ważny lek²². Pomimo zakorzenienia w religijnych, kulturowych i medycznych etosach, Brytyjsko Hinduski Rząd w 1896 wyegzekwował akt, który odstraszał od stosowania konopi jako intoksykantu. Rok 1930 ujrzał wydanie Ustawy o Niebezpiecznych Lekach, która nawet na poziomie państwowym utrudniła sprzedaż i posiadanie wytwarzanych leków, wliczając medyczną konopię. Ostatni gwóźdź został wbity w 1964, gdy rząd usankcjonował Jednolitą Konwencję na Ustawę o Lekach Narkotycznych, i w połowie lat 1980, uprawa, posiadanie i spożywanie konopi było surowo karane i znalazło się pod ścisłym baczeniem Ustawy o Lekach Narkotycznych i Substancjach Psychotropowych z 1985. Także halucynogenna konopia była często nazywana "Fantastika"²³, to co powoduje euforię, i jest znane z akcentowania postrzeżeń zmysłowych, poprzez zniekształcanie granic ciała i zakrzywianie poczucia czasu i przestrzeni²³.

Aktywne właściwości psychodeliczne większości tych roślin halucynogennych znalazły się pod obserwacją zachodnich naukowców dopiero niedawno. Psychodelicznymi właściwościami, które zostały zsyntetyzowane farmakologicznie są: grzyb żytni (LSD), grzyby psilocybinowe lub "magiczne grzyby" (psilocybina), oraz kaktus pejotl (meskalina)²⁴. Od pierwszego pojawienia się LSD, psychiatrzy i psycholodzy często poddawali się doświadczeniu stanów psychodelicznych tymczasowej psychozy, które pozwalały im dobrać się do skądinąd skostniałych terytoriów²⁵.

Słowo "halucynogen" jest stosowane alternatywnie tak jak psychodelik, i ma swe korzenie w grece, co dosłownie oznacza "wędrować w umyśle". Albowiem leki te nie wytwarzają tak naprawdę halucynacji, lecz powodują iluzję, wynika z tego, że jest to efekt tego leku.²⁶. Stwierdzono, że większość struktur chemicznych tych psychodelików bardzo przypomina chemiczne właściwości neuroprzekaźników w ludzkim mózgu, więc ta chemiczna furtka zapewniałaby nieuchronnie współczulne pojmowanie stanów psychotycznych²⁷.

Trip psychodeliczny

Od swych pierwszych dni, LSD zaczęło być postrzegane jako wygodny sposób na "uzyskanie dostępu do chronicznie wycofanego pacjenta" i wkrótce zyskało reputację dodatku do psychoterapii²⁸. Inni wkrótce poszli w ślad, i to Sandison był tym, który w 1953 otworzył pierwszą klinikę LSD w Anglii. Sandison i jego grupa mieli być zdania, że terapia LSD działała najlepiej u obsesyjnie neurotycznych i innych grup niepokoju²⁹. Lecz to Osmond zrewolucjonizował jego stosowanie u chronicznych alkoholików w 1957³⁰. Wykorzystywał on wysokie dawki LSD (300 µg lub więcej), czasem w połączeniu z innymi halucynogenami, i wkrótce zyskała popularność fala "terapii psychodelicznej" gdy Osmond ukuł ją po raz pierwszy. Później, psychoterapia psychodeliczna, jako dodatek, orzeźwi bariery świadomości dla rozwikłania jej mistycznych cech w całej gamie opracowań terapeutycznych^{31,32}. Zanim Kast i Collins w 1964³³ rozpoczęli swoje badania nad stosowaniem psychodelików u umierających, raporty Sherwood *et al.*, oraz badania Savage *et al.*, rzuciły już światło na to, jak większość pacjentów przewyciężała swój strach przed śmiercią.

