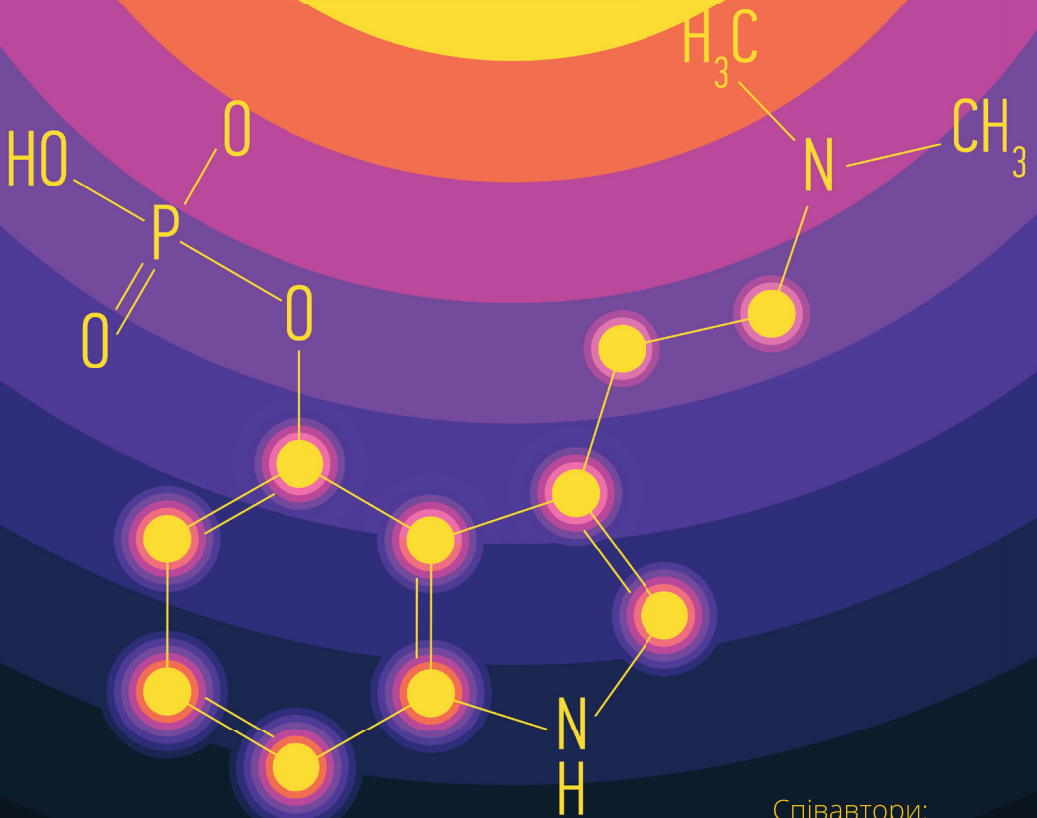


# ПОСІБНИК ЙЕЛЬСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ З ПСИЛОЦИБІНОВОЇ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЇ



Автори:

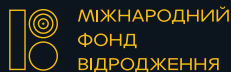
**Джеффри Гасс**

**Роберт Краузе**

**Джордан Слошауер**



за підтримки



Співавтори:

**Раян Уоллес**

**Монніка Вільямс**

**Сара Рід**

**Енн Даттон**



#### *Автори*

Джеффри Гасс (Jeffrey Guss) – доктор медичних наук  
Роберт Краузе (Robert Krause) – доктор медичної практики, дипломований практикуючий медбрат  
вищої кваліфікації

Джордан Слошауер (Jordan Sloshower) – доктор медичних наук, магістр наук  
*Співавтори*

Раян Уоллес (Ryan Wallace), доктор медичних наук, магістр громадської охорони здоров'я  
Монніка Вільямс (Monnica Williams) - доктор філософії

Сара Рід (Sara Reed) - магістр гуманітарних наук  
Енн Даттон (Anne Dutton) - магістр гуманітарних наук, ліцензійний клінічний соціальний працівник  
Посібник Йельського університету з псилоцибін-асистованої терапії депресії  
© 2020 Джеффри Гас, Роберт Краузе та Джордан Слошауер  
Всі права захищені.

Щоб отримати інформацію, напишіть доктору Джордану Слошоуеру: [Jordan.Sloshower@yale.edu](mailto:Jordan.Sloshower@yale.edu)  
Дані каталогізації публікації Бібліотеки Конгресу доступні за запитом.

Перше видання: серпень 2020 р.

DOI: [10.31234/osf.io/u6v9u](https://doi.org/10.31234/osf.io/u6v9u)

#### **ПОДЯКА**

Ми висловлюємо глибоку вдячність як раннім, так і сучасним піонерам цієї роботи – науковцям, авторам, практикам, гідам, дослідникам-волонтерам та організаціям, чия робота з психоделіками зберегла їхні можливості; і тим, хто проводив кампанію за відродження і розширення дослідження психоделіків на користь іншим. Без цих піонерів це дослідження і більшість досліджень пов'язані з трансформаційними та терапевтичними перевагами цих сполук не існувало б.

#### **ПОДЯКА МЕЦЕНАТАМ ТА СПОНСОРАМ:**

Кафедрі психіатрії Єльського університету  
Кері та Клаудії Тернбулл (Carey and Claudia Turnbull)  
Науково-дослідному інституту Геффера (Heffter Research Institute)

#### **ДОДАТКОВА ПОДЯКА:**

Доктору Сирілу Д'Суза (Dr. Cyril D'Souza), доктору медичних наук, за його роль головного дослідника в Єльському дослідженні «Псилоцибін при Депресії».

Співробітникам Дослідницької групи з нейрофармакології шизофренії в Єльському університеті за їхню відданість реалізації дослідження.

Всім учасникам нашого дослідження, які довірили нам своє здоров'я

#### **ПЕРЕКЛАД:**

Анастасія Журавель, Анастасія Каракулевич, Артем Лапатов, Андрій Дрозденко, Анна Березецька,  
Денис Круподоров, Марія Стрельченко

# ЗМІСТ

<b>ЧАСТИНА I: ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЛЯ ПСИЛОЦИБІН-АСИСТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСІЇ</b>	<b>4</b>
1. ВСТУП I.1	5
2. ОСНОВИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТА I.12	16
3. СЕТ І СЕТИНГ: ПІДГОТОВКА ТЕРАПЕВТА I.13	17
4. ПЕРЕД ПЕРШОЮ СЕСІЄЮ З ТЕРАПЕВТАМИ I.18	22
<b>ЧАСТИНА II: ІНСТРУКЦІЯ З ПСИЛОЦИБІН-АСИСТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ОПИС СЕСІЙ</b>	<b>25</b>
5. ВСТУП II.1	26
ТАБЛИЦЯ 1: ОГЛЯД ПОСЛІДОВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЕСІЇ + СПОСОБИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПІЇ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ACT-THERAPY) II.4	28
6. ПСИХОЕДУКАЦІЯ №1 (2 ГОДИНИ) II.6	30
7. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ СЕСІЇ №1 і №2 (8 ГОДИН) II.19	45
8. СЕСІЯ З ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ №1 і №2 (1-2 ГОДИНИ) II.25	51
9. ПСИХОЕДУКАЦІЯ №2 (2 ГОДИНИ) II.29	54
10. СЕСІЯ З ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ №3 (1-2 ГОДИНИ) II.35	61
11. СЕСІЯ З ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ №4 (1-2 ГОДИНИ) II.38	63
12. НАГЛЯДОВІ СЕСІЇ №1 і №2 (1 ГОДИНА КОЖНА) II.40	65
13. ОБМЕЖЕННЯ II.42	67
ДОДАТОК А: САМОПІКЛУВАННЯ ДЛЯ ТЕРАПЕВТА II.44	70
ДОДАТОК Б: ПСИЛОЦИБІН II.46	72
ДОДАТОК В: ПОСИЛАННЯ II.48	74



# ЧАСТИНА I

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЛЯ  
ПСИЛОЦИБІН-АСИСТОВАНОЇ  
ТЕРАПІЇ ПРИЙНЯТТЯ ТА  
ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В ЛІКУВАННІ  
ДЕПРЕСІЇ

# 1. ВСТУП

## 1.1 Цілі цього посібника

Посібник Єльського університету з псилоцибін-асистованої терапії депресії надає дослідникам і терапевтам методи, структуру та області, які слід розглянути з метою використання психоделічно асистованої терапії під час лікування великого депресивного розладу (від англ. Major Depressive Disorder, MDD), (тут і надалі – ВДР). Зокрема, цей Посібник ілюструє спосіб використання «терапії прийняття та відповідальності» (від англ. Acceptance and Commitment Therapy), (тут і надалі – АСТ) як терапевтичної основи для терапії депресії за допомогою псилоцибіну.

Цей посібник призначений для використання учасниками затвердженого клінічного випробування, які дали свою інформовану згоду. У цьому посібнику люди, які беруть участь у сесіях експериментальної психотерапії, називаються «учасниками», а не «пацієнтами» чи «суб'єктами». Посібник призначений для використання разом із затвердженим протоколом дослідження, що міститься в окремому документі, та описує план дослідження. Дизайн дослідження, для якого було розроблено цей посібник, включає кілька експериментальних сесій («дозування» або «лікування») із пов'язаними з ними підготовчими та інтегративними сесіями терапії. Кількість і порядок сесій, що наведені в даному посібнику, характерні для даного клінічного випробування.

Ми вважаємо, що процес інтеграції принципів АСТ у психоделічно асистовану терапію є циклічним процесом, що вимагає постійного спостереження за клінічним випадком та уточнення або адаптації протоколу. Тому кількість і порядок сесій можуть бути адаптовані відповідно до потреб інших досліджень. Крім того, деякі аспекти посібника можуть бути скориговані відповідно до потреб різних досліджень. Проте, слід дотримуватися елементів посібника, розроблених для забезпечення безпеки учасника(ів) або терапевтів. Через адаптивний характер інформації, представленої в цьому документі, автори обирали здебільшого рекомендаційний тон, використовуючи такі слова, як «варто» або «може» в описі діяльності. У випадках, коли для забезпечення безпеки необхідно дотримуватися певних практик або стандартів, автори обирали директивний тон, використовуючи такі слова, як «необхідно» або «повинен».

### **Конкретними цілями цього посібника є:**

а. Окреслення основних елементів психоделічно асистованої терапії, яка базується на дослідженні, для осіб, які страждають від ВДР, включно зі створенням і підтриманням належного сету та сетингу (від англ. set & setting).

б. Окреслення теоретичних та клінічних підходів, взятих з методу АСТ як платформи, яка пропонує модель для розуміння депресії та лікування психологічної ригідності/негнучкості, яка є поширеною при ВДР.

в. Надання вказівок терапевтам щодо застосування цієї моделі відносно: підготовчих сесій (психоедукації), (експериментальних) сесій дозування та інтеграційних сесій (сесій із підбиття підсумків та наглядових сесій).

г. Навчання терапевтів практикам самопідкування, які підтримують роботу.

д. Навчання терапевтів щодо критеріїв включення та виключення, процедур скринінгу та процедур надання згоди.

е. Визначення основних критеріїв, необхідних для роботи терапевтом у дослідженні.

## 1.2 Загальні елементи психоделічно асистованої терапії

Термін «психоделічно асистована психотерапія» застосовують для опису певного способу використання психоделічних речовин, у якому вплив препарату, як біологічний, так і психологічний, відіграє значну роль у полегшенні психотерапевтичного втручання. Це втручання починається до початку першої сесії дозування психоделіків і продовжується після останньої сесії дозування. У той час як більшість клінічних випробувань із застосуванням психоделічно асистованої терапії дотримувалися базової моделі підготовки, підтримки та інтеграції, зміст підготовчих та інтеграційних сесій в різних протоколах значно відрізнявся залежно від стану, який лікується, а також від терапевтичної орієнтації дослідників, які беруть участь у підготовці протоколу. Проте, психоделічно асистована терапія має певні спільні впізнавані риси. Ця терапевтична модальність приділяє значну увагу сету та сетингу, підготовці, інтеграції, створенню підтримувального терапевтичного контейнера для фокусування та формування ефектів психоделічного препарату, а також створенню та підтримці міцного терапевтичного альянсу.

Традиційно психоделічно асистована терапія складається з трьох частин: підготовки до сесії дозування, підтримки під час сесії дозування та інтеграції після нього. Підготовчі сесії, які проводяться перед сесією приймання препарату, спрямовані на виконання кількох важливих завдань. Терапевти повинні налагодити терапевтичне спілкування з учасником, зібрати інформацію про учасника та його історію; також необхідно забезпечити психоедукацію щодо психоделічного досвіду, терапевтичного підходу, який буде використано, та очікувань щодо активної співпраці учасника в процесі. На додаток, ці сесії спрямовані на те, щоб прояснити очікування учасника щодо сесії отримання препарату. Ми пояснюємо стадії перебігу сесії (скільки він триватиме, який тип музики буде використано)

та окреслюємо допустимі межі взаємодії між учасником і терапевтом, а також заходи безпеки. Підтримка в цьому контексті визначається стверджувальною, переважно не директивною позицією, яку займають терапевти під час експериментальних сесій вживання речовини. Під час досліджень із псилоцибіном терапевти зазвичай заохочують учасників зосереджувати свій розум внутрішньо під час сесій дозування. Терапевти надають емоційну підтримку та заохочують учасника фокусуватися на важких думках, відчуттях або спогадах, які виникають. Вони також допомагають учаснику, задовольняючи будь-які нагальні потреби в комфорті чи безпеці. Фаза інтеграції зазвичай починається наступного дня після сесії дозування; це передбачає ретельний аналіз досвіду учасника під час сесії дозування та, у деяких випадках, застосування терапевтичних технік для підсилення окремих аспектів досвіду, щоб вони сприяли стійким бажаним моделям мислення та поведінки. Іншими словами, інтеграція продовжує терапевтичний процес, який почався під час підготовчих сесій і отримав підсилення під час психоделічного досвіду. Роль терапевта полягає в тому, щоб полегшити процес інтеграції та допомогти консолідувати новорозвинений спосіб мислення, включаючи актуалізацію розуміння та ініціювання поведінкових змін, які сприяють одужанню від депресії.

Загальноприйнятим принципом є те, що суб'єктивні ефекти від введення псилоцибіну дуже варіабельні та сильно залежать від психологічних факторів і факторів навколишнього середовища, які зазвичай називають «сетом та сетингом» (від англ. *set & setting*) (Leary, Metzner, & Alpert, 1995). «Сет» означає спосіб мислення та наміри людини щодо досвіду. Це включає її переконання, надії, страхи, травми, особистість і темперамент, а також її очікування та фантазії щодо психоделічних переживань і самих терапевтів (тут і надалі – Сет).

У контексті клінічного дослідження ставлення учасника до середовища дослідження, препарату і терапевтів, а також очікування полегшення також становлять важливу частину установки учасника. «Сетинг» означає фізичний простір, середовище та контекст, у якому людина відчуває вплив препарату (тут і надалі – Сетинг). Це включає навколишніх людей (терапевтів або гідів), а також такі фактори, як музика, твори мистецтва та безпека. Стосунки з терапевтами є основним фактором, що визначає сетинг. Враховуючи вплив усіх цих факторів на досвід учасника, більшість досліджень психоделіків наголошують на важливості «сет та сетинг» для максимального забезпечення безпеки, зниження ризику шкідливих переживань і спрямування терапевтичної реакції. Було опубліковано рекомендації щодо максимального підвищення безпеки та мінімізації ризику в дослідженнях психоделічних речовин (M. Johnson, Richards, & Griffiths, 2008). Нещодавні клінічні випробування псилоцибіну показали, що його використання є надзвичайно безпечним, якщо воно проводиться в безпечному терапевтичному середовищі, в якому люди належним чином підготовлені до цього досвіду.

### 1.3 Теоретичні міркування щодо псилоцибін-асистованої терапії депресії

Хоча більшість клінічних випробувань психоделічно асистованої терапії дотримувалися даної базової моделі, зміст підготовчих та інтеграційних сесій значно відрізнявся залежно від протоколів, від стану, який лікується, а також залежно від терапевтичної орієнтації дослідників і терапевтів. Важливо відзначити, що в деяких дослідженнях використовувалися неспецифічні підтримувальні психотерапевтичні моделі, тоді як в інших були включені елементи терапії, заснованої на доказах, в залежності від конкретного стану. Прикладом останнього є дослідження псилоцибін-асистованої терапії розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, що триває в Медичній школі Нью-Йоркського університету, яке об'єднує елементи Терапії підвищення мотивації, (тут і надалі – ТПМ) та когнітивно-поведінкової терапії у звичну структуру підготовчих та інтеграційних сесій (Bogenschutz & Forcehimes, 2017). Численні форми психосоціальних втручань потенційно можуть бути сумісними або адаптованими для використання в психоделічно асистованій терапії, за умови, що існує певне теоретичне поєднання із фармакологічним лікуванням для досягнення бажаних терапевтичних результатів.