Wczesna praca Kast'a w latach 1960 o analgetykach doprowadziła go do LSD, które jak się dowiedział, mogło "znacznie zniekształcić obraz ciała i zmienić granice ciała", oprócz tego LSD mogło zatamować potrzebę własną ciała do wybiórczej koncentracji na fizjologicznym wrażeniu bólu. W 1964, on i jego kolega, Collins wydali pracę o LSD, gdzie porównali jego efekty łagodzące ból z przeciwbólowymi opiatami, Dilauidem (dihydromorfinon) i Demerolem (meperydyna) na grupie pacjentów z silnym bólem fizycznym, wśród których było kilku z różnymi typami i stadiami raka. LSD okazało się być ponadprzeciętnym lekiem. Co ich uderzyło, to że pacjenci po swych doświadczeniach z LSD mogli z łatwością odtrącić strach przed zbliżającą się śmiercią. To, co nastąpiło później, to jego badanie 128 pacjentów z rakiem przerzutowym, w oparciu o niepsychoterapeutyczną, lecz które poszerzył do ich fizjologicznych aspektów postaw, emocji oraz wzorców snu związanych z ich chorobą i śmiercią. Podana dawka 100 µg LSD nie tylko znacznie zmniejszyła ich ból, co trwało przez około 12 godzin, lecz także zmniejszyła jego intensywność na 3 tygodnie. Dziesięć dni po sesji, sen również poprawił się u tej grupy i zdawali się mniej zaprzętni śmiercią^{11,25}.

Rok 1966 ujrzał Kasta intensywnie zajętego osobistymi i filozoficznymi doznaniem pacjentów z nieuleczalnymi chorobami nowotworowymi, które miały przed sobą tylko kilka tygodni lub miesięcy, nieuchronna rzeczywistość, której były świadome. Tak jak przedtem, 100 µg LSD nie tylko miało łagodzący wpływ na ból fizjologiczny, emocje i wzorzec snu, lecz Kast opisał, "szczęśliwe uczucia oceaniczne", "które pokonują strach przed śmiercią i przynoszą poczucie wspólnoty, dzięki czemu postrzegali siebie i tych wokół siebie z pewnym filozoficznym i religijnym przykazaniem, które było poza racjonalizacją wszelkich danych liczbowych lub wykresów"^{11,34}.

Kast ustalił formę, z której kształtu nabrały przyszłe badania. Gary Fisher³⁵, kolejny badacz, w swej pracy w 1970 uwydatnił więcej osobistych doświadczeń umierania, i omówił to w świetle doznania transcendentnego zdobytego z praktyki, bądź duchowej bądź indukowanej sztucznie poprzez psychodeliki. Fisher podkreślił doświadczenia umierającego pacjenta, którego obawa przed śmiercią osłabła gdy zaczął widzieć ją mniej jako fizyczne odejście a bardziej jako ciągłość siły życiowej.

Gdzieś w latach 1960 jednoczesna praca nad LSD, badająca jego psychoterapeutyczne korzyści była kierowana przez Stanisława Grofa w Pradze, w Czechosłowacji¹¹. Praca Grofa z LSD była oparta na teorii i praktyce psychoanalizy na pacjentach psychiatrycznych, mając wkrótce z tego wyrosnąć by stać się niezależną szkołą samą w sobie i objąć swym zakresem doświadczenie transpersonalne i transcendentale. Zintegrowało się to na przestrzeni lat w terapię psychodeliczną związaną z umieraniem. Pod wpływem swej pracy z pacjentami psychiatrycznymi, którzy informowali o osłabionym odczuwaniu własnego lęku przed śmiercią dzięki terapii LSD, Grof kontynuował te same pomysły z pacjentami, dla których śmierć była nieuchronną rzeczywistością, a to doprowadziło go do pracy z chorymi na raka. Wkrótce pracował z innymi badaczami w Spring Grove, które później stało się Psychiatrycznym Centrum Badawczym Maryland (MPRC - Maryland Psychiatric Research Center) stosując specyficzną formę terapii psychodelicznej u nieuleczalnie chorych³⁶.

To, co zaczęło się w MPRC w 1963, jako badanie terapeutycznego potencjału LSD na alkoholikach i neurotykach zaczęło wkrótce, choć niespodziewanie, służyć nieuleczalnie chorym. Ujawniło się to w sytuacji, gdy u jednej z ich własnych członkiń zespołu badawczego rozwinął się rak przerzutowy, i w obliczu tego przeszła ciężką depresję i niepokój; terapia LSD okazała się dla niej szczytowym doświadczeniem osobistym, w

którym mogła się skonfrontować i rozwiązać swe lęki przed nieznanym¹¹.