На противагу цьому, підтримувальні моделі психоделічно асистованої терапії не пов'язані з конкретними терапевтичними орієнтаціями, а також не націлені на конкретний розлад, який лікується. Натомість вони забезпечують стримування, безпеку та чіткі вказівки, щоб допомогти учасникам орієнтуватися в психоделічному досвіді. Деякі широкомасштабні клінічні випробування лікування великого депресивного розладу псилоцибіном, які проводяться зараз, використовують неспецифічні моделі «психологічної підтримки» (Carhart-Harris та ін., 2016). Попри те, що це рішення узгоджується і визначається відповідно до дослідницьких пріоритетів, спрямованих на відокремлення ефектів речовини від ефектів терапії, воно також пов'язане з тим, що незрозуміло, «як найкраще інтегрувати психоделічний досвід у моделі лікування, розроблені для отримання специфічних терапевтичних ефектів, наприклад, для полегшення симптомів певного розладу» (Bogenschutz & Forcehimes, 2017).

У моделях, які передбачають «лише психологічну підтримку», клініциста не називають «терапевтом», а замість цього називають «ситером», «гідом» або «спостерігачем». Подібні неспецифічні моделі інколи викликають уявлення про «внутрішнього цілителя», який живе в психіці окремої людини і якого вивільняє або висуває психоделічна медицина. Отже, робота гіда полягає в тому, щоб «утримувати простір» для розгортання цього природного процесу зцілення особистості. Ми не ставимо під сумнів можливість того, що процес саморегулювання з деяким потенціалом для внутрішнього самовідновлення може бути частиною психоделічної ефективності. Так само ми використовуємо недирек-



тивний підхід під час самих сесій приймання псилоцибіну, маючи віру в те, що будь-який зміст і процеси, які виникають, матимуть терапевтичну цінність, аналогічно вільним асоціаціям у психоаналітичній ситуації. Проте, ми бачимо численні переконливі причини для використання терапевтичного методу з чіткою теоретичною орієнтацією в лікуванні учасників дослідження з великим депресивним розладом.

По-перше, ми вважаємо, що втрачається важлива терапевтична можливість, коли в загальному курсі психоделічно асистованої терапії помірних і важких діагностованих психічних розладів не використовується спеціальний метод лікування. Великий депресивний розлад – це складний, тривожний, хронічний стан, який найкраще можна зрозуміти в нейронаукових, когнітивних, поведінкових і соціальних аспектах. Таким чином, уявлення про те, що неспецифічний підтримувальний психосоціальний контейнер є найкращим методом для вирішення такої складної клінічної ситуації, виглядає дуже хибним. Воно підкріплює ставлення до психоделічно асистованої терапії як до «чарівної палички» - підходу, який ідеалізує та фетишизує молекулу псилоцибіну саму по собі як активного агента, що є внутрішньо потужним, ізольованим від свого соціального та культурного контекстів. Якби зміни не з'явилися внаслідок інтенсивного приймання дози псилоцибіну, вони неминуче суперечитимуть глибше вкоріненим моделям мислення, почуттів і поведінки, які навряд чи назавжди будуть змінені навіть через найінтенсивніший психоделічний досвід.

Підґрунтя психоделічного досвіду має бути сформовано протягом підготовчих сесій з використанням особливого наміру зміни, а потім підсилено в ході інтеграції, що може допомогти спрямувати психоделічний досвід у спосіб, вже відомий як терапевтичний для депресії. Як ми розглянемо пізніше, наш явний намір – це використання АСТ як терапевтичної рамки в нашому дослідженні. Хоча випробування ефективності психоделіків можуть звести до мінімуму роль формальної психотерапії для того, щоб відокремити вплив препарату від ефектів психотерапії, ми стверджуємо, що використання підходу «лише психологічної підтримки» піддає учасників ризику отримати неоптимальне лікування.

По-друге, неможливість конкретно окреслити послідовний терапевтичний підхід із стандартизованими та теоретичними методами терапії створює проблему для контрольованих досліджень. Без визначення терапевтичного підходу багато з того, що сітери чи гіді роблять або говорять, залишається неврахованим і залишає прихованою роль їхніх терапевтичних установок, фантазій, бажань і страхів. Ми не віримо, що «психологічна підтримка» може надаватися справді нейтрально; це ігнорує існування несвідомих процесів, невисловлених та свідомо утримуваних установок, переконань та емоцій, які живуть під оманливою загальною концепцією м'якої та ненав'язливої «підтримки». Підтримувальна взаємодія спостерігачів, ймовірно, містить більше, ніж нейтральне

утримання простору, особливо коли вони працюють та є свідками страждань учасників, які перебувають у глибокій депресії; або коли працюють з терапевтами, що діють у дуже складному сетингу з власною глибоко вкоріненою динамікою відносин щодо психоделіків.

У будь-якому сценарії кожен терапевт, імовірно, використовуватиме власні інтуїтивні терапевтичні модальності в різний час і різними способами з різними учасниками, навіть не маючи такого наміру. Отже, ми вважаємо, що з наукової точки зору варто більш ретельно окреслювати терапевтичний підхід і структуру, визнаючи наявність певної розумної гнучкості щодо змісту сесії, замість того, щоб взагалі утримуватися від окреслення цих змінних і уявляти, що «неспецифічна підтримка» є специфічним та контрольованим втручанням.

По-третє, ми погоджуємося з підходом, схваленим Національним інститутом здоров'я США (National Institute of Health, NIH), згідно з яким «втручання, спрямовані на зміну поведінки щодо здоров'я, мають ґрунтуватися на гіпотезі про те, чому така поведінка існує та як найкраще її змінити» (Nielsen та ін., 2018). Більшість методів психотерапії дають відповіді на обидва ці запитання. У випадку великого депресивного розладу ми маємо цілу низку теорій щодо етіології та лікування, які відображають очевидну істину про те, що депресію можна розуміти осмислено в багатьох різних дискурсах (Parker, 2005). З цих причин на самому початку нашого дослідження ми обговорили кілька емпірично вивчених методів лікування депресії, які наші терапевти могли б використовувати під час дослідження.

## 1.4 Розробка цієї психоделічно асистованої терапії депресії

Ми розпочали процес створення посібника з псилоцибін-асистованої терапії депресії після вивчення кількох шаблонних методів лікування депресії, які мали доказову базу та принаймні певний концептуальний збіг з психоделічно асистованою терапією. Ми спеціально шукали терапевтичний підхід, який міг би фасилітувати ефекти психоделічних сесій дозування, а також запропонував би структуру для підготовчих та інтеграційних сесій. Були розглянуті наступні терапевтичні модальності: а) міжособистісна психотерапія (IPT) депресії Вайсмана та Клермана (Klerman, Weissman, Rounsaville та Chevron, 1994); б) логотерапія Франкла (Schulenberg, Hutzell, Nassif, & Rogina, 2008); в) когнітивна терапія депресії на основі усвідомленості (Segal, Williams, & Teasdale, 2018); та г) терапія прийняття та відповідальності (ACT) (Zettle, 2007).

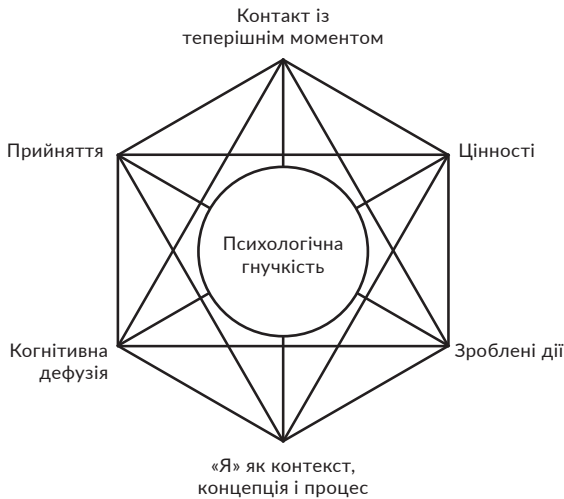
Наш процес вибору включав окреслення наступних ключових факторів для кожної модальності: етіологія депресії (як зрозуміти причини депресії), терапевтичний(і) механізм(и) (як терапія має полегшити депресію), цільові результати (на додаток до покращення депресивних симптомів), а також терапевтич-

ний підхід (як терапевт взаємодіє з пацієнтом). Ми також взяли до уваги те, як терапевтична модальність може або не може бути пов'язана з психоделічним досвідом і можливими психологічними механізмами психоделічно асистованої терапії.

З чотирьох методів, які вивчалися, два виявилися найкращими для інтеграції з психоделічно асистованою терапією в лікуванні великого депресивного розладу: терапія прийняття та відповідальності (АСТ) і когнітивна терапія на основі усвідомленості (МВСТ). Когнітивна терапія на основі усвідомленості мала багато позитивних рис. Вона зосереджена на прийнятті себе без засудження, прийнятті всього, що виникає в розумі, зосередженості на теперішньому моменті та самотрансцендентності. Усі ці елементи представлені в АСТ, яка пропонує, крім того, дослідження особистих цінностей (часто втрачених під час депресії) та потреби в діях, заснованих на цінностях (також часто відсутніх під час депресії). Таким чином, АСТ забезпечує найбільше концептуальне перекриття з наявними традиційними підходами до психоделічно асистованої терапії, а також відповідає нашим інтуїтивним уявленням про те, наскільки психоделічно асистована терапія може бути корисною для лікування депресії.

## **1.5 Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) в терапії великого депресивного розладу за допомогою псилоцибіну**

Метод АСТ було розроблено шляхом інтеграції радикального біхевіоризму та експериментальних/екзистенційних підходів, призначених для націлювання на транс діагностичні фактори психологічного дистресу. Акронім FEAR описує загальні цілі, на які орієнтується АСТ – англійською: «fusion, evaluation, avoidance, and reason giving»; українською: «злиття, оцінка, уникнення та пояснення» (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003). Звичайний людський досвід надмірної залежності від думок і переконань над прямим досвідом (тобто злиття), оцінка нашого досвіду як бажаного чи небажаного, а також спроби уникнути як зовнішніх, так і внутрішніх передумов небажаного переживання (наприклад, думок, почуттів, спогадів), які можуть посилювати та створювати досвід страждання. У контексті культури, яка цінує гонитву за позитивними емоціями, а не життя, прожите відповідно до своїх цінностей або почуття глибшого сенсу (Ryan, Huta, & Deci, 2008), спроби контролювати або уникати неприємних внутрішніх станів стають основним джерелом нещастя та психологічного дистресу (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011). Хоча це походить від поведінкової традиції, існує ряд паралелей, які були відмічені між АСТ, практикою усвідомленості та буддійською філософією (Hayes, 2002), включаючи концепцію розуму спостерігача або трансцендентного Я, окремого від змісту розуму, або чуттєвої само концептуалізації. В АСТ такі трансцендентні переживання вважаються такими, що виникають внаслідок посиленого контакту з набутим досвідом вербальних відносин я-ти, тут-там і зараз-тоді.



(McHugh, Stewart, & Almada, 2019).

Основною метою лікування АСТ є розвиток психологічної гнучкості, яка культивується через ретельне зосередження на шести основних процесах: усвідомлення поточного моменту, прийняття свого досвіду, відмова від буквальної віри у свої думки, роз'яснення цінностей, ідентифікація конкретної поведінки, яка слугує цим цінностям (самовіддана дія) і контакт із гнучким сприйняттям себе («Я» як-контекст, концепція і процес) (Hayes та ін., 2011). Ця модель «гексафлекс» зображена на малюнку.

З іншого боку, психологічну негнучкість можна розглядати як функціонально пов'язану з рядом психологічних проблем, включно з депресією, тривогою, розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин і харчовими розладами (Levin та ін., 2014). У рамках лікування депресії може бути корисно враховувати, що поведінку, пов'язану з униканням досвіду, краще описати як втечу від досвіду небажаних переживань (внутрішні аспекти депресії, такі як почуття провини, сорому або болісні спогади про втрату), спостерігається спроба уникнути присутніх болючих внутрішніх переживань, що призводить до їх стійкості, а не до їх усунення (Zettle, 2007). Детальний опис того, як процеси психологічної негнучкості проявляються при депресії, виходить за рамки цього посібника. Проте в цілому цей погляд пропонує дуже цінний опис проблем, з якими стикаються пацієнти з депресією, у гуманістичному дискурсі, який має вищу евристичну цінність, ніж описові діагностичні критерії DSM-5 (Діагностично-статистичний посібник з психічних розладів 5-го видання). Він пропонує конструкцію, яка описує вплив депресії на мислення та поведінку способами, які піддаються певним психологічним втручанням. Щобіль-

ше, доказова база для АСТ у лікуванні депресії зростає, і кілька досліджень демонструють, що вона настільки ж ефективна, як і традиційна когнітивно-поведінкова терапія (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Zettle, 2015).

## **1.6 Навіщо використовувати АСТ у терапії великого депресивного розладу за допомогою псилоцибіну?**

У цьому розділі ми опишемо наше сприйняття принципів АСТ як комплементарних та синергетичних із принципами терапії псилоцибіном.

По-перше, ми обговоримо, як АСТ і наша концепція терапії псилоцибіном мають декілька ключових відмінностей від традиційних фармакологічних підходів до депресії (Sloshower, 2018). У сучасну епоху біологічної психіатрії психічні захворювання, такі як депресія, шизофренія, а також залежності, часто концептуалізуються як захворювання мозку, які виникають в результаті аномальних нейронних схем і хімічних дисбалансів. Для лікування патології головного мозку психіатри в першу чергу призначають ліки та здійснюють інші втручання, такі як електросудомна терапія (ЕСТ) або транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС), які спрямовані на мозкові ланцюги, на рівні нейромедiatorів і нейрорецепторів. У цій моделі пацієнт позиціонується як пасивний реципієнт або споживач такого лікування, якому доручено лише дотримуватись режиму лікування та повідомляти про свою реакцію. Крім того, звичайні фармакологічні підходи до депресії в першу чергу спрямовані на ознаки та симптоми депресії, але не впливають на основні психологічні, емоційні, соціальні та духовні причини депресивних страждань.

АСТ, як і більшість видів психотерапії, відрізняється від фармакологічних підходів кількома важливими моментами. По-перше, ця терапія активно залучає учасника до процесу відновлення. Наприклад, при АСТ пацієнти повинні брати участь у практиках усвідомленості, вправах на роз'яснення цінностей, а також поведінковій активації.

По-друге, АСТ прямо не ставить своєю метою полегшення симптомів депресії чи будь-якого іншого конкретного стану. Швидше, вона націлена на складнішу структуру психологічної гнучкості, як вже обговорювалося вище. Частково підвищення психологічної гнучкості передбачає прийняття внутрішнього та зовнішнього дискомфорту, що, як це не парадоксально для деяких пацієнтів, передбачає зменшення уникнення неприємних думок та емоцій, а натомість повне їх переживання з відкритістю та прийняттям. Бажаний результат – жити повноцінним, змістовним життям. Це може опосередковано призвести до зменшення симптомів депресії.

Так само ми вважаємо, що терапія за допомогою псилоцибіну вимагає активної участі учасників у їх власному зціленні. Ми ставимо під сумнів погляд

на психоделічну терапію як на втручання «чарівної палички», що вимагає лише безпечного дозування ліків учасником, який страждає, з магічним виникненням «внутрішнього цілителя» для виконання необхідних відновлювальних робіт. Безумовно, психоделічні речовини можуть мати корисні фармакологічні ефекти, які не залежать від сету та сетингу або терапевтичного підходу. Нещодавні дослідження показують, що психоделіки можуть змінювати функціональний зв'язок таким чином, який порушує стабільні просторово-часові моделі активності мозку та посилює зв'язок між областями мозку, які зазвичай ізольовані (Carhart-Harris та ін., 2014; 2012; 2017). Наше дослідження, яке включає описаний тут протокол АСТ 1, активно досліджувало гіпотезу про те, що псилоцибін провокує тимчасовий нейропластичний стан мозку (Lu та ін., 2018). Попри те, що ці фармакологічні ефекти за своєю суттю можуть призвести до певного полегшення симптомів або користі, ми припускаємо, що повний потенціал психоделічної терапії, швидше за все, буде розкрито, коли учасник буде активно брати участь у багатогранному терапевтичному процесі переривання глибоко вкорінених патологічних моделей мислення і поведінки через комплексне нейробіологічне та психосоціальне втручання. Цей біопсихосоціальний підхід (Engel, 1980) особливо важливий при роботі з хронічною депресивною патологією, яка характеризується глибоко вкоріненою жорсткою самокритикою, безнадійністю, емпіричним уникненням болю та відмовою від цінних дій. Таким чином, наша гіпотеза полягає в тому, що терапія депресивних розладів за допомогою псилоцибіну може принести більш значущі та довготривалі переваги шляхом продуманого включення принципів АСТ у курс терапії псилоцибіном.

Щоб досягти цього, ми розробили наш протокол терапії відповідно до теорії, згідно з якою досвід приймання помірних і високих доз псилоцибіну з попередньою підготовкою та психоедукацією може забезпечити прямий емпіричний контакт із процесами АСТ, які, як відомо, підвищують психологічну гнучкість (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011) і що ці глибокі переживання можуть, своєю чергою, посилюватися під час сесій терапії за допомогою АСТ. Модель АСТ передбачає допомогу пацієнтам у навчанні навичкам:

- а) перебування в теперішньому моменті,
- б) розвитку більш гнучкого досвіду власного «Я» («Я» як контекст), а не злиття з певним особистим наративом («Я» як контекст),
- в) відмова від спроб контролювати думки та емоції, а натомість спостереження та прийняття їх такими, якими вони є (їхнє прийняття та спростування),
- г) прояснення цінностей, які були втрачені через депресію, а потім
- д) участь у діях, заснованих на цінностях.

Інтенсивність психоделічного досвіду може привести учасника в прямий і сильний контакт із теперішнім моментом через дуже інтенсивні думки, відчуття, емоції та спогади, які можуть виникнути. Ці переживання зазвичай сприймаються як такі, що відбуваються поза свідомим контролем, часто як потік свідомості.2 Учасників заохочують віддатися своєму досвіду під час сесій приймання препаратів або «довіритись, відпустити та бути відкритими» (W. A. Richards, 2015). Звільнення від напруги, яке може виникнути під час цього, може послужити глибоким переживанням принципу прийняття АСТ терапії. Іншим аспектом психоделічного досвіду є зміна самосприйняття в бік досвіду єдності або, в крайньому разі, розпаду «єго» (MacLean, Leoutsakos, Johnson, & Griffiths, 2012). Це досягається шляхом переживання самотрансцендентності: досвід переживання себе, яке є більшим, ніж знайома депресивна ідентичність, і, отже, не настільки сильно ототожнюється з депресивним пізнанням і самокритичними, песимістичними, руйнівними розповідями. З цієї всеосяжної точки зору учасник може інтенсивно відчувати «я» як контекст, в якому «я» сприймається як відмінне від думок, що виникають у свідомості. Нарешті, психоделічна терапія може допомогти людям ясніше побачити свої життєві цінності та пріоритети (Swift та ін., 2017). Такий досвід може виявити сфери життя, якими знехтували, аспекти догляду за собою, яким варто приділити увагу, або те, як можна покращити взаємостосунки. Отже, існує багато потенційних областей синергії між АСТ і психоделічним досвідом.

Звичайно, не всі ці процеси та переживання відбуватимуться в кожному випадку психоделічного досвіду для кожної людини, і учасники дослідження з тривалими депресивними розладами можуть мати особливо вкорінені проблеми психологічної негнучкості. Це свідчить про те, що для успішного лікування великого депресивного розладу може знадобитися кілька сесій псилоцибіну. Це також говорить про важливу роль підготовчих та інтеграційних або наступних сесій психотерапії для підтримки ефектів сесій дозування псилоцибіну. Інтеграційні сесії майже повсюдно рекомендуються в протоколах психоделічної терапії як засіб для осмислення та надання значення досвіду, так і для сприяння позитивним змінам і його проникненню в повсякденне життя. Хоча психоделічна інтеграція стала модним словом у психоделічних спільнотах, вона залишається дещо розпливчастою, недостатньо теоретизованою та, загалом, прагне оперативного зв'язку з проблемою, яку лікують. Вона часто зосереджується на неспецифічній суміші підтримувального слухання та заохочення до інтроспективних практик, таких як ведення щоденника, медитація та проведення часу на природі. У контексті нашого дослідження АСТ пропонує шаблон для використання в інтеграційних сесіях, а також підготовчих сесіях з особами, які страждають від депресії, які ми розглянемо в наступному розділі. Ми вважаємо, що наявність такого шаблону дозволить терапевтам більш успішно взаємодіяти зі знайомими учасникам депресивним негативізмом, песимізмом, самокритичністю, бездіяльністю та відчаєм, які можуть виникнути під час інтеграційних сесій, які слідує за днем приймання псилоцибіну.

Підбиваючи підсумки, ми пропонуємо, щоб АСТ і терапія псилоцибіном створювали синергію, оскільки кожна з них сприяє розвитку основних принципів психологічної гнучкості. Наша гіпотеза полягає в тому, що введення псилоцибінової терапії в структуру АСТ може посилити реакцію та подовжити тривалість ефектів поліпшення депресивного стану шляхом активного залучення учасника певним чином до внесення змін до його моделей мислення та поведінки. Ми вважаємо, що ці зміни є результатом нейробіологічних ефектів, психологічних переживань і ефектів контейнерування (АСТ, терапевтів і нашої культури) під час псилоцибінових сесій з подальшим активним підкріпленням терапевтами.

*Примітка: більша частина цього розділу була адаптована з роботи Sloshower et al. (2019).*

## 2. ОСНОВИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТА I.12

### 2.1 Основні знання терапевта

Терапевти, які брали участь у нашому дослідженні, повинні були мати:

- а. Актуальну ліцензію на практику психіатра, психолога, соціального працівника з дипломом магістра або психіатричної медсестри та
- б. Принаймні 5 років досвіду лікування психіатричних пацієнтів у клінічних умовах.

Досвід у проведенні психодинамічної та когнітивно-поведінкової терапії оцінювався позитивно, як і досвід зі зміненими станами свідомості, включаючи йогу, практики усвідомленості, холотропне дихання, гіпноз, роботу з камерами сенсорної депривації тощо.

### 2.2 Підготовка терапевта

Терапевти в нашому дослідженні пройшли спеціалізовану підготовку з лікування депресії за допомогою АСТ-терапії псилоцибіном. Мета навчальної програми полягала в тому, щоб познайомити їх з основними принципами як психоделічної терапії, так і АСТ, а також навчити їх застосовувати наш протокол терапії. Програма тренінгу складалася з попередньо призначених дидактичних відео та матеріалів для читання, включно із посібником з навчальної терапії, після чого йшли чотириденні сеанси. Ці особисті заняття склалися з уважного читання та обговорення посібника з терапії, дидактичного навчання та рольових ігор. Перший день тренінгу був присвячений основним елементам психоделічної терапії. Другий день був присвячений огляду основних принципів і технік АСТ і того, як вони використовуються в посібнику з терапії. Третій та четвертий дні були зо-



середжені на рольових іграх і експериментальних вправах, включно із денним інтенсивним ретритом під керівництвом рецензованого тренера АСТ. Сценарії рольових ігор надали терапевтам можливість попрактикуватися в застосуванні втручань АСТ і підтримці учасників у складних психоделічних переживаннях.

Методи навчання можуть бути адаптовані відповідно до інших досліджень і можуть включати:

- Відвідування додаткових тренінгів MAPS, програму психоделічної психотерапії Каліфорнійського інституту інтегральних досліджень
- Відвідування тренінгів АСТ
- Консультацію та супервізію з практиками АСТ

### **3. СЕТ І СЕТИНГ (УСТАНОВКА ТА ОБСТАНОВКА)**

«...несвідомий розум часто страшенно лякає; ми зробили більшу частину його вмісту несвідомим, тому що не хочемо мати з ним нічого спільного. Потрібне сильне серце, чесність і бажання вчитися і дивитися в очі власним проблемам, щоб проникнути в темні області нашого пригніченого внутрішнього «я». Немає нічого більш корисного, ніж присутність доброї, люблячої, тямущої людини, яка добре знайома з темними областями розуму, – компаньйона, який впевнений у своїй здатності допомогти зорієнтуватися та вирішити ті сфери, які були величезним тягарем у минулому, ця людина знає чарівну силу свободи. Готовність піддатися досвіду і дозволити йому продовжуватися часто призводить до найціннішого виду пізнання своїх пригнічених почуттів, прихованих цінностей, примусів і прагнень та неналежної поведінки».

~ Майрон Столарофф, книга «Викриття таємного начальника» (2004)

#### **3.1 Сет: внутрішній світ учасника**

Сет та сетинг — це поняття, які використовуються для опису того, що учасник привносить у психоделічну ситуацію і що вони там знаходять. «Сет» відноситься до свідомих і несвідомих частин індивіда, що спонукають його до досвіду. Це включає його переконання, надії, страхи, травми, особистість і темперамент, а також його очікування та фантазії щодо психоделічних переживань і самих терапевтів. У контексті клінічного дослідження ставлення учасника до дослідницького середовища, препаратів, культурного відношення до психоделіків, стосунків з терапевтами, а також очікування полегшення також становлять важливу частину установки учасника.

Ми не знаємо, які риси спонукають людей мати певний вид досвіду, але в цьому дослідженні ми запитали: що люди, які переживають важку депресію, привносять у психоделічний досвід? Як формулювання на основі АСТ-терапії може керувати терапевтичним процесом? Чи допомагає досвід псилоцибінової терапії сприяти психологічній гнучкості?

### 3.2 Сетинг: навколишній світ учасника

«Сетинг» – фізичний простір, середовище та контекст, у якому людина відчуває дію препарату. Сетинг включає такі елементи, як музика, твори мистецтва, засоби безпеки, лікарня, місто, держава тощо та інші люди, що знаходяться у просторі (терапевти та учасники). Стосунки учасника з терапевтами є основним аспектом сетингу.

Поточний стандарт у клінічних психоделічних дослідженнях полягає у створенні теплого, привабливого та приватного середовища, де учасники можуть почуватися комфортно та безпечно для того, щоб відчути інтенсивну дію препарату і вільно висловлюватись. Щоб зробити дослідницькі кімнати комфортнішими, дослідники часто прикрашають їх рослинами, живими квітами, витворами мистецтва, теплими кольорами та домашніми меблями (загальні вказівки див. у Johnson та ін., 2008).

Кожний терапевт привнесе свою унікальну комбінацію тренінгів і поглядів у свої зустрічі з учасником. Це включає його/її ідентичність як терапевта, особисту історію депресії (чи її відсутність), особистий досвід психоделіків (чи його відсутність) та досвід лікування пацієнтів, які переживають велику депресію. Терапевти також несуть власний досвід, очікування від дослідження, почуття щодо рідної установи, несвідоме перенесення між терапевтами та перенесення між дисциплінами та психоделічною спільнотою. Ми заохочуємо терапевтів пам'ятати про те, як їхній життєвий досвід впливає на їхню емоційну присутність під час клінічних сесій.

У той час як для психоделічних терапевтів не існує єдиної школи психотерапевтичної думки, усі практики в нашому дослідженні мали значний досвід роботи в традиційних психіатричних і психотерапевтичних контекстах, та підготовки у поєднанні психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів. Більшість з них мали досвід роботи з практиками майндфулнес, у тому числі з використанням майндфулнес у психотерапії. Наш підхід поєднує досвід кожного терапевта з застосованими принципами АСТ/МВСТ. У цьому підході важливо, щоб усі терапевти пройшли навчання з лікування депресії з точки зору модифікованої АСТ і МВСТ. Це первинний психологічний фреймворк, який терапевти свідомо, з розумом пропонують.

### 3.3 Підготовка фізичного середовища

Створення безпечної та терапевтичної фізичної обстановки та налаштування для учасника вимагає від терапевтів активної ролі у створенні середовища. Переконайтеся, що простір сприяє терапевтичному досвіду із залученням психологічного та підтримує здатність учасника повністю поринути у свій внутрішній досвід.

Якщо можливо, виберіть відокремлене місце, в якому не буде ризику переривання сесії та з мінімальною кількістю зовнішніх подразників. Зробіть кімнату зручною і сховайте або заберіть усе, що може створити відчуття лікарняної палати. У нашому дослідженні, проведеному у госпіталі ветеранів війни у Вест-Хейвені, використовувалося офісне приміщення з канапою, зробленою у вигляді ліжка, приємними витворами мистецтва та рослинами (див. фотографії). Ми уникали релігійної іконографії, віддаючи перевагу образам природи.

Можливість відтворення попередньо записаної музики через динаміки або навушники є неодмінною частиною створення обстановки. Завчасно продуманий вибір музики вплине на сприйняття учасником обстановки (див. розділ про музику нижче).

Попри те, що домашня обстановка має велике значення, ознайомте учасника з усім обладнанням для забезпечення безпеки при медичному спостереженні. Як правило, це включає монітор артеріального тиску та пульсу, а також закриті зони для зберігання матеріалів та записів протоколу. Підтримка фізичної безпеки включає забезпечення доступу до лікування у разі можливих реакцій на препарат під час або одразу після кожної сесії лікування. З більшістю реакцій можна впоратися за допомогою підтримувальної терапії. Однак, щоб забезпечити емоційний комфорт та фізичну безпеку учасника, обговоріть із ним використання ліків для порятунку, як описано в частині II, розділ 6.9.

Проводьте психоделічну терапію лише в умовах, де у негайному доступі є базова серцева підтримка (від англ. – Basic Cardiac Life Support, або BCLS), а в малоймовірному випадку гострої медичної проблеми є модливість швидко застосувати розширену серцеву підтримку (від англ. – Advanced Cardiac Life Support, ACLS).

Під час сесій психоделічної терапії терапевти повинні забезпечити фізичну безпеку учасників, вживаючи адекватних запобіжних заходів, коли пацієнти переміщуються по кімнаті або пересуваються поза кімнатою. Це включає допомогу учасникам у тому, щоб дістатися до туалету та назад, а також допомога учасникам у підтримці водного балансу протягом дня дослідження. Таким чином, обстановка включає наявність питної води, електролітовмісних напоїв або соків, а також легких закусок.

### 3.4 Підготовка соціальної підтримки після сесій приймання препарату

Після сесії приймання препарату виписуйте учасника з лікувального закладу тільки в компанії призначеної особи, яка надає підтримку, наприклад, члена сім'ї або друга, який розуміє суть дослідницького проекту та участь у ньому учасника. Терапевти повинні зустрітися чи хоча б поговорити з цією людиною під час підготовчого періоду перед сесією. Терапевти повинні оцінити придатність особи, яка надає підтримку, для виконання цих завдань, які включають безпечний супровід учасника додому, забезпечення ненав'язливого, підтримувального та безпечного середовища, реагування на потреби учасника та повідомлення терапевтів про будь-які проблемні події, які потребують оцінки або обговорення. Особа, яка надає підтримку, повинна отримати інформацію про характер дослідження, поширені та рідкісні побічні ефекти або наслідки, які можуть виникнути, а також поради про те, як бути найбільш корисною. Особі, яка надає підтримку, також має бути надана контактна інформація терапевтів та дослідників, а також будь-які інші контактні номери для екстреного зв'язку. Докладнішу інформацію див. у розділі 6.9 частини II «Вимоги перед від'їздом».

### 3.5 Планування терапевтичного використання музики

Дослідження конкретних типів і форм музики, найбільш сприятливих для психоделічної терапії, все ще знаходяться в зародковому стані, і в дослідженнях, що використовують психоделічну терапію, історично використовувалися різні стилі музики: від західної класичної музики до індійської «раги», від року до звукових ландшафтів. Роль музики, незалежно від стилю, полягає у забезпеченні керівництва та емоційної підтримки для забезпечення широкого спектра емоцій протягом усієї сесії. Інші загальні моменти, пов'язані з музикою, що використовуються в психоделічних дослідженнях, включають:

- Список відтворення складається таким чином, щоб відбивати та доповнювати психоделічний досвід.
- Учасникам пропонується використовувати музику для полегшення свого психоделічного досвіду, але у них має бути можливість керувати або вимкнути музику, якщо вони того забажають.
- Наушники – ідеальний спосіб для учасників слухати музику, оскільки вони забезпечують проживання окремого внутрішнього досвіду із музикою. Колонки можуть одночасно відтворювати музику у дослідницькій кімнаті, забезпечуючи тим самим цінну точку зв'язку між терапевтом та учасником під час сесії.

- Маски для очей зазвичай доступні учасникам, знову ж таки для полегшення внутрішнього дослідження та споглядання.

Музичний список, який ми використовували у нашому дослідженні, був створений спеціально для клінічного випробування 1 фази лікування депресії псилоцибіном в Імперському коледжі Лондона Менделем Кейленом, доктором філософії. Доктор Кейлен провів фундаментальне дослідження з використання музики у психоделічній терапії (див. Kaelen et al., 2018). При розробці цього списку музичних творів, він думав не лише про музику, а й про весь звуковий ландшафт, який створить організація списку музичних творів, і про те, як пісні переходять одна в одну.