To, co zostało zainicjowane jako terapia psychodeliczna zostało wkrótce nazwane terapią szczytu psychodelicznego³⁶, gdyż często przy wysokiej dawce psychodeliku (350-400 µg), osiągało się szczytowe doświadczenie transcendentale, lecz by było ono sprzyjające, pacjenci przechodzili wstępnie intensywną psychoterapię, która trwała przynajmniej 20 godzin.

Praca w Spring Grove rozrosła się by stać się najlepiej udokumentowanym badaniem psychodelicznym tych czasów³⁷; a badania nie słabły aż do 1976, kiedy Wszechstronna Ustawa Zapobiegania i Kontroli Nadużywania Leków (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act) z 1970 została wymuszona pod naciskiem politycznym z powodu rosnących problemów nadużywania leków³⁷.

Dipropylotryptamina (DPT), kolejny psychodelik również zbadano w dwóch badaniach nad rakiem w miejsce LSD, gdyż jej właściwości były podobne do LSD, lecz mniej czasochłonne³⁸. Potrzebowała na działanie około 1,5 do 6 godzin a jej efekty również łatwo zanikały w odróżnieniu od LSD, które wymagało znacznej ilości czasu. Poterapeutyczne korzyści DPT imitowały LSD. Sugerowano, że jest lepszą alternatywą niż LSD, lecz z powodu jej szybkiego początku, pacjenci uważali często ten nagły wstrząs psychologiczny za przytłaczający³⁹.

Wkrótce w USA ujrzano zanik badań psychodelicznych, i jeśli sporadycznie kontynuowano jakiekolwiek badania, były one publikowane anegdotycznie. Nawet jeśli było to głęboko zakorzenione w badaniach medycznych w latach 1950 i 1960⁴⁰, stosowanie dragów na scenie rekreacyjnej osiągnęło w latach 1960 status kultu, po czym stało się medycznym i socjopolitycznym tabu⁴¹.

Kolejna klasa znana jako entaktogeny obejmująca środek MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetaminę), była popularna jako drag uliczny, ekstaza, od ostatnich dwóch dekad. Na początku lat 1980, zaczął być stosowany w oparciu psychoterapeutycznej, gdyż poprawiał stan wglądu kontemplacyjnego⁴², i pomagał sięgnąć do wypartych części psychiki. Robi to poprzez łagodzenie strachu w momencie w przeciwnym razie emocjonalnie przeciążonym⁴³; dlatego jego silne zastosowanie zostało docenione dla nieuleczalnie chorych⁴⁴.

Klasyczne psychodeliki (LSD i psilocybina) są niezależniące, znane są z niepowodzenia żadnej zależności fizjologicznej i są nietoksyczne⁴⁵⁻⁴⁷, dlatego obecni naukowcy usiłują przywrócić te leki przez ich wyjątkowe zastosowanie w łagodzeniu obciążenia egzystencjalnego, pojawiającego się u nieuleczalnie chorego.

Badania psychodeliczne ponownie startują, lecz ostrożnie. Badania kontynuowano w Europie w latach 1980, lecz były ograniczone głównie do praktyki prywatnej. Jednakże to w Szwajcarii napotkały na najmniejszy opór, i badania kontynuowano pomimo ogólnoswiatowego zakazu w 1971. W 1988, rząd przyznał licencje na wyłączne badanie psychoterapii z MDMA, psilocybiną, i LSD^{25,48}.

Obecna fala

Współczesne badania nad psychodelikami są delikatnie wrywane z macek politycznych, które nie tylko sprawiły, że jest to szkodliwe dla współczesnego zdrowia, lecz także zaciskały pięść wokół wszelkich prób badań, które w przeciwnym razie mogłyby dowieść swej poprawności. To, co zniechęcało też do ich używania to, że nie zyskałyby na tym firmy farmaceutyczne, gdyż nie było żadnych patentów do posiadania, a także leki te nie wymagają regularnego stosowania. Przeważnie wystarczyło kilka sesji terapii, a czasem nawet pojedyncza podróż na LSD mogła odmienić czyjeś życie.

Większość obecnych badań dotyczy pacjentów, którzy wykształcili drugorzędne zaburzenie związane z lękiem powiązane z końcowym stadium raka, a które było odporne na terapię anksjolityczną i psychoterapię⁴⁵. Ich branża jest inspirowana wcześniejszymi pracami Kasta, w których terapia lekowa jest stosowana jako dodatek do psychoterapii.

Zarówno LSD jak i psilocybina są podobne strukturalnie do neuroprzebieżnikowej serotoniny i mogą bezpośrednio wpłynąć na jej szlaki w mózgu. Badanie stosujące psilocybinę, jest prowadzone na Uniwersytecie Kalifornii w Los Angeles UCLA, USA, przez Charlesa Groba, który czekał ponad 10 lat nim dostał zgodę na pilotażowe badanie 12 pacjentów z zaawansowanym stadium raka, u których rozwinęło się ciężkie zaburzenie

lękowe. Psilocyбина została wybrana zamiast LSD dlatego, że jej działanie jest krótsze, a także jej efekty mogą być łatwo kontrolowane^{45,49}. Pacjenci byli kontrolowani placebo i wspomagani psilocybiną w podwójnie zaślepionym badaniu. Domniemaniem tego badania jest to, że grupa psilocybinowa będzie się miała lepiej niż kontrolni podczas doświadczania zmniejszonego bólu, niepokoju i depresji, które to efekty, jak się przypuszcza będą trwały poza okresem badania; a także ograniczą potrzebę terapii przeciwlękowej i przeciwbólowej. Pod wpływem pracy Grob'a, podobne badanie zostało przeprowadzone przez Sameeta Kumara, TBD, USA u pacjentów z czerniakiem w stadium IV⁴⁹.

Podobne badania zostały zainicjowane przez Johna Halperna w Szpitalu McLean, Szkoły Medycznej Harvarda, stosujące MDMA jako dodatek do psychoterapii dla pacjentów z niepokojem wtórnym w końcowym stadium raka. W maju 2012, Multidyscyplinarne Stowarzyszenie do Badań Psychodelicznych (MAPS - Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies) przedłożyło roczny raport o szwajcarskich badaniach według Petera Gassera. Gasser i jego zespół prowadzi badania nad psychoterapią wspomaganą LSD u dwunastu badanych z niepokojem związanym z zaawansowanym stadium choroby (rak, choroby metaboliczne i autoimmunologiczne).

Psychoterapia wspomaganą psilocybiną jest również prowadzona na Uniwersytecie Johnsa Hopkinsa, w Baltimore, w USA; gdzie głównym badającym jest Roland Griffiths. Badanie to uwzględnia pacjentów z wczesnym, nieterminalnym rakiem.

Wyjście

Obawy etyczne w przeważającej części będą się utrzymywać przy stosowaniu tych leków psychodelicznych u badanych ludzi, lecz by zrozumieć pełen zakres tych obaw etycznych poza takim badaniem trzeba również wczuć się w poglądy pacjentów zmieniających perspektywę na swe życie, zwłaszcza gdy widzą nieuchronność nietrwałego ja. Lecz podróż psychodeliczna wzmacniająca uświadomienie ciągłości, co rozwiewa ego w bezgraniczną całość jest tym, co wydaje się pocieszające dla umierającego⁵⁰. Wkrótce potem LSD załapało się na nową falę badań medycznych, Albert Hoffman, który opracował ten wynalazek wyraził opinię, że psychodeliki mogły zobaczyć drogę ku przyszłości dzięki psychologii transpersonalnej⁵¹. Dodał jeszcze, że *"tylko dzięki tej drodze psychologii transpersonalnej, możemy uzyskać dostęp do świata duchowego."*⁵¹

Stanislaw Grof był zwolennikiem tej szkoły terapii transpersonalnej, wraz z Abrahamem Maslowem, który zakładał, że odmienne stany świadomości (OSŚ) były kluczem do uświadomienia sobie dobrego samopoczucia psychicznego osoby. Psychodelicznie wywołane OSŚ "mogą katalizować reakcję terapeutyczną" poprzez nadanie znaczenia terapii⁵⁰. Praktyka ta była dobrze znana wśród większości dyscyplin duchowych, zwłaszcza Buddyzmu, gdzie większość mnichów miało doświadczenia z psychodelikami, zgodnie z ich tradycyjnym ślubowaniem.