Для того, щоб контролювати змінні між сесіями та між учасниками, ми використовували один і той же список музичних творів для всіх експериментальних дослідницьких сесій. Однак, можна стверджувати, що прослуховування нової добірки музики під час кожної сесії дозволить більш точно контролювати змінні між сесіями дозування для конкретного учасника, оскільки досвід повторного прослуховування відрізняється від досвіду першого прослуховування. Іншим життєздатним підходом який враховує культурні особливості, була б розробка стандартизованого методу адаптації музики для кожного учасника на основі його культурних особливостей та переваг.

### **3.6 Відносини з терапевтами як із сетингом: зобов'язання терапевта**

Відповідальність терапевта полягає насамперед у встановленні робочого терапевтичного альянсу, підтримці чесного самовираження учасника та використанні принципів терапії АСТ. Терапевти працюють над тим, щоб підтримати відкритість учасника, його самоприйняття, готовність до дій та підвищення психологічної гнучкості. Вони намагаються розібратися з депресивним способом мислення та життя учасника та запропонувати йому і навчити його стратегіям зміни. Допмагаючи досягти цих цілей, терапевти виступають у ролі емпатичних слухачів, надійних провідників, які сприяють самотрансцендентності, а також що кожен неминуче привносить свій власний унікальний спосіб роботи з пацієнтами.

Психоделічні препарати можуть надавати глибокий емоційний та фізичний вплив. Щоб зміцнити терапевтичний настрій та сприяти створенню спільного терапевтичного рапорту, терапевт та учасник готуються до кожної експериментальної сесії за допомогою численних конкретних угод, що обговорюються перед сесією:

1. Терапевти зобов'язуються надати достатній час для підготовки та зосе-

редити увагу на лікуванні під час підготовчих сесій, сесій дозування, підбиття підсумків та наступних сесій.

2. Терапевт та учасник домовляються про межі щодо дотиків. Будь-які сексуальні чи еротичні дотики категорично заборонені. Від учасника потрібна згода утримуватися від заподіяння шкоди собі, іншим людям та майну. Учасники також повинні залишатись одягненими відповідним чином протягом усієї сесії. Учасника просять погодитися дотримуватися рекомендацій терапевта щодо безпеки.

3. Принаймні один із терапевтів або сітерів буде постійно присутній у кімнаті протягом усієї сесії психоделічної терапії. І терапевт, і сітер зобов'язуються залишатися в кімнаті разом із учасником протягом усієї сесії психоделічної терапії, за винятком коротких періодів, пов'язаних із перервами на туалет чи іншими подібними потребами.

4. Із залученням лікаря-спостерігача терапевти оцінюватимуть стан учасника для визначення психічного статусу і стабільності, щоб залишити його після закінчення сесії дозування.

5. Терапевти зобов'язуються бути доступними в телефонному/смс режимі протягом усього дослідження для екстрених випадків.

6. Терапевти погоджуються з тим, що у випадку, якщо учаснику буде потрібна додаткова підтримка, може знадобитися значний час (що перевищує очікувану тривалість сесій дозування).

## **4. ПЕРЕД ПЕРШОЮ СЕСІЄЮ З ТЕРАПЕВТАМИ**

### **4.1 Обстеження та згода**

Процес обстеження та отримання згоди проводять дослідники та науковий персонал. У нашому дослідженні терапевти не брали участі в цих сесіях. Варто зазначити, що встановлення довірливих стосунків з учасником починається з першого контакту; це включає всі бесіди щодо обстеження та отримання згоди, а також сесії з терапевтами. Таким чином, дослідники, лікарі та науковий персонал є частиною процесу налагодження стосунків.

Період обстеження та підготовки — це час для збору історії учасника і початку встановлення ефективного терапевтичного альянсу. Що важливо, це надає можливість для терапевтів і дослідницького персоналу відповісти на запитання та занепокоєння учасника, а також підготувати його до психоделічних сесій, ознайомивши їх з логістикою сесій і терапевтичним підходом, який буде вико-

ристовуватися, а також встановлення тону ніжної турботи, професіоналізму та організованості. Це має бути зроблено з наміром допомогти учаснику відчуття безпеки та комфорту в терапевтичному середовищі. Це також надає можливість змоделювати ставлення, яке буде важливим під час психоделічних сесій, наприклад, неквапливий темп, відкрита цікавість до досвіду учасника в поточний момент (включаючи його соматичний досвід), повага до кордонів учасника та внутрішня мудрість щодо власного процесу зцілення. У клінічних дослідженнях існує досить велика кількість анкет і форм, які необхідно заповнити, особливо в підготовчий період. Співробітники дослідження повинні прагнути заповнити необхідні форми, залишаючи при цьому час для формування терапевтичного середовища та поглиблення терапевтичного альянсу.

## 4.2 Передумови та протипоказання

Перед реєстрацією в дослідженні учасники отримують письмову інформацію про клінічне випробування. Учасникам буде надано достатньо часу, щоб поставити запитання та обговорити значення та наслідки інформованої згоди з персоналом до підписання форми згоди.

## 4.3 Зобов'язання Учасника (частина Процесу Погодження)

1. Учасник погоджується:

- a. Відвідувати всі підготовчі терапевтичні та контрольні сесії,
- b. Заповнити інструменти оцінювання, та
- в. Дотримуватися дієтичних і лікарських обмежень.

2. Від учасників не вимагається завершення дослідження; він може відкликати згоду та залишити дослідження в будь-який час, за винятком сесії дозування препарату. Подальше оцінювання може проводитися, якщо учасник вибув, але не відкликав згоду.

3. Від учасника вимагатиметься згода на те, що він залишатиметься в зоні лікування до завершення кожної сесії. Це означає, що він не може піти, доки лікар та терапевти не підтвердили готовність і стабільність учасника для того, щоб покинути приміщення, в якому проводиться дослідження. (Терапевти повинні оцінити учасника на наявність ознак того, що психоделічний ефект ліків припинився. Терапевти та лікар-дослідник клінічно повинні оцінити здатність учасника безпечно покинути приміщення та функціонувати без медичного нагляду.)

4. Учасники повинні взяти на себе зобов'язання утримуватися від нанесення

собі ушкоджень під час дослідження, повідомляти про суїцидальні думки своїм терапевтам або звертатися до відділення невідкладної допомоги, якщо нанесення собі ушкоджень є неминучим. Якщо вони не можуть взяти на себе це зобов'язання, їх буде виключено з дослідження та направлено на активне клінічне обстеження та лікування.

5. Учасники повинні знати, що клінічні випробування психоделічної терапії часто привертають увагу ЗМІ. Хоча така комунікація завжди залишається вибором учасника, ми заохочуємо учасника завершити дослідження до того, як брати участь у публічних/медіа обговореннях свого досвіду. Ми заохочуємо кожного учасника обговорити це рішення з терапевтами, щоб емоційно підготуватися до досвіду інтерв'ю в ЗМІ та його наслідків.





# ЧАСТИНА II

## ІНСТРУКЦІЯ З ПСИЛОЦИБІН-АСИСТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ОПИС СЕСІЙ

## 5. ВСТУП

Частина II окреслює для учасника зміст і цілі кожної з сесій, розроблених для цього конкретного клінічного випробування. При побудові нашого протоколу терапії, ми зберегли звичну структуру сесій підготовки, підтримки та інтеграції, які використовуються в інших протоколах психоделічної терапії. Однак у різний спосіб ми наповнили сесії перспективами, принципами та втручаннями АСТ. Лікарі, які використовують цей посібник для інших досліджень або клінічної практики, можуть вважати доцільним додавати сесії або перейменовувати сесії.

Загальна мета поєднання терапії депресії за допомогою псилоцибіну із АСТ полягає в тому, щоб забезпечити терапевтичну структуру, яка дозволить учасникам змінити когнітивні моделі та моделі поведінки, які характеризують депресію, одночасно збільшуючи активну участь у навколишньому світі, засновану на цінностях. Стимулювання цих двох типів змін (які характеризують психологічну гнучкість) через інтерактивні ефекти терапії та медикаментозних сесій – є центральним гіпотетичним механізмом зміни та покращення симптомів депресії. У цьому посібнику цей підхід реалізовано за допомогою клінічного формулювання на основі АСТ та втручання лікаря на основі АСТ під час психоедукаційних, експериментальних сесій та сесій з підбиття підсумків/подальшого спостереження.

### 5.1 Клінічне формулювання на основі АСТ

Хоча депресивні та психоделічні наративи можна зрозуміти за допомогою різноманітних дискурсів, у нашому протоколі АСТ є основним способом розуміння природи депресивних думок, почуттів і поведінки, а також реакції учасників на психоделічні переживання. Під час підготовчих сесій терапевтів навчають слухати історії депресії учасників через призму АСТ, помічаючи приклади когнітивного злиття, уникнення досвіду, втрати цінностей або інші приклади психологічної негнучкості. Таким чином вони починають розуміти розповідь учасника в цих вимірах АСТ і визначають, які процеси АСТ на моделі «гексафлексу» є місцями потенційного дослідження та змін для індивіда. Учасник також заповнює Анкету цінного життя (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2017) на початковому етапі, яку переглядає терапевт для подальшого обговорення. Під час сесій дозування та підбиття підсумків терапевти звертають увагу на випадки, коли досвід учасника спонукав його до психологічної гнучкості або навпаки. В першому випадку досвід може служити важливим орієнтиром для більш гнучких і «працевдатних» способів мислення та поведінки, які можуть керувати терапевтичним підходом протягом періоду інтеграції. І навпаки, випадки, коли учасник уникав переживань поточного моменту або конкретних емоційних станів чи уявлень про себе, можуть вказувати на ці конкретні сфери, які могли б отримати користь від підвищеної уваги під час наступних сесій. Таким чином, клінічне формулювання на основі АСТ відбувається протягом усіх терапевтичних зустрічей з учасником, керуючи терапевтичним підходом і оцінюючи прогрес на постійній основі.

## 5.2 Втручання лікаря на основі АСТ

Тримаючи в пам'яті засноване на АСТ формулювання про труднощі та цінності учасника, терапевти можуть надати зворотний зв'язок і використовувати інші втручання, щоб поцілити у певні області «гексафлексу» АСТ, які потребують більше уваги, такі як: встановлення цілей на основі цінностей, відмова від непрацездатних негативних конструкцій думок і подолання емпіричного уникнення. Наприклад, кілька наших учасників висловили глибоко вкорінені негативні переконання щодо власної цінності. У цьому випадку терапевт може вивчити способи, за допомогою яких учасник змішує депресивну думку з абсолютною істиною (злиття), і це, як наслідок, впливає на його поведінку. Під час підбиття підсумків і подальших сесій терапевти можуть згадувати моменти сесій приймання псилоцибіну, щоб посилити живий досвід підвищеної психологічної гнучкості. Наприклад, терапевт може сказати: «Пам'ятаєте, як ви сказали мені, що спокійно спостерігали за потоком форм, кольорів і образів, що рухалися у вашій свідомості протягом кількох хвилин під час сесії приймання препарату? Саме таку уважність ми сподіваємося виховати за допомогою щоденних практик усвідомленості».

Один учасник нашого дослідження мав нав'язливу тенденцію намагатися ідеально сформулювати свою думку під час соціальних взаємодій; це часто призводило до тривожного уникнення та соціальної ізоляції. Однак під час сесії дозування він став дуже грайливим у своїй мові та рухах тіла. Терапевт нагадав йому про цю відкритість і свободу від страху з надією зменшити уникнення ним майбутніх соціальних взаємодій. Важливою частиною було не «змусити учасника помилятися» щодо своїх переконань про себе, а скоріше посилити його безпосередній досвід грайливості та легкості самовираження.

### Дидактичні пояснення

У кількох пунктах протоколу терапевт безпосередньо навчає учасника принципам АСТ, зокрема під час:

- Підготовчої сесії, щоб спрямувати увагу суб'єкта на те, щоб помічати елементи сесій псилоцибіну як відображення визначених АСТ змін у мисленні, поведінці та усвідомленні цінностей; і
- Подальших сесій, щоб допомогти учасникам зміцнити своє розуміння та впровадження принципів АСТ у їхній поточній роботі над психологічною гнучкістю (після завершення часу, проведеного в дослідницькому середовищі).

### Експериментальні вправи

У той час як дидактичні пояснення принципів АСТ забезпечують когнітивне

розуміння проблемних моделей і потенційних засобів зцілення, також важливо, щоб учасники відчували психологічну гнучкість на глибшому рівні, щоб пов'язувати свій безпосередній досвід із концепціями. Ми припускаємо, що досвід псилоцибіну може значною мірою забезпечити це, особливо з належною підготовкою. Однак ми також використовуємо послідовні метафори АСТ, практики усвідомленості та робочі аркуші, щоб поглибити цей досвід. Ми використовуємо метафори, щоб допомогти передати поняття «злиття» та «себе-як-контексту». Ми використовуємо робочі аркуші, щоб допомогти учасникам прояснити свої цінності, а також «Матрицю АСТ» (Polk & Schoendorff, 2014), щоб допомогти учасникам виявити, як їхній внутрішній досвід впливає на їх здатність брати участь у діях, орієнтованих на цінності. З метою стандартизації досліджень ми вибрали кілька метафор, робочих аркушів і вправ для включення в наш протокол; однак вони можуть гнучко використовуватися клініцистами, які пройшли навчання АСТ, в інших контекстах. (У таблиці 1 описано послідовність терапевтичних сесій у нашому протоколі лікування та деякі конкретні способи використання АСТ під час кожної сесії.)

**Таблиця 1: Огляд послідовності терапевтичних сесій + способи використання АСТ під час кожної сесії**

Назва сесії	Огляд сесії та способи використання АСТ
Підготовчий психоедукаційна сесія №1 (2 години)	Терапевт прагне встановити терапевтичний альянс через: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слухання розповіді учасника про депресію та історію лікування, щоб зрозуміти закономірності психологічної негнучкості, які є найбільш помітними;</li> <li>• Психоедукація щодо досвіду псилоцибіну, терапевтичні межі (наприклад, дотик) і заходи безпеки;</li> <li>• Навчання техніці заземлення, включаючи діафрагмальне дихання;</li> <li>• Допомога учаснику у встановленні наміру щодо цілей сесії приймання препарату №1.</li> </ul>
Сесія приймання препарату № 1 (на першому тижні)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відповідно до позиції підтримки під час сесій приймання препарату, терапевт не забезпечує значних втручань АСТ або зворотного зв'язку.</li> <li>• Клінічне формулювання на основі АСТ продовжується, оскільки терапевт слухає наративи, що виникають, і відзначає випадки психологічної гнучкості та негнучкості, особливо усвідомлення поточного моменту, себе-як-контексту та уникнення досвіду.</li> </ul>
Сесія підбиття підсумків № 1 (1-2 години, в день після сесії приймання препарату)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт ініціює повну розповідь про досвід учасника під час сесії лікування.</li> <li>• Визначає та вивчає аспекти розповіді учасника, які пов'язані з принципами АСТ, а також випадки, коли він рухався у напрямку до психологічної гнучкості або навпаки.</li> </ul>

<p>Сесія підбиття підсумків № 2 (1-2 години, через 1 тиждень після сесії приймання препарату)</p>	<p>Терапевт і учасник продовжують розглядати та розмірковувати про: • Досвід приймання псилоцибіну, включно з будь-якими емоційними, розумовими змінами або змінами способу життя після приймання препарату. • Цінності, шляхом обговорення заповненої учасником Анкети цінного життя опитувальника, а також відносної важливості цінних сфер життя. • Досвід життя згідно зі своїми цінностями чи навпаки.</p>
<p>Підготовчий психоедукаційна сесія №2 (2 години, на четвертому тижні)</p>	<p>• Проведення психоедукації щодо того: • Які існують когнітивні процеси та поведінка, що сприяють депресії з точки зору АСТ (тобто когнітивне злиття, уникнення досвіду, обґрунтування тощо); • Як можна змінити депресивні моделі за допомогою взаємодії між принципами АСТ і досвідом із псилоцибіном; а також • Практика усвідомленості. • За допомогою цього процесу терапевт прагне викликати "творчу безнадійність". • Допомога учаснику у встановленні наміру для цілей сесії приймання препарату №2.</p>
<p>Сесія приймання препарату № 2 (на п'ятому тижні)</p>	<p>Так само як і на сесії приймання препарату № 1</p>
<p>Сесія підбиття підсумків № 3 (1-2 години, в день після сесії приймання препарату)</p>	<p>Терапевт виявляє повну розповідь про досвід учасника під час сесії приймання препарату, досліджуючи: • Аспекти досвіду стосовно принципів АСТ, які обговорювалися раніше. • Метафори, отримані з досвіду псилоцибіну або з АСТ (наприклад, метафора будинку та меблів), щоб допомогти зрозуміти принципи, наприклад, "я-як-контекст".</p>
<p>Сесія підбиття підсумків № 4 (1-2 години, через 1 тиждень після сесії приймання препарату)</p>	<p>Використовуючи, якщо це є корисним, матрицю АСТ терапевт і учасник продовжують переглядати та обмірковувати досвід прийому препарату учасника та зміни, які відбулися, щоб вивчити: • Що найбільше цінує учасник; • Як втілити свої цінності в життя. Терапевт може перейти до більш директивного поведінкового підходу, щоб допомогти учаснику визначити точні дії, які він може зробити, щоб почати жити відповідно до своїх цінностей.</p>
<p>Наглядові сеанси № 1 і 2 (через 2 та 4 тижні після сесії приймання препарату № 2)</p>	<p>Терапевт продовжує досліджувати та посилювати: • Інсайти, отримані з досвіду псилоцибіну під час оцінки змін у психологічній гнучкості; • Як сесії дозування та терапії виявили кожен процес АСТ, за допомогою "гексафлексу" АСТ; • Відповідні поняття АСТ; • Успішні зміни в поведінці та вжиті цілеспрямовані дії; • Практики усвідомленості та інші конкретні способи перетворення досвіду навчання на тривалі зміни. Терапевт веде обговорення припинення та планує подальший догляд за учасником після навчання.</p>

## 6. ПСИХОЕДУКАЦІЙНА СЕСІЯ № 1

*Коли люди бачать деякі речі прекрасними,  
інші речі стають потворними.*

*Коли люди бачать деякі речі як хороші,  
інші речі стають поганими.*

*Буття і небуття творять одне одного.*

*Важко і легко підтримувати один одного.*

*Довге і коротке визначають одне одного.*

*Високе і низьке залежать одне від одного.*

*До і після слідуєть одне за одним.*

*~ Лао-цзи, Дао Де Цзин*

До цього моменту учасник завершив етапи обстеження та згоди та вперше зустрічається зі своїм основним психоделічним терапевтом(ами). Завдання, описані в цьому розділі, необхідно виконати під час першої сесії психоедукації, який триває близько двох годин, або під час підготовчого періоду до першої сесії дозування. З міркувань практичного та матеріально-технічного планування під час нашого дослідження ми охопили всі завдання за одну тривалу сесію. Однак цей зміст можна більш ефективно висвітлити протягом кількох підготовчих сесій.