Gdy powrócimy do historii badań psychodelicznych nie trudno każdemu zauważyć, że dziedzina ta była obiecująca w swych początkowych etapach, nim została stłumiona w latach 1960 i 70. Najpierw poczucie bezpieczeństwa, w którym badacze i terapeuci kontrolowali swój zapas LSD a później bum ruchu kontrkulturowego prowadzonego przez harwardzkiego psychologa Tima Leary'ego doprowadził do jego masowego stosowania w większości w sposób profanatorski. Więc chwyt zacieśnił się bardziej z powodu obaw społecznych niż z powodu jakichkolwiek problemów medycznych związanych z LSD i innymi psychodelikami⁵².

Sprzyjająca zmiana trendu w kierunku przywracania psychodelików do badań nastąpiła dzięki badaczom w rodzaju Strassmana i zgodnym wysiłkom organizacji w rodzaju Multidyscyplinarnego Stowarzyszenia do Badań Psychodelicznych (MAPS - Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies) oraz Organizacji Hefftera, które były pionierami w badaniach medycznych tych leków.

Aby badania były kontynuowane, i pozostały nietknięte przez pogwałcenia polityczne, obowiązkiem osoby lub badaczy bezpośrednio z tym związanych stało się włożenie świadomego wysiłku w wyraźne odejście od sentymentalnej postawy przeszłości, która wytworzyła większość niepotrzebnej moralnej i medycznej historii odnośnie stosowania psychodelików⁵³. Niektóre ze skandali obejmujące wcześniej znane badania sponsorowane przez CIA (MK-ULTRA)⁵⁴, gdzie badano LSD jako serum prawdy, zrobiły wystarczająco wiele by splamić jego reputację; lecz, nawet po prohibicji na badania konwencjonalne, stosowanie psychodelików rozpowszechniło się jako kultura podziemna, a restrykcje prawne niewiele mogły z tym zrobić. Więc problemem jest nie to, czy

badania medyczne zwiększyłyby nacisk na stosowanie rekreacyjne i wzmogłyby nadużywanie, pytaniem jest, jak wiele tej swobody medycznej faktycznie uwolni się od jej własnych ekscesów. Można było zobaczyć, że wyeliminowanie penalizacji karnej za stosowanie leków niezależniących niewiele dało dla eskalacji ich rekreacyjnego stosowania w Holandii i Portugalii.

Wreszcie, jesteśmy związani tym nieuniknionym zaniepokojeniem będącym nieodłącznym elementem naszej kondycji; jest to rdzeń tego, kim jesteśmy, coś, czemu nie możemy położyć kresu, ponieważ taki kres wymagałby wpięrow anihilacji ego-ja (szkoła egzystencjalna). Ale ponieważ nie może to być przewyciężone terapeutycznie^{55,56}, gdyż nie można stawić czoła strasznej ewentualności własnego stanu (naszej śmiertelności) bez lęku; musimy tłumić tę prawdę. Pofrakcjonowaliśmy rzeczywistość w stopniu, w jakim częściowo możemy sobie radzić z tym niepokojem, ograniczając nasz świat w jego wąskim obszarze, w którym mamy dostęp i kontrolę. Lecz gdy staje się w obliczu nieuchronności śmierci, niepokój ten rozwiera się w całej kwiecistości, paradoksalna postawa rany śmierci odczyniającej ranę narodzin uwarunkowuje się ponownie. Transcendowanie śmierci do kolejnej alternatywnej sfery jest centralnym tematem większości tradycji religijnych, lecz problem narasta, gdy próbujemy demitologizować te mity¹, gdy wypróbujemy i wyłudźmy ich głębsze znaczenie. Problemem jest to, że nie możemy wyswobodzić tego od mitu naszego własnego zmechanizowanego języka, do jakiego przywykliśmy (języka współczesnej nauki), gdyż możemy się odwzorowywać jedynie z tego, czego nauczyliśmy się uczyć naszą aparaturą poznawczą, co nie chroni nas od tej dualności życia i śmierci.

Więc terapia psychodeliczna nie jest lekiem na to wieczne bagno, zgoda, zmniejsza ona ciężar, dając podgląd w to, co może być, lecz czego nigdy się nie dowiemy, ale jak długo pomaga człowiekowi przebrnąć przez lęk egzystencjalny, lub tylko sparaliżować realność bólu, to dlaczego nie? Znika tu niepokój, nieznanie staje się bardziej znane, i wiedzenie tego zostaje zarzucone a my czujemy się wyleczeni jak "artysta, który nosi w sobie śmierć jak dobry mnich swój brewiarz" (Boll).

Odnosiniki

1. Loy D. The nonduality of life and death: A Buddhist view of repression. *Philos East West* 1990;40:151-74.
2. *Ibid.*, p. 49. As cited in Loy David. The nonduality of life and death: A Buddhist view of repression. *Philos East West* 1990;40:151-74.
3. Brown NO. Life against death: The psychoanalytic meaning of history. New York: Vintage; 1961. (as cited in avoiding the void, David Loy)
4. Kant I. The critique of pure reason (first critique). 1787.
5. Yalom. Existential psychotherapy. A similar realization - that the ego not only represses, but represses the fact that it represses - was a turning point in Freud's career, deflecting his investigations from the nature of the repressed to the nature of repressing. p. 222.
6. Loy D. Nonduality: A study in comparative philosophy. New Haven: Yale University Press; 1988.
7. Sartre JP. Being and Nothingness. *L'Être et le néant*. Washington Square Press. 1943.
8. Yalom ID. Existential psychotherapy. 1980, 524 pages. Basic Books, New York. p. 41.
9. Becker E. Escape from evil. p. 132, 166. New York: Free Press, 1975.
10. Aries, P. 1981 *The Hour of Our Death*, New York: Knopf. P.333.
11. Grof S, Halifax J. The history of psychedelic therapy with the dying. Chapter 2 of the human encounter with death. New York: E.P. Dutton; 1977.
12. Kubler-Ross E. Death the final stage of growth. New Jersey: Prentice-Hall; 1975.
13. Noyes R. Dying and mystical consciousness. *J Thanatol* 1971;1:25-41.
14. Noyes R. The experience of dying. *Psychiatry* 1972;35:174-84.
15. Grof S, Grof C. Beyond death, the gates of consciousness. London: Thames and Hudson Ltd; 1980.
16. Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." prepared for the senate special committee on illegal drugs Law and Government Division. 2002, library of parliament.
17. Abel. As cited in- Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." Prepared for the senate special committee on illegal drugs (Library of Parliament). 2002. p. 12.
18. Abel. As cited in Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." Prepared for the senate special committee on illegal drugs (Library of Parliament). 2002. p. 23.
19. Creighton C. On indications of the Hachish-Vice in the Old Testament. Amsterdam: Janus; 1903. p. 1.
20. Aldrich M. History of therapeutic cannabis. In: Mathre ML, editor. Cannabis in Medical Practice. North Carolina: McFarland and Company, Inc., Publishers; 1997. p. 36.
21. Aldrich. As cited in- Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." Prepared for the senate special committee on illegal drugs (Library of Parliament). 2002. p. 37.
22. *Ibid.* As cited in- Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." prepared for the senate special committee on illegal drugs (Library of Parliament). 2002. p. 38.
23. Li H-L. As cited in- Spicer L. Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marijuana Clash." Prepared for the