*6.1 Внутрішній порядок денний для терапевтів під час психоедукаційної сесії №1*

*6.2 Будування стосунків і терапевтичного альянсу*

*6.3 Перегляд структури сьогоднішньої сесії*

*6.4 Згадайте та послухайте про пережитий досвід депресії учасника*

*6.5 Згадайте та послухайте про пережитий досвід психофармакологічного лікування учасника*

*6.6 Зрозумійте попередження учасника щодо психоделічних переживань*

*6.7 Прислухайтеся до «проступків» з точки зору АСТ і почніть будувати клінічне формулювання на основі АСТ*

## 6.8 Встановлення намірів

### 6.9 Навчіть учасника інформації щодо сесій дозування псилоцибіну

- а. звичайний досвід роботи зі псилоцибіновим сценарієм
- б. сценарій важких переживань
- в. сценарій «гірськолижного схилу»
- г. сценарій втручання терапевта
- ґ. сценарії технік заземлення
- д. рятувні ліки
- е. сценарій практичних вказівок та інструкцій з техніки безпеки
- є. вимоги до залишення приміщення

6.10 Проведіть учасника через тестовий сеанс із пов'язкою для очей та навушниками

6.11 Обговорення питань і подробиць щодо прибуття на сесію дозування

## 6.1 Внутрішній порядок денний для терапевтів під час Психоедукаційної сесії №1:

Явне навчання учасника щодо поширених когнітивних і поведінкових проблем, які спостерігаються під час депресії, відбудеться лише на Психоедукаційній сесії №2. Однак під час Психоедукаційної сесії №1 терапевти уважно спостерігатимуть, які з них є найбільш помітними для цього учасника, де є сильні сторони та які конкретні психологічні моделі найбільш піддаються втручанням. Терапевти також відзначають, в яких точках можуть знаходитись гнучкість та креативність.

### Когнітивне злиття

Чи відчуває учасник думки, слова та мову так, ніби вони фактично, абсолютно правдиві? Думку «Я нікчемна людина» можна сприйняти і повірити в неї так, ніби це правда в якомусь абсолютному сенсі. «Я настільки пригнічений, що не можу поворухнутися» сприймається як правда, тоді як насправді це метафора досвіду депресії. «Моє життя нічого не варте» або «Я нічого не можу зробити правильно» сприймаються за чисту монету, а не як думки, які приходять і йдуть і не є точним відображенням постійної реальності. «Я депресивний» або інші думки, які вказують на те, що депресія становить їхню основну ідентичність, є прикладами когні-

тивного злиття. Ця сильна чутливість до внутрішнього болю (мої думки завдають мені болю, я є мої думки, я є тим, що я думаю і відчуваю), одного разу сприйнята як болісна правда, може призвести до уникнення досвіду.

### **Уникнення досвіду**

Це стосується спроб уникнути або змінити думки, почуття, спогади, фізичні відчуття та інші внутрішні переживання через:

**Придушення думок:** намагання не думати про болючі думки, придушення, відволікання.

**Румінація:** одержимість подіями, спогадами, розповідями у стереотипний, повторюваний спосіб, який нічого не вирішує, але служить для того, щоб зайняти розум, або

**Поведінкове уникнення:** соціальне відсторонення, відсутність дій, які можуть викликати депресивні почуття або думки.

Уникання досвіду, яке підтримується за допомогою негативного підкріплення: полегшує біль у короткостроковій перспективі, але пов'язане зі стійкістю або навіть погіршенням депресії в довгостроковій перспективі. Наприклад, «Якщо я не встану з дивана і не піду на ту вечірку, я не почуватимусь невдахою, коли ніхто не захоче зі мною танцювати» призводить до тимчасового зменшення дискомфорту від перебування в безпечному місці, але збільшує тривалу депресогенну ізоляцію та порушення соціального функціонування.

**Обґрунтування/навязливі роздуми:** пошук причин депресії не змінює стан. Насправді пошук причин може призвести до збереження або загострення стану. Особливо це стосується подій в минулому, які «викликали» депресію. Оскільки ніхто не може змінити минуле, визначення події, яка спричинила депресію, може призвести до висновку про безнадійність одужання від депресії. Наприклад: «Моя дитяча травма спричинила цю депресію, і ніщо не може змінити те, що сталося тоді. Тому моє становище безнадійне». Вивчення таких причин, ніби це дослідження може полегшити симптоми, є протипоказаним у цьому підході.

Наш протокол передбачає зосередження на зв'язку між симптомом та його поточним контекстним значенням.

**Невідповідність собі:** нездатність відповідати власним (високим) очікуванням і відчуття невдачі породжує депресію. У застосуванні до зовнішнього світу це корисно (будинок у безладі, я вважаю за краще, щоб він був охайним; я приберу, пропилююшу і досягну цієї мети). Це не є корисним у випадку внутрішніх оцінок,



таких як: «Я в депресії, тому що я жаклива людина, тому я повинен стати хо-рошою людиною». Внутрішні оцінки, які відображають нереалістичні, грандіозні або навіть скромні очікування від себе, як правило, породжують депресивне пі-знання, якщо не виконуються.

**Готовність проти бажання.** Загальною обіцячкою психофармакологічного лі-кування є те, що медикаментозне лікування спонукатиме людину хотіти щось робити, мати бажання та бути щасливішою завдяки виправленню хімічного ди-сбалансу. Це означає, що пасивність, терпіння та підпорядкування лікуванню є основними очікуваннями для учасника/пацієнта. Готовність вжити заходів, щоб змінити своє життя, чітко згадувана в АСТ (відповідальність), тоді як пасивне бажання почуватися краще виключно завдяки дії ліків розглядається як неспро-можна пропозиція. Хоча цей етап (конфронтація) не розглядається на Психоеду-каційній сесії № 1, терапевти слідкують за балансом активності та пасивності в розповіді та поведінці учасника під час сесії.

## 6.2 Побудова стосунків і терапевтичного альянсу

Манера терапевта вітати нового пацієнта на лікуванні, представляти себе та сердечно розпочинати процес налагодження взаєморозуміння буде супроводжу-вати цю частину терапевтичного процесу. Терапевт може запитати учасника про його досвід під час обстеження та процесу отримання згоди або запропонувати учаснику поставити питання про досвід відвідування сесій. Залучення до дослі-дження лише досвідчених клініцистів дозволить головному досліднику та ліка-рю-досліднику довірити терапевтам знайти найефективніший спосіб зробити кожного учасника почуватися комфортно та бажаним.

### Конкретні підходи включають:

- Запитання про досвід учасника в дослідженні до цього часу,
- Активне слухання: питання щодо розвитку теми та деталей, для того, щоб отримати більше конкретики,
- Кивання та невербальні звуки розуміння та співчуття,
- Приймати все, що сказано, як правду, яку проживає учасник,
- Співпереживання з вираженим афектом, занепокоєння щодо участі в до-слідженні, страх невдачі в дослідженні та
- Захоплення мужністю та силою, які дозволяють учаснику продовжувати жити, попри такі страждання та відчай.

## 6.3 Перегляньте загальну структуру сьогоднішньої сесії:

Опишіть речі, які будуть розглянуті на сьогоднішньому занятті. Наприклад:

«По-перше, ми хотіли б познайомитися з вами, вашим життям і тим, як ви зараз почуваетесь. Ми хотіли б дізнатися про ваш досвід проживання депресії, а також про те, яким було для вас її лікування. Потім ми поговоримо про те, як працює терапія за допомогою псилоцибіну і чим вона відрізняється від звичайного психофармакологічного лікування депресії. Після цього ми надамо вам детальний опис псилоцибінових сесій. Наприкінці ми дамо вам можливість приміряти пов'язку та навушники, які ви будете використовувати під час сесії і ми переглянемо наш розклад для всіх інших сесій, що залишилися в рамках дослідження. Звучить добре?»

## 6.4 Перегляд досвіду депресії учасника

Під час підготовчої сесії, або періоду, учаснику пропонується описати, як депресія проявляється в його житті. Мета тут полягає в тому, щоб учасник говорив вільно, без структурування з боку терапевта, і відчував себе по-справжньому почутим і підтриманим у розповіді власної історії, як би вона не виникала. Роль терапевта полягає в тому, щоб запропонувати співчуття болю та стражданням, які відчуває учасник, одночасно виконуючи внутрішній порядок денний, описаний вище. Наголос робиться не на точному отриманні психіатричної історії (що вже було зроблено), а на вивченні психологічних і поведінкових моделей, які визначають депресію для цієї особи. Якщо з'являється нова інформація, наприклад, якщо учасник розкриває історію самоушкодження, булімії, дисоціативних епізодів або подібних переживань, перейдіть до структурованого підходу. Відповідним втручанням буде з'ясування того, коли почалися такі переживання, як часто вони трапляються(лися), а також тяжкість поведінки чи епізодів. Після цієї сесії негайно проконсультуйтеся з головним дослідником і лікарем-дослідником. Групи може знадобитися переглянути можливість особи брати участь у дослідженні.

## 6.5 Перегляд досвіду психофармакологічного лікування учасника

Учасники цього дослідження, ймовірно, пройшли кілька курсів лікування, застосовували численні ліки, комбінації ліків, можливо, електросудомну терапію, транскраніальну магнітну стимуляцію або кетамін, і працювали з різними психіатричними фахівцями. Цей досвід міг залишити по собі загальне перенесення до лікування, яке, ймовірно, буде інтенсивним і унікальним для кожної особи в дослідженні. Учасник може відчувати, що досвід псилоцибіну є його єдиною та останньою надією; таким чином, учасник може ідеалізувати дослідження і відчувати відчайдушне бажання взяти участь. Через це учаснику може бути складно

бути щирим із терапевтом, тому для терапевтів важливо досліджувати історію учасника психіатричного лікування прийнятним, але нейтральним способом. Взаємодія з ідеалізацією псилоцибіну було б дуже проблематично. Однак усвідомлення емоційного ставлення учасника до психофармакології як невтільної частини його історії лікування може бути корисним для розуміння ставлення до псилоцибіну та дослідженням псилоцибіну.

## 6.6 Зрозумійте упередження учасника щодо психоделічних переживань

Запитайте учасника про його упередження, очікування та вивчіть історію психоделічних переживань і псилоцибіну. Виявіть його занепокоєння та надії. Запитайте про його досвід у молодості, зокрема про марихуану, та про його розмови з друзями, які мали психоделічний досвід. Ознайомтеся з відгуком учасника на книгу Майкла Поллана «Як змінити свою думку» («How to Change Your Mind», 2019) або інші представлення ЗМІ терапії псилоцибіном, які він бачив.

## 6.7 Прислухайтеся до «проступків» АСТ і почніть будувати клінічне формулювання на основі АСТ

Під час підготовчих сесій терапевти слухатимуть учасника через призму АСТ, помічаючи приклади когнітивного злиття, уникання досвіду, втрати цінностей або інші приклади психологічної негнучкості. Таким чином вони починають розуміти розповідь учасника в цих вимірах АСТ і визначають, які процеси АСТ на моделі «гексафлексу» є місцями потенційного дослідження та змін для людини.

## 6.8 Встановлення намірів

«Мати намір – те саме, що мати компас на борту вітрильника. Коли ми входимо у величезний океан розширеної свідомості, там можуть бути хвилі та шторми, спокійні води, м'які бризи чи сильні вітри. Високо підняте вітрило й компас у руках – це орієнтир, до якого варто повернутися, і напрямок, у якому слід рухатися».

~ Бурза та Хантер, 2018

Намір є важливим аспектом «установки» учасника, який вступає в експериментальну сесію. У цій частині психоїдукаційної сесії терапевти знайомлять його з концепцією встановлення намірів, виявляють будь-які початкові наміри та заохочують учасника подумати про свій намір і закріпити його від теперішнього моменту до сесії дозування.

**Зразок діалогу:** «Намір – це заява про мотивацію або напрямок. Чому ви тут? Чого ви хочете отримати від цього досвіду? Ми вважаємо, що ваші наміри ві-

діграють велику роль у створенні вашого досвіду. Ми сподіваємося, що сесії приймання препарату та бесіди допоможуть вам скоригувати звичні думки та поведінку, які сприяють переживанню депресії, щоб ви могли зробити позитивні зміни у своєму житті. Ми не знаємо, як для вас розгортатиметься сесія лікування або що має статися під час сесії лікування, щоб відбулися такі зміни. Визначення вашого наміру допоможе тримати вас на шляху під час сесії дозування, щоб ви могли отримати відповіді та інформацію, яка вам потрібна».

## 6.9 Навчання учасника сесіям дозування псилоцибіну

Попри те, що деякі з наведених нижче питань будуть обговорені з персоналом дослідження під час процесу отримання згоди, дуже важливо переконатися, що учасник розуміє цей матеріал. Також важливо, щоб ця інформація надходила від провідного терапевта. Ми пропонуємо використовувати наведені нижче сценарії або подібні сценарії під час передачі цієї інформації учаснику:

### а. Загальний досвід з псилоцибіновим сценарієм

Ми рекомендуємо розглянути наступні моменти психоедукації з учасником щодо діапазону переживань, які можуть виникнути під час сесії псилоцибіну:

- Псилоцибін є «класичним» галюциногеном, який може викликати глибокі зміни у відчуттях, сприйнятті, процесах мислення, емоціях, вашому відчутті часу, природі реальності та самому собі. Ефекти можуть коливатися від дуже легких до дуже сильних.
- Псилоцибін змінює сприйняття. Ви можете відчувати зорові деформації або ілюзії, сильні візуальні образи та зрідка справжні галюцинації. На початку сесії ви можете відчути каскад геометричних форм і кольорів.
- Ви можете побачити речі з радикально іншої точки зору. Наприклад, ви можете опинитися в іншій реальності, ніби ви були або живете в іншому часі або місці. Ви можете навіть відчути, що припиняєте існування, божеволієте або перетворюєтеся на тварину, рослину чи інший організм. Такі зміни іноді можуть викликати збентеження або тривогу, але також можуть сприяти сильним духовним або містичним/трансцендентним переживанням.
- Досвід терапії псилоцибіном може допомогти вам досягти значних позитивних змін у вашому житті, але це не є чарівними ліками проти будь-чого. Наприклад, ви можете мати психологічний інсайт про себе чи інших. Одні лише ці ідеї, ймовірно, не допоможуть вам пережити депресію, якщо ви не перенесете їхній вплив у своє повсякденне життя та не внесете свідомих змін у свій спосіб мислення та поведінки.

- Ми заохочуємо вас проявляти цікавість і сприймати відкрито все, що відбувається під час сесії. Усе, що з'являється, має якийсь сенс чи мудрість, з яких ви можете навчитися, навіть якщо це значення не відразу очевидне. Нерідко виникає відчуття, ніби ваші думки та сприйняття виникають швидше, ніж ви можете їх опрацювати. Ми заохочуємо вас повністю дозволити проявлятися всім своїм емоціям та відчуттям, хорошим та поганим. Нехай виникають спогади, образи та відчуття у тілі. Прийняття та відчуття цих глибоких і часом важких емоцій — це шлях до того, щоб змінити свої глибоко вкорінені моделі страху, безсилля, провини та сорому.

## **б. Сценарій важких переживань**

- Даний препарат може викликати періоди фізичного або емоційного дискомфорту.

- Фізично ви можете відчути періоди нудоти, ознобу, тривоги або паніки. Ваш артеріальний тиск може дещо підвищитися, і ми будемо стежити за цим. Пам'ятайте: попри те, що психологічні ефекти можуть здатися екстремальними, фізіологічний ризик цього препарату надзвичайно низький.

- У вас можуть виникнути дивні відчуття та переживання, ви можете відчувати страхітливі образи чи думки. Вони можуть швидко чергуватися. Це нормально і не означає, що щось не так. Ефекти закінчуються і не становлять серйозної небезпеки для організму. Найкраще приймати цей досвід, коли він виникає, і прагнути вчитися на ньому.

- Ми заохочуємо вас «йти за» важким досвідом або піддатися йому, а не боротися з ним. Наблизитись, а не тікати; прийняти, а не відмежуватись, схилитися до всього, що виникає, включаючи будь-який імпульс втекти. Прагніть залишатися з досвідом і досліджувати його, дозвольте собі цікавитися тим, що з'являється у вашому досвіді. Довіряйте. Відпускайте. Будьте відкритими.

- Те, що ми просимо вас зробити, є складним, суперечливим і не типовим шаблоном поведінки. Цілком природно уникати негативних або неприємних емоцій і переживань. Не дивуйтеся, якщо під час сесії ми нагадаємо вам дозволити або навіть рухатися в напрямку до незручного відчуття чи думки.

- Існують методи заземлення та заспокоєння, якщо ви хочете ними скористатися. До кінця сьогоднішньої сесії ми вас цьому навчимо.

- Якщо у вас виникли будь-які труднощі, будь ласка, повідомте нам. Ми можемо допомогти вам, надавши заспокоєння, підтримку, перенаправлення думок або терапевтичний дотик (якщо ви дасте на це дозвіл).

### **в. Сценарій «гірськолижного схилу»**

Ми щойно розглянули багато інформації про досвід застосування псилоцибіну, і ви можете бути здивовані, чому такий досвід може бути корисним для лікування депресії. Один зі способів зрозуміти це полягає в тому, що в певному сенсі розум схожий на гірськолижний схил із багатьма доріжками. Думки можуть початися з одного шляху, а потім повернути в інший бік. Ви можете повернутися на вершину гори й спробувати новий шлях. Але румінація (повторення) схожа на багаторазове катання на лижах однією і тією самою стежкою — коли ви кілька разів проїдете цією стежкою, ви, швидше за все, будете йти нею знову і знову. Кожного разу, коли ви це робите, ви поглиблюєте канавки, ускладнюючи поворот на новий шлях. Під час депресії люди часто катаються на усталених коліях мислення, почуттів і поведінки. Їхнє пізнання є повторюваним і негнучким.

Ми можемо розглядати лікування псилоцибіном як створення свіжого снігового покриву на горі. Зі свіжим снігом у вас буде набагато більше свободи кататися на лижах де завгодно (більша здатність мислити вільно та терпіти ширший діапазон емоцій). Досвід псилоцибінової терапії може допомогти вам знайти нові, інші шляхи вниз з гори, знайти нову місцевість і нові види (і відчути себе вільнішим).

### **г. Сценарій втручань терапевта та технік заземлення**

Під час підготовчої та інтеграційної сесій у нас буде вільний обмін думками, а також достатньо часу для розмови та обговорення. Під час сесії приймання препарату ми запрошуємо вас здійснити подорож усередину. Ви можете співпрацювати з цим препаратом, щоб спільно створити свій досвід. Ми заохочуємо вас отримувати досвід і зберігати обговорення про нього для подальшого перегляду та роздумів. Ми будемо в кімнаті та перевіримо ваш стан, якщо вам здасться, що ви в біді. Однак здебільшого ми не будемо звертатися до вас, якщо ви не звернетеся до нас за допомогою. Будь ласка, не соромтеся повідомити нам, якщо щось вас турбує. Ви також можете попросити зв'язатися з нами в будь-який час усно чи жестом, і ми завжди будемо присутні, щоб допомогти вам.

### **г. Техніка заземлення Сценарій 1: Дихання животом**

- Якщо під час сесії ви відчуваєте напругу, занепокоєння або перевтому, дихання животом може бути корисним.
- Зверніть увагу на своє дихання, його звучання, відчуття, тілесні переживання.
- Зосередьтеся на руху повітря за допомогою діафрагми, а не на м'язах

грудей. Уявіть собі повітряну кулю у вашому шлунку, з'єднану з трубкою, що проходить через грудну клітку до рота. Подайте повітря через трубку, щоб надути повітряну кульку, а потім спустіть повітряну кульку.

- З кожним видихом відпускайте і дозволяйте напрузі покинути ваше тіло.
- Детальна інструкція:
  1. Сядьте або ляжте в зручному положенні.
  2. Покладіть одну руку на живіт трохи нижче ребер, а іншу руку на груди.
  3. Зробіть глибокий вдих через ніс і дозвольте животу виштовхнути руку. Ваша грудна клітка не повинна рухатися.
  4. Видихніть через стиснуті губи, ніби ви свистите. Відчуйте, як рука на вашому животі йде усередину, і використовуйте її, щоб виштовхнути все повітря.
  5. Виконайте цей цикл дихання від 3 до 10 разів. Не поспішайте з кожним видихом.
  6. Зверніть увагу на те, що ви відчуваєте в кінці вправи.

#### **д. Сценарій техніки заземлення 2: Терапевтичний дотик**

- Може бути корисно встановити фізичний контакт з одним чи обома вашими терапевтами.
- Якщо ви погоджуєтеся, ми можемо запропонувати потримати вас за руку, ногу або плече, щоб встановити з вами контакт.
- Процес отримання згоди: зараз ми хотіли б перевірити з вами, які види дотиків вам зручні та за яких обставин ви б хотіли, щоб ми здійснювали фізичний контакт. Ми можемо встановити з вами фізичний контакт, лише якщо ви цього попросите або зробите певний жест, або ми можемо запропонувати вам це, якщо вам здається, що вам важко. У будь-якому випадку ви завжди можете передумати та повідомити нам, що ви не хочете, щоб вас торкнулися. Ви також можете сміливо сигналізувати про своє бажання припинити фізичний контакт, якщо хочете. Ви також можете запросити контакт з тим чи іншим терапевтом, якщо хочете. Не турбуйтеся про те, щоб образити чиїсь почуття; будь ласка, будьте прямими, запитуючи про те, що ви хочете.

- Ми будемо торкатися вас лише з вашого попереднього дозволу. Чи дозволяєте ви нам фізично контактувати з вами під час сесії? Ви погоджуєтесь, щоб ми ініціювали фізичний контакт, чи ви віддаєте перевагу, щоб до вас доторкалися лише тоді, коли ви цього захочете? Ви, звичайно, можете в будь-який момент змінити свою відповідь на це запитання.

- (Якщо учасник погоджується) Ви можете подати запит у будь-який момент під час сесії приймання препарату, якщо вважаєте, що це буде корисно. Зверніть увагу на свої внутрішні сигнали щодо того, що для вас є правильним, бажаним або комфортним. Якщо ви не можете говорити й бажаєте фізичного контакту, підніміть руку або зробіть жест, щоб повідомити нас про це.

*Примітка для терапевтів:* якщо учасник відчуває постійний фізичний дискомфорт під час сесії дозування або має значні соматичні симптоми під час будь-якого терапевтичної сесії, може бути корисним практикувати наступну вправу «Усвідомлення відчуття тіла». Якщо дозволяє час, це можна практикувати з учасником під час підготовчого періоду.

### **е. Сценарій техніки заземлення 3: Вправа на усвідомлення відчуття тіла**

- Коли ви відчуваєте сильні емоції, які змушують вас відчувати, ніби ви падаєте, ця практика уважності може допомогти вам відновити відчуття рівноваги.

- Лежачи на дивані, розташуйтеся в зручному положенні, приділяючи в цей момент увагу своєму тілу. Ми відчуваємо емоції у своєму тілі: можливо, тяжкість у серці, коли нам сумно, або, можливо, стиснення щелепи, коли ми злі. Де в тілі ви відчуваєте цю емоцію?

- *Зробіть паузу, щоб отримати досвід.*

- Люди іноді повідомляють, що відчувають емоції в кишківнику, шлунку, грудях та інших місцях, наприклад, у горлі чи за очима. Зверніть увагу на місце, де відчуття найбільш яскраві для вас у цей момент. Цілеспрямовано зупиніть свою увагу на ньому.

- *Пауза.*

- Коли ви стежите за відчуттями в цій частині свого тіла, усвідомте їхні особливі якості, щиро, але без прагнення до досконалості. Наприклад, ви можете помітити тяжкість, тиск, напругу, жар або холод, тріпотіння, вібрацію або якість інше відчуття. Деякі відчуття важко описати. Це нормально – не потрібно передавати їх словами. Залишайтеся з відчуттям від моменту до моменту, наскільки можете.



- Пауза.

● Цю наступну частину слід виконувати протягом щонайменше 10 хвилин, до 20 хвилин, періодично повторюючи інструкції. Порадьте учаснику звернути увагу на свої відчуття або зосереджуватися на них кожні 1–2 хвилини, частіше на початку та поступово зменшуючи частоту та використовуючи все менше й менше слів, перериваючи їхній процес якомога менше.

● Коли ви помітите, що ваша увага блукає, обережно поверніть її до відчуттів у вашому тілі. Це особливо важливо, якщо ви помічаєте, що думаєте про події чи обставини, пов'язані з емоцією.

- Пауза.

- Зачекайте принаймні п'ять хвилин, перш ніж дати таку інструкцію:

● Зверніть увагу на те, чи змінюються відчуття. Вони можуть ставати слабшими або сильнішими або місце їх розташування може змінюватися. Відчуття можуть збільшуватися, зменшуватися або змінюватися іншим чином. Що б не сталося, продовжуйте зосереджувати свою увагу на відчуттях, мить за миттю.

● Ось ми підійшли до кінця практики. Коли ви відчуєте, що готові, нехай ваша увага розшириться, включаючи відчуття вашого тіла в цілому, звуки в кімнаті та все інше, що є навколо цієї миті.

*Після цього можна провести коротке опитування про досвід учасника, зробити практику зосередженого дихання або іншу практику заземлення. Ви також можете розпитати учасників про їхній досвід використання цієї практики під час сесії підбиття підсумків.*

#### **є. Рятівні ліки**

Перегляньте разом з учасником рятівні ліки, які будуть доступні під час сесії, та показання до їх використання. Ці ліки та їх показання обговорюватимуться один раз під час процесу отримання згоди.

1. Наголосіть на тому, що використання невідкладних ліків, як правило, буде останнім засобом, і що інші стратегії, такі як вправи на розслаблення, будуть використані спочатку, аби допомогти впоратися з тривогою або підвищеним артеріальним тиском.

2. Повторіть, що ці ліки доступні для забезпечення безпеки учасника, якщо це необхідно.

3. Поясніть, що здебільшого використання будь-яких рятівних препаратів буде спільним рішенням, а не одностороннім рішенням. Однак у разі нерозв'язної розбіжності в думках учасник повинен прийняти клінічне судження лікаря-дослідника та терапевтів.

#### **ж. Сценарій практичних порад та інструкцій з техніки безпеки**

- Думайте про експериментальну сесію як про багатоденний досвід. Мінімізуйте стрес за кілька днів до сесії й особливо напередодні. Проведення деякого часу на природі може допомогти зменшити стрес. Також рекомендуємо скоротити час користування телефоном чи інтернетом. Відмова від важкої та гострої їжі є перевіреним часом способом підготовки до духовних переживань. Ви отримаєте найкращу користь від сесії, якщо протягом тижня до сесії утримаєтеся від вживання алкоголю та інших інтоксикантів.

- Ми також пропонуємо не працювати наступного дня після сесії або принаймні мати легкий графік. Корисно мати час подумати про те, що сталося під час сесії, щоб можна було приділити час відновленню після інтенсивності сесії.

- Будь ласка, приходьте в день сесії після гарного відпочинку, хоча напередодні у вас можуть виникнути проблеми зі сном, і це нормально. Найважливіше – бути готовим повністю присвятити себе досвіду сесії протягом повних 8 годин.

- Ми рекомендуємо з'їсти легкий сніданок з низьким вмістом жиру до вашого прибуття або в лабораторії. Протягом дня для вас будуть доступними легкі закуски, такі як гранола та крекери, а також вода та імбирний ель, якщо ви зголоднієте. Також у вас буде можливість замовити сендвіч на обід.

- Одягайте вільний зручний одяг, такий як спортивні штани, футболка, штани для йоги тощо. Одягайтеся багат шарово, оскільки відчуття тепла чи холоду під час сесії лікування зазвичай коливається. Також про всяк випадок візьміть із собою змінний одяг. Ви можете приносити фотографії, невеликі твори мистецтва або будь-які предмети, які, на вашу думку, сприятимуть вашому процесу під час сесії.

- У день сесії варто прийти о 8:00 ранку, щоб заповнити деякі анкети, здати токсикологію сечі та тест на вагітність (за показаннями).

- Після того, як ви приймете препарат, ви повинні залишатися в клініці принаймні шість годин і до тих пір, поки дослідницький персонал не визнає, що ви в безпечному стані. Виходити до того, як персонал дослідження надав

вам дозвіл, може бути небезпечним. **Нам потрібне чітке зобов'язання від вас про те, що ви залишатиметеся в дослідницькому приміщенні протягом повної тривалості сесії (мінімум 6 годин), доки дослідницький персонал не дозволить вам піти.**

- Ми можемо регулювати та змінювати світло, температуру, гучність музики, а також надати додаткові ковдри. Просто запитайте, і ми зробимо все можливе, щоб вам було комфортно.

- Показники життєдіяльності будуть перевірятися кожні 30 хвилин протягом перших 2 годин, потім щогодини. Ми можемо запитати, як ваші справи під час цих перевірок артеріального тиску; в іншому випадку ми, як правило, не будемо втручатися, якщо ви не ініціюєте контакт або не здається, що вам зле.

- Якщо ви почуваетесь емоційно, вам потрібно посміятися чи поплакати, висловити почуття чи порухатися, ви можете це робити. Емоційне розслаблення є нормальним, очікуваним і бажаним під час сесії, якщо ваша поведінка не загрожує вашій безпеці, безпеці інших людей або дослідницького середовища. Ми повідомимо вам, якщо ваша поведінка викликає занепокоєння, і працюватимемо з вами, щоб знайти безпечний спосіб вашого самовираження.

- Може виникнути нудота і біль у животі. Блювота буває рідко, але про всяк випадок у нас буде таз.

- Приблизно через 6-7 годин ми очікуємо, що дія препарату майже повністю зникне. Після цього ми попросимо вас заповнити декілька анкет.

- **Після сесії:** після того, як ви прийдете додому, будь ласка, знайдіть час, щоб записати все важливе, що ви можете пригадати з часу сесії. Деякі з цих спогадів і чуттєвих вражень можуть зникати дуже швидко. Не хвилюйтеся, якщо деякі частини вашої сесії важко згадати. Ми розглянемо ваш досвід наступного дня на вашій сесії підбиття підсумків. Не відчувайте жодних зобов'язань соціалізуватися ввечері після сесії. Ви можете залишити свій досвід сесії дозування конфіденційним навіть від людей, яким це дуже важливо та які хочуть почути про те, що сталося. Якщо ви хочете поговорити про свій досвід, обмежте обговорення людьми, які знають, що ви робите, і є близькими до вас.