- senate special committee on illegal drugs (Library of Parliament). 2002. p. 59 and footnote 8 on p. 61.
24. Weil A, Rosen W. *Chocolate to morphine understanding mind-active drugs*. Boston: Houghton Mifflin; 1983.
 25. Sewick B. *Psychedelic-assisted psychotherapy for the terminally ill*. A Thesis Submitted to the Faculty of the College of Arts and Sciences Roosevelt University, Chicago Illinois, 1997.
 26. Peoples L. *Lecture 1 on hallucinogens*. Philadelphia: University of Pennsylvania; 2005.
 27. Restak R. *Receptors*. New York: Bantam Books; 1994.
 28. Busch AK, Johnson WC. LSD-25 as an aid in psychotherapy. *Dis Nerv Syst* 1950;11:241-3.
 29. Sandison RA, Spencer AM, Whitelaw JD. The therapeutic value of Lysergic Acid Diethylamide in mental illness. *J Ment Sci* 1954;100:491- 507.
 30. Osmond H. A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Ann N Y Acad Sci* 1957;66:418-34.
 31. Sherwood J, Stolaroff M, Harman W. The psychedelic experience - a new concept in psychotherapy. *J Neuropsychiatr* 1962;4:69-80.
 32. Savage C, Savage E, Fadiman J, Harman W. LSD: Therapeutic effects of the psychedelic experience. *Psychol Rep* 1964;14:111-20.
 33. Kast E, Collins V. A study of Lysergic Acid Diethylamide as an analgesic agent. *Anesth Analg* 1964;43:285-91.
 34. Kast E. LSD and the dying patient. *Chic Med Sch Q* 1966;26:80-2.
 35. Fisher G. Psychotherapy for the dying. *Omega* 1970;1:3-15.
 36. Pahnke W, Kurland A, Unger S, Savage C, Grof S. The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. *JAMA* 1970;212:1856-63.
 37. Yensen R, Dryer D. Thirty years of psychedelic research: The Spring Grove experiment and its sequels. In: Schlichting M, Leuner H, editors. *World of Consciousness*. Berlin: GAM-Media GmbH; 1992. p. 141-76.
 38. Richards W, Rhead J, DiLeo F, Yensen, Kurland A. The peak experience variable in DPT- assisted psychotherapy with cancer patients. *J Psychedelic Drugs* 1977;9:1-10.
 39. Richards W, Rhead J, Grof S, Goodman L, DiLeo F, Rush L. DPT as an adjunct in brief psychotherapy with cancer patients. *Omega Journal of Death and Dying* 1979;10:9-26.
 40. Grinspoon L, Bakalar JB. Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process? *Am J Psychother* 1986;40:393-404.
 41. Sessa B. Can psychedelics have a role in psychiatry once again? *Br J Psychiatry* 2005;186:457-8.
 42. Vollenweider FX, Gamma A, Liechti M, Huber T. Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ('ecstasy') in MDMA-naïve healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 1998;19:241-51.
 43. Greer GR, Tolbert R. Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. *J Psychoactive Drugs* 1986;18:319-27.
 44. Greer GR, Tolbert R. The therapeutic use of MDMA. In: Peroutka SJ, editors. *Ecstasy: The clinical, pharmacological and neurotoxicological effects of the drug MDMA*. Holland: Kluwer Academic; 1990.
 45. Sessa B. Can psychedelic drugs play a role in palliative care? *European Journal of Palliative Care* 2008;15:234-7.
 46. Hasler F, Grimberg U, Benz MA, Huber T, Vollenweider FX. Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: A double-blind, placebo-controlled dose-effect study. *Psychopharmacology (Berl)* 2004;172:145-56.
 47. Fantegrossi WE, Woods JH, Winger G. Transient reinforcing effects of phenylisopropylamine and indolealkylamine hallucinogens in rhesus monkeys. *Behav Pharmacol* 2004;15:149-57.
 48. Lukoff D, Zanger R, Lu F. Transpersonal psychology research review: Psychoactive substances and transpersonal states. *The Journal of Transpersonal Psychology* 1990;22:107-48.
 49. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Available from: <http://www.maps.org/>.
 50. Anderson B. *Psychedelic Psychotherapy: The ethics of medicine for the soul*. *Penn Bioeth J* 2006;2:1.
 51. Grob C. A conversation with Albert Hofmann. In: Grob CS, editors. *Hallucinogens: A Reader*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam; 2002. p. 15-22.
 52. Williams L. *Human psychedelic research: A historical and sociological analysis*. Undergraduate thesis 1999.
 53. Novak. As cited in Williams L. (1999). *Human psychedelic research: A historical and sociological analysis*. Undergraduate thesis. 1997; p. 99.
 54. Pellerin (1998) p.49-55, Stevens (1987) p.79-84, Wilner (1995) p.23- 25. As cited in Williams L.(1999). *Human psychedelic research: A historical and sociological analysis*. Undergraduate thesis.
 55. Becker E. *The denial of death* (New York: Free Press, 1973). As cited in Loy David. *The nonduality of life and death: A Buddhist view of repression*. *Philos East West* 1990;40:151-74.
 56. Becker E. *Escape from Evil* (New York: Free Press, 1975). As cited in Loy David. *The nonduality of life and death: A Buddhist view of repression*. *Philos East West* 1990;40:151-74.

[tłumaczenie: cjuchu]