### **3. Вимоги до залишення приміщення**

- Учасник завчасно організує, щоб наприкінці дня приймання препарату прийшов супутник або допоміжна особа для його супроводу додому. З цією особою завчасно зв'яжуться співробітники дослідження та запросять приед-

натися до кінця підготовчого заняття, щоб оцінити її компетенцію та відповідність до ролі, провести психоедукацію та поставити запитання. Якщо вони не можуть відвідати сесію особисто, з ними необхідно зв'язатися телефоном (це буде відповідальністю дослідницького персоналу/лікаря, а не терапевта). Особа з підтримки буде навчена щодо:

1. Базової структури дослідження
2. Діапазону можливих наслідків:
3. Головний біль, поширений, лікується ібупрофеном. 200 мг перорально
4. Нечасто: зміни настрою, сплутаність свідомості, тривога, безсоння.
5. Рідкісні ефекти: параноя, паніка, суїцидальність.
6. Методи зв'язку з терапевтами та/або лікарем-дослідником

- Після завершення сесії особу з підтримки попросять прибути в зону навчання, щоб зустрітися з учасником і командою терапевта. Їй буде надано інформаційний листок із контактною інформацією дослідницького персоналу на випадок виникнення будь-яких проблем.

*Автори висловлюють вдячність за використання роботи Bogenschutz & Forcehimes (2015) у цьому розділі.*

## **6.10 Пов'язка для очей, музика і знайомство із фізичним простором**

Якщо можливо, терапевти нададуть учаснику можливість налаштувати та приміряти пов'язку для очей, яка буде використовуватися під час сесії дозування, а також прослухати кілька хвилин музичного списку відтворення. В той самий час учаснику буде запропонована можливість вкласти на дивані чи кріслі, яким він буде користуватися під час сесії приймання препарату. (*Примітка: якщо це не зроблено під час підготовки, це можна зробити перед дозуванням під час експериментальної сесії.*)

## **6.11 Закінчення: запитання, повторення подробиць щодо прибуття на сесію**

Запропонуйте можливість поставити запитання, підтвердити деталі щодо прибуття на сесію дозування та приходу особи з підтримки.

## 7. МЕДИКАМЕНТОЗНІ СЕСІЇ #1 ТА #2

### 7.1 Загальні вказівки та огляд лікувальних сесій

Кожна сесія триватиме до восьми годин. До прибуття учасника переконайтеся, що кімната буде цілком присвячена лише проведенню сесії дозування в цей день. За винятком екстрених випадків, ніякі сторонні особи не повинні заходити в кімнату. Підготуйте кімнату, щоб створити безпечну, теплу, приватну атмосферу, використовуючи контрольний список нижче.

Двоє співробітників дослідження будуть присутні протягом усієї сесії експериментального дозування, за винятком перерви на відвідування туалету. Терапевт учасника буде основною особою, яка буде здійснювати втручання, а другий лікар буде сітером. Особистий лікар завжди буде доступний, допомога медсестер і дослідницького персоналу також доступна за потреби, наприклад, для того, щоб допомогти у вимірюванні життєво важливих показників та заповненні шкал і оцінок.

Сесії починаються, коли учасник прибуває і проходить процедури оцінювання призначені на цей ранок. Дослідники та медперсонал перевіряють кров'яний тиск і пульс, щоб переконатися, що вони знаходяться в прийнятному діапазоні для продовження дозування. Проводять токсикологічний аналіз сечі, а якщо учасниця є репродуктивного віку, проводять тест на вагітність.

#### **Контрольний список підготовки до сесії (зберіть і підготуйте все необхідне вранці в день сесії)**

- Декор кімнати: витвори мистецтва, рослини, квіти, їжа тощо
- Простирадла, ковдри, подушка
- Застеліть водонепроникне простирadlo під бавовняні простирadlo на випадок нетримання сечі
- Блювотна чаша
- Стандартна музична система з акустичними колонками
- Маска для очей
- Лампи та комфортне освітлення
- Художні матеріали
- Очищувач повітря
- Апарат для вимірювання артеріального тиску або ручний сфігмоманометр, за бажанням
- Псилоцибін або плацебо
- Реанімаційні препарати, пероральні та в/в введення
- Форми оцінювання моніторингу та форми життєво важливих показників за потребою

### 7.1.1 Реєстрація

Дослідники та медперсонал вітаються з учасником і дають стандартні медичні/психіатричні оцінки:

1. Перевірте артеріальний тиск і пульс на відповідність дозування
2. Оцініть учасника на предмет суїцидальних нахилів (терапевт проведе екстрену оцінку та, за потреби, дасть направлення до спеціаліста)
3. Проведіть токсикологічний аналіз сечі та, за необхідності, тест на вагітність
4. Запитайте учасника про будь-які зміни в прийманні ліків.

З огляду на те, що під час підготовки було розглянуто багато інформації, ми вважаємо за доцільне коротко переглянути разом з учасниками наведені нижче пунктами перед тим, як вони приймуть ліки:

1. Очікування від дня тестування (мінімум 6 годин, не можна залишати поверх, має бути щонайменше одна людина в кімнаті з учасником весь час).
2. Пояснення щодо розташування туалету та процедури відвідання (учасник повинен повідомити вас, якщо йому потрібно скористатися вбиральною, його супроводжуватимуть).
3. Випробування масок для очей та навушників (відрегулюйте ремінці масок для очей, гучність навушників).
4. Харчування: згадайте про наявність перекусів, прийміть замовлення на обід заздалегідь.
5. Перегляньте інструкції щодо «тріпу», наприклад, цікавість та прийняття до всього, що виникає, покладатися на досвід, а не тікати від нього, «довіряти, відпускати, бути відкритим».
6. Перегляньте методи боротьби зі стресом (зосередьтеся на диханні, зверніться до терапевта за підтримкою).
  - Ще раз отримайте згоду на фізичний контакт в разі необхідності, а також запевніть учасника, що він може відмовитися від такого контакту у будь-який момент, не ображаючи при цьому терапевта.

7. Перевірте намір(и) учасника щодо сесії
8. Особисті речі, принесені учасником, будуть доступні йому під час сесії.
9. Життєві показники будуть контролюватися з 30-хвилинними інтервалами протягом перших двох годин, а потім щогодини.
10. Рятувальні медикаменти будуть доступні в сусідній дослідницькій лабораторії, як зазначено в протоколі дослідження. Приблизно через п'ять годин учаснику може бути запропоновано художнє приладдя.
11. Останнє нагадування про те, що учасник може звернутися до терапевтів з проханням допомоги йому з будь-якими потребами, якщо вони виникнуть.

### **7.1.2 Дозування**

Після того, як лікар дає дозвіл на проведення сесії дозування і терапевти ознайомили учасника з усією підготовчою інформацією, та учасник відчуває себе готовим, терапевти можуть запропонувати учаснику препарат. Відповідно до заохочення учасника у власному одужанні та розуміння, що він розпочинає цей досвід з власного вибору, запропонуйте ліки в посудині, щоб учасник міг взяти капсулу самостійно (тобто, ми не вводимо ліки безпосередньо). Терапевти мають запропонувати учаснику випити цілу чашку води, щоб допомогти капсулі повністю розчинитися в шлунку. Після приймання капсули учасник, як правило, може захотіти поговорити протягом декількох хвилин, після чого має лягти, але перед тим, учасник має одягнути маску та навушники. Якщо учасник ще не зробив цього протягом 30 хвилин після приймання, слід запропонувати йому лягти на канапу і почати зосереджувати свій погляд всередину. Нагадайте, що, якщо йому зручно, він може одягнути маску на очі, що допоможе зосередити увагу.

### ***Рекомендації щодо дій/поводження терапевта під час сесії***

#### **Принципи ненав'язливої присутності**

Терапевт, який проводить сесію, має бути присутнім, але ненав'язливим. Взаємодія з учасниками має бути підтримувальною та ненав'язливою, а терапевти не повинні вдаватися до будь-яких видів психотерапевтичної роботи, за винятком випадків, коли йдеться про екстремальні емоційні чи поведінкові порушення. Під час моніторингу життєво важливих показників існує можливість для коротких перевірок. Як правило, терапевт не має взаємодіяти з учасником під час сесії, за винятком випадків, коли учасник просить про це, або якщо він перебуває у стресовому стані.

## **Відповідь на запит поспілкуватись**

Якщо учасник просить про взаємодію з терапевтом, терапевт повинен вислухати та реагувати в підтримувальній манері. Через кілька хвилин терапевт повинен м'яко запропонувати учаснику знову зосередитися на собі, запропонувати вдягти навушники та маску на очі, що є опціональним. Якщо учасник чинить опір пропозиції, продовжуйте працювати з ним, підтримуючи й співчуваючи, доки учасник не буде готовий відновити внутрішній фокус. Зауважте такі випадки, так як вони можуть свідчити про уникнення досвіду або інші важливі процеси, які слід обговорити під час підбиття підсумків. Зауважте, що діалог може бути більш змістовним ближче до кінця сесії, оскільки дія ліків закінчується. Через те, що деякі сесії є сесіями плацебо, буде складніше не вступати в змістовну розмову, але терапевти повинні намагатися проводити всі експериментальні сесії в подібній манері, якщо це клінічне випробування.

## **Реагування на інтенсивні, болючі стани афекту**

Терапевти повинні м'яко заохочувати учасника працювати з інтенсивними або складними афективними станами, а не намагатися уникати їх.

## **Реагування на хвилювання або неспокій**

Терапевт заохочуватиме до дихальних вправи та технік заземлення, як описані вище. Якщо вони не допомагають, учасника запрошують сісти, зняти пов'язку з очей і встановити візуальний контакт з терапевтом та кімнатою. Терапевти мають запевнити, що такі стани є очікуваними та, швидше за все, короткочасними.

## **Відповідь на запити щодо контакту**

Терапевт має пам'ятати про зазначені суб'єктом кордони щодо дотиків і, за необхідності, реагувати на прохання про фізичний контакт.

## **Реагування на виражену ажитацію**

Якщо учасник демонструє значне або виражене хвилювання/збудження, а вищезгадані втручання не допомагають, терапевт має проконсультуватись із лікарем щодо можливого призначення бензодіазепінів, або антипсихотичних препаратів. Медичне втручання буде застосовано лише тоді, коли збудження є стійким, і жодні інші засоби, що допомагають зняти його, не є ефективними.

## **Реагування на виражені, стійкі параноїдальні реакції**

Якщо учасник демонструє значну стійку параною, терапевти повинні нама-



гатися зберігати спокій і присутність. Терапевт повинен запевнити пацієнта, що він у безпеці, і нагадати, що він прийняв сильнодійні ліки, які впливають на його мислення. Нагадати учаснику, що його досвід закінчиться через [x] годин, а симптоми, які він відчуває, швидше за все, швидко минуть.

### **Реагування на прохання роздягнутися або пересуватися по кімнаті**

Якщо учасник починає роздягатися або висловлює бажання роздягнутися, терапевт нагадує йому про його зобов'язання залишатися повністю одягненим. За необхідності, це може стати наказом. Якщо учасник бажає пересуватися по кімнаті, терапевт заохочує його до цього. Дозвольте учаснику ненадовго насолодитися цією активністю і повернутися до сидіння або лежання на канапі.

### ***Роль/ставлення/мислення терапевта під час психоделічних сесій з психологічною допомогою***

Спокійна уважна самоусвідомленість терапевта приносить користь як йому, так і учаснику під час сесії. Емпатична присутність під час сесії забезпечить найкращу підтримку. При цьому терапевт заохочує учасника залишатися присутнім у своєму внутрішньому досвіді, а також створює безпечне середовище, яке сприяє готовності бути відкритим до нових, складних сприйнятів, які можуть виникнути.

На інтенсивність терапевтичного досвіду для учасника впливає здатність терапевта залишатися спокійним перед обличчям дуже інтенсивних емоцій та експресії. Процеси «пересприйняття» і радикального самоприйняття повинні моделюватися терапевтом, щоб учасник міг опанувати ці навички. Терапевти можуть запропонувати учаснику допомогу в подоланні труднощів або розгубленості, водночас сприяючи усвідомленню того, що взаємодія учасника з ліками є основним джерелом зцілення.

Терапевти беруть до уваги наміри щодо сесії, які учасник визначив під час підготовчих сесій, а також допускають появу додаткового, можливо, неочікуваного психічного матеріалу, який може з'явитися. Вони також враховують індивідуальні психологічні фактори, які можуть вплинути на терапевтичні стосунки (перенесення і контрперенесення), і намагаються запропонувати конкретні втручання, які найкраще підходять для цієї конкретної людини в цей момент часу.

### **7.1.3 Перший наратив (15-60 хвилин)**

Ближче до кінця сесії учасникам буде запропоновано поговорити про щойно пережитий досвід, емоції, які він викликав, а також про те, що вони думають про

свою подорож на даний момент. Терапевт має зосередитись на виявленні феноменології, а не на інтерпретації чи керівництві цим звітом. Один із терапевтів має робити нотатки, які, як правило, даються учаснику на пам'ять, щоб він міг забрати їх додому. Важливо використовувати принципи «активного слухання», а саме: ставити відкриті запитання, запитувати про деталі та асоціації, уникати запитань «чому» та підтримувати вільну розповідь, яка не пов'язана ані логікою, ані раціональністю чи продуктивністю. Ця промова може тривати від 15 хвилин до години, залежно від учасника. Після цього (або під час) учаснику має бути запропоновано воду, сік, фрукти та закуски, щоб втамувати голод і посприяти повернення до звичайної свідомості.

### 7.1.4 Відправлення

Приблизно через 6-7 годин після прийому досліджуваного препарату більшість ефектів псилоцибіну, ймовірно, зникнуть, і учасник зможе сидіти, ходити, розмовляти та їсти. Його попросять заповнити всі анкети, які є частиною дослідження. Після завершення всіх оцінок, розповідей і прийому їжі лікар, який спостерігає за учасником, у співпраці з терапевтом оцінює безпеку учасника для виписки з клініки. Час від моменту прийому їжі до виписки з клініки становить щонайменше 6 годин. Отже, якщо прийом препарату відбувається о 9 ранку, то виписка буде о 15:00 або пізніше. Оцінка готовності до виписки передбачає проведення обстеження психічного стану, оцінку фізичної безпеки (стабільність життєво важливих функцій, координація, стійкість ходи) і з'ясування будь-яких тривалих ефектів препарату (зорові ілюзії, незвичні переконання, параноя, процеси мислення та їх зміст, настрій і розуміння). Якщо учасник готовий до виписки, його відпускають до супроводжуючої особи. Підтверджується запланована на наступний день сесія дебрифінгу. Терапевт забезпечує учасника та його супровідника номерами телефонів терапевта та персоналу дослідження.

## 7.2 Медикаментозна сесія №2

Другий експериментальна сесія відбувається через п'ять тижнів після першого і може бути проведений відповідно до тих же рекомендацій, що описані в цьому розділі.

Автори висловлюють подяку Майклу Богеншутцу (Michael Bogenschutz) та Алісі Форсхаймс (Alyssa Forcehimes) за високий рівень надання допомоги, а також за дозвіл на використання багатьох елементів їхнього посібника з терапії алкогольної залежності за допомогою псилоцибіну (Bogenschutz and Forcehimes (2015)).

## 8. Підсумкові сесії №1 та №2

### 8.1 Загальні рекомендації щодо проведення підсумків

Кожна підсумкова сесія триває одну годину. Основна мета дебрифінгу - підтримати рефлексії учасника про медикаментозну сесію. Терапевти досягають цього, ставлячи відкриті запитання про сесію, спрямовані на виявлення інтроспективних, міжособистісних, духовних або ноетичних інсайтів, що відбулися під час сесії, які учасник може забути або які йому буде важко вербалізувати. Виявлення таких інсайтів може дати важливі ключі до змін у поведінці, мисленні чи стосунках, які можуть бути тісно пов'язані з депресією учасника. Терапевти підтримуватимуть наративне вираження учасником свого досвіду і наголошуватимуть на цьому, а не на інтерпретаційних втручаннях.

Під час підведення підсумків важливою метою терапевтів є вислухати (під час підсумкової сесії №1) та дослідити (під час підсумкової сесії №2) аспекти наративу учасника, які відповідають основним принципам АСТ: когнітивна розрядка, прийняття, трансцендентне «Я», цінності та дії.

Таким чином, під час підведення підсумків терапевт має дотримуватися відкритої, позитивної манери під час вислуховування псилоцибінового досвіду, одночасно контекстуалізуючи розповідь учасника за допомогою основних принципів АСТ.

### 8.2 Підсумкова сесія №1

Ця сесія триває приблизно одну годину і відбувається на наступний день після першої медикаментозної сесії.

#### 8.2.1 Відкритий наратив

Терапевти повинні використовувати наступний сценарій або охопити наступний зміст, використовуючи свій власний стиль:

- «Сьогодні наша головна мета - поговорити про вашу сесію прийому препаратів. Ми зацікавлені в тому, щоб дізнатися, як сесія вплинула на вас, що ви відчули, і, найголовніше, як він вплинув на ваше мислення та уявлення про ваш досвід боротьби з депресією».
- «Чи можете ви розповісти нам все, що пам'ятаєте про свою сесію, від початку до кінця? Що відбувалося? Що ви бачили? Що ви почули або відчували? Що відбувалося у вашому тілі?»

- «Чи сталося щось, що було для вас важким або складним? Чи відчували ви періоди негативних емоцій, страху, смутку, депресії або жаху? Чи виникали образи, які було важко витримати? Чи щось із цього залишилось, чи щось із цього погіршилося після сесії?»
- «Що ви думали і відчували після сесії? Чи помічаєте ви щось відмінне від ваших звичайних депресивних думок, переконань, ставлень чи емоцій?»
- «Як ви спали та їли після вчорашньої сесії? Що ви відчули, коли прийшли сюди і побачили нас (терапевта та особу, яка надає підтримку) сьогодні? Як відчуваєте контакт із вашими близькими після вчорашньої сесії?»
- «Як ви почуваєтеся емоційно сьогодні?»

### 8.2.2 Закінчення сесії №1

Коли підсумкова сесія добігає кінця, терапевт проводить обстеження психічного стану та оцінку безпеки на предмет погіршення настрою, пасивних або активних суїцидальних думок, параної або сплутаності свідомості, стійких галюцинацій, ілюзій або марення. У разі виявлення гострих проблем з безпекою терапевт повинен повідомити про це одного з лікарів-дослідників для визначення плану та оцінки потреби в подальшому обстеженні. Якщо гострих проблем з безпекою не виявлено, терапевти закривають сесію, підтверджуючи наступну зустріч, і повторно повідомляють про свою доступність по телефону.

## 8.3 Підсумкова сесія №2

Ця сесія триває одну-дві години і відбувається через тиждень після медикаментозної сесії №1. Загальна мета другої сесії дебрифінгу подібна до першого, але включає дослідження ролі особистих цінностей у одужанні від депресії. Ця сесія дебрифінгу складається з двох частин.

У першій частині сесії терапевти допоможуть учаснику інтегрувати зміст і процес медикаментозної сесії, а також його досвід протягом наступного тижня.

У другій частині підсумкової сесії № 2 терапевти переглядають опитувальник «Цінності життя» (VLQ) учасника та список уточнення цінностей, щоб допомогти учаснику ще більше прояснити свої особисті цінності. Терапевти використовують результати раніше заповненого учасником опитувальника VLQ (зробленого за день до першої експериментальної сесії), щоб провести щире дослідження втрачених цінностей, забутих цінностей, цінностей, що збереглися, і того, як змінилися їхні цінності. Це може вимагати більш активного ніж раніше дослідження з боку терапевта, оскільки втрата цінностей і втрата усвідомлення цінностей є поширеним явищем

при депресії. З'ясовуються не тільки цінності, але й минулі дії, які демонструють ці цінності, також мають бути виявлені та досліджені (бажано з гумором, теплом і доброту). Зверніть увагу, що хоча ми використовували Опитувальник цінностей як стандартизований спосіб дослідження цінностей у нашому дослідженні, з цією метою можна використовувати численні інші інструменти та робочі таблиці АСТ. За потреби заняття можна завершити метафорою, щоб підкреслити важливі теми.

Терапевти можуть використовувати наведені нижче запитання, щоб полегшити обговорення з учасником:

### **Сценарій підбиття підсумків медикаментозної сесії:**

- «Як ви почувалися після нашої останньої сесії? Як ваш настрій, сон та апетит? Чим ви займалися?»
- «Чи помітили ви якісь зміни у важливих стосунках у вашому житті? На роботі? У сімейному житті?»
- «Де у ваших думках та емоціях була медикаментозна сесія, яка відбувалася (один-два-три) тижні тому? Чи часто ви про неї згадуєте? Коли ви це робите, що спадає вам на думку? Чи відчуваєте ви, що її вплив все ще з вами, чи здається, що він зник? Чи помічаєте ви якісь зміни в тому, як ви думаєте або як виражаються ваші емоції?»

### **Сценарій прояснення цінностей**

- «За день до сесії ви заповнили так званий опитувальник «Ціннісного життя». Ви пам'ятаєте, як це робили? Ми б хотіли поговорити з вами про це».

*Терапевт демонструє результати опитувальника «Ціннісного життя» і дає копію учаснику. Після того, як учасник ознайомиться з результатами, терапевт просить його відповісти на свої запитання, які будуть збігатися приблизно з такими, оскільки тренер намагатиметься допомогти учасникові прояснити ситуацію:*

- Які цінності мають для вас найбільше значення?
- До яких цінностей ви відчуваєте найбільшу прив'язаність?
- Які цінності раніше були виражені у вашому повсякденному житті, але були втрачені через депресію?
- Які цінності були нав'язані іншими, а не обрані вами, і від них потрібно відмовитися?

- З якими цінностями з дитинства чи ранньої дорослості ви втратили зв'язок?
- Які цінності раніше були важливими, а тепер стали неважливими?
- Реалізації яких цінностей заважає депресія?
- Як життя з депресією призвело до нехтування або відкидання важливих цінностей?

*Зібравши зворотній зв'язок від учасника на опитувальник VLQ, терапевти переглядають досвід оцінки цінностей разом з учасником.*

- «Коли ми виконуємо цю вправу, що ви відчуваєте? Які спогади спливають? Чи здивовані ви тим, що виявилось в анкеті?»
- «Як ці цінності (сім'я, творчість, лояльність, визнання) проявилися у вашому досвіді прийому препарату? Чи змушує сьогоднішня розмова вас замислитися над тим, як ви можете відновити зв'язок з цими цінностями, коли будете рухатися вперед? Як ваш досвід боротьби з депресією впливає на ваше життя з точки зору цих цінностей?»

### **8.3.1 Сесія #2 Завершення**

- а. Переконайтеся в безпеці та стабільності учасника.
- б. Учасник може покинути сесію самостійно, за умови відсутності погіршення депресивних симптомів. Якщо під час дебрифінгу учасник відчув погіршення симптомів депресії, проведіть повне обстеження психічного стану та оцінку безпеки спільно з лікарем, який проводить дослідження, і розробіть відповідний план подальшого спостереження.
- в. Підтвердіть графік проведення наступних сесій: психоедукаційна сесія #2, сесія дозування #2, підбиття підсумків #3 та підбиття підсумків #4

## **9. ПСИХОЕДУКАЦІЙНА СЕСІЯ #2**

Друга психоедукаційна сесія триває приблизно дві години і відбувається через чотири тижні після першої медикаментозної сесії. Мета цієї сесії - познайомити учасника з принципами АСТ: думки та поведінку (когнітивні процеси, дії), які є проблематичними при депресії, можна змінити за допомогою інтерактивного процесу, який пов'язує принципи АСТ та ефекти псилоцибіну.

## 9.1 Реєстрація

Проведіть перевірку прогресу учасника з моменту останньої сесії так само, як і на попередніх сесіях.

## 9.2 Відмінність традиційної психофармакологічної моделі лікування депресії від цієї моделі психоделічної терапії

Коротко ознайомте учасника з основною відмінністю між традиційним пасивним фармакологічним підходом до лікування депресії та більш активним інтегрованим медикаментозним і психотерапевтичним підходом, який пропонується в цьому дослідженні. Це важливо, оскільки пацієнти можуть не лише звикнути до фармакологічної парадигми з попередніх випробувань ліків, але й мати нереалістичну віру в те, що псilocибін вилікує їх, як «чарівна пігулка». Основні принципи полягають у наступному:

1. У традиційній психофармакологічній моделі депресія розглядається як фізіологічне захворювання мозку.
2. Лікар (або інший фахівець системи охорони здоров'я) діагностує стан, пояснює його пацієнту і призначає ліки.
3. Роль пацієнта полягає в тому, щоб чесно повідомити про симптоми, прийняти діагноз лікаря та рекомендації щодо лікування.
4. Лікарський засіб, таким чином, є активним агентом, який працює, щоб змінити хімію мозку. Пацієнт не сподіватись, що протягом наступних тижнів в нього покращиться настрій, зміниться спосіб мислення та активізується поведінка.
5. У терапії депресії за допомогою псilocибіну учаснику пропонується бути більш активним агентом у зміні своїх моделей мислення та поведінки.
6. Для полегшення цих змін у мисленні та поведінці використовуються досвід застосування препарату та стосунки з терапевтами.
7. Лікарський засіб може мати значний ефект у сприянні цим змінам, але він, швидше за все, не здійснить їх сам по собі, а якщо й так, то такі зміни навряд чи збережуться без активного залучення учасника.
8. Терапевти прагнуть сприяти активному використанню медикаментозного досвіду та терапії для досягнення значущих змін у способі життя учасника (а не просто для зменшення відчуття депресії).

Ще одна ключова відмінність полягає в тому, що традиційні фармакологічні підходи намагаються безпосередньо полегшити депресивні симптоми – тобто «випийте таблетку, і симптоми, як ми сподіваємось, покращаться». Однак в АСТ ми насправді намагаємося поліпшити психологічну гнучкість, тобто здатність бути присутнім в моменті з повним усвідомленням і відкритістю до нашого досвіду, і діяти, керуючись нашими цінностями. Іншими словами, «АСТ припускає, що а) якість життя в першу чергу залежить від усвідомлених, керованих цінностями дій, і б) це можливо незалежно від того, скільки у вас симптомів – за умови, що ви реагуєте на свої симптоми з усвідомленістю» (Harris, 2009).

### 9.3 Психоедукація щодо психологічних процесів при депресії

Мета цього сегменту психоедукаційної сесії – викликати «творчу безнадію», або визнання того, що звичайні, інстинктивні способи боротьби учасника з депресією, насправді, підтримують її. Тут терапевт використовує дидактичне пояснення, щоб допомогти учаснику зрозуміти, як, на нашу думку, працює комбінований комбінованої терапії АСТ та псилоцибін. *У нашому дослідженні терапевти використовували наступну схему для структурування дискусії:*

«Ми збираємося навчити вас тому, що психологія дізналася про депресію, а саме, як зазвичай працює розум людей з депресією. Йдеться не про те, щоб зрозуміти, ЧОМУ у вас депресія, а про те, щоб зрозуміти, ЯК працює депресивний розум, і змінити це. Насправді, зосередження на «ЧОМУ» призводить до продовження депресії, а не до її покращення. Це контрінтуїтивно, але це правда. Обговорюючи деякі з цих пунктів, я хочу, щоб ви подумали про те, як вони можуть стосуватися вас, або не стосуватися. Деякі з них можуть здатися вам більш релевантними для вашого конкретного досвіду, ніж інші. Дещо з того, що ми обговорюємо, може здатися вам неприйнятним або може поставити під сумнів деякі способи подолання депресії, які ви використовували протягом тривалого часу.»

«Ми сподіваємося, що те, що ми збираємося описати тут, дасть вам кілька нових способів думати про депресію. Ми очікуємо, що медикаментозні сесії допоможуть вам відчувати ці нові ідеї на глибокому емоційному рівні».

Наступні типи депресивного мислення та поведінки часто супроводжують або загострюють депресію. Використовуючи запропоновані нижче формулювання, терапевт повинен пояснити типи депресивного мислення та поведінки і навести приклади кожного з них.

#### Когнітивне злиття

«Якщо говорити простою мовою, когнітивне злиття «означає занурення в наші думки і дозвіл їм домінувати над нашою поведінкою» (Харріс, 2009). «У стані ког-



нітивного злиття ми невіддільні від наших думок: ми спаяні з ними, прив'язані до них, настільки захоплені ними, що навіть не усвідомлюємо, що ми думаємо...» (Harris 2009). Дифузія означає відокремлення або дистанціювання від наших думок, дозволяючи їм приходити і йти, замість того, щоб зациклюватися на них».

Терапевт наводить кілька абстрактних прикладів когнітивного злиття або розповідає клінічний момент з попередніх сесій з учасником, ділячись прикладом когнітивного злиття, який він спостерігав в учасника. Наприклад, учасник може сказати: «Я знаю, що насправді я не нікчемний шматок сміття, але я ВІД-ЧУВАЮ, що це так». Це можливість а) відрізнити думки від почуттів/емоцій і б) застосувати концепцію когнітивної розрядки АСТ. Терапевт може запитати, що насправді відчуває пацієнт, коли думає, що він є шматком сміття. Чи є пов'язані з цим тілесні відчуття? Який вплив на них має ця думка? Як ця думка впливає на стосунки учасника із зовнішнім світом? Не намагайтеся переконати учасника, що він не є нікчемним шматком сміття, а що ця думка є просто однією з багатьох інших думок, і що вона має особливий вплив на нього (це пов'язано з наступним поняттям – працездатністю). Наша мета – зменшити силу думки, яка керує поведінкою, а не усунути думку. Підсумок цього розділу полягає в тому, щоб представити ідею: я – не мої думки; думки виникають і зникають, з'являються і зникають, і я можу спостерігати за тим, як це відбувається.

Ввести поняття **працездатності**: Питання не в тому, чи є думки істинними чи хибними, а в тому, як вони заважають жити повноцінним, осмисленим життям відповідно до незмінних цінностей.

### Експериментальне уникнення

Поясніть учасниці/-кові концепцію експериментального уникнення. Ми пропонуємо використовувати термін «уникнення», а не більш технічний термін «експериментальне уникнення».

«Болючі думки та почуття є надзвичайно некомфортними. Щоб уникнути болю, розум може уникати переживань одним із двох способів: **внутрішнє уникнення** та **зовнішнє уникнення**. Внутрішнє уникнення характеризується уникненням болючих емоцій або думок і намаганням зробити так, щоб вони зникли, або придушуючи їх, або намагаючись виправити їх через розуміння (надання причини)».

Тут терапевт наводить приклади внутрішнього емпіричного уникнення, які він бачив протягом тижнів роботи з цим учасником. Це має викликати **творчу безнадію**, показуючи, що спроби учасника полегшити свою депресію, хоча і зрозумілі, були не тільки неефективними, але й можуть фактично увічнити її. Їм може бути нелегко це прийняти, і ви можете побачити опір або страждання як

звичні стратегії притуплення болю ставляться під сумнів. Саме тут можна запропонувати **прийняття** емоцій як частину процесу зцілення. Прийняття означає відкритість і звільнення місця для болючих почуттів, відчуттів, бажань та емоцій, а не боротьбу з ними, опір чи пригнічення їх.

**Зовнішнє уникнення:** Терапевт пояснює термін «зовнішнє уникнення» і, якщо можливо, наводить приклади місць, де цей конкретний учасник демонстрував зовнішнє уникнення досвіду. Може бути корисним пояснити, чому відмовились від експериментального уникнення так важко: воно працює, але тільки в короткостроковій перспективі. Відмова від дій, що провокують тривогу, призводить до зменшення хворобливих емоцій, а потім - до глибокого підкріплення відмови від дій у зовнішньому світі. Проте дослідження показують, що тривале уникнення пов'язане зі збереженням або навіть поглибленням депресії, оскільки воно посилює ізоляцію, пасивність, замкненість і зневіру в можливості змінитися.

**Пояснення причин/пояснення, чому:** Терапевт пояснює, що дослідження наративів про минуле та причини депресії не є частиною цієї терапії. Це не означає, що ці наративи є неправдивими або тривіальними, але вони не мають відношення до вирішення проблеми депресії, навіть якщо вони могли її спричинити. Перегляд цих наративів знову і знову не є корисним, оскільки вони можуть обмежити нас у можливості жити багатим, повноцінним, осмисленим життям.

**Готовність діяти в ціннісному напрямку:** Тренер пояснює різницю між готовністю і бажанням та представляє ідею про те, що те, як учасник ставиться до того, щоб щось зробити, не визначає, чи зробить він це насправді. Вони можуть не хотіти щось робити, але все ще бути готовими це зробити. Казати «Я зроблю це, тільки якщо мені захочеться» - дуже проблематично, це увічнює депресію і є протилежністю готовності.

Терапевт намагається допомогти учаснику усвідомити, що, хоча в його голові звучить один голос, який говорить: «Я не можу піти в спортзал, тому що я знеухомлений своєю депресією», або «Я б пішов у спортзал, але я відчуваю себе пригніченим, втомленим і т.д.», він може знайти інший голос, який говорить: «Я можу піти в спортзал, навіть якщо я відчуваю себе втомленим і пригніченим». Терапевт пропонує новий наратив, який може бути таким: «Я можу відчувати себе пригніченим і йти в спортзал». Це принцип «I, а не Але».

## 9.4 Метафори усвідомленості та практика майндфулнес

Для того, щоб надати учасникам досвід контакту з теперішнім моментом, ми заохочуємо і навчаємо практиці концентрації уваги, яка підходить конкретному учаснику, з яким ми працюємо.

Щоб представити концепцію майндфулнес, терапевт може запропонувати метафору, якщо це здається корисним, наприклад, «Неба і погоди» (Harris, 2009, с. 175). Тут також може бути доречним введення поняття «Трансцендентне Я/Я-як-контекст».

Терапевт запитує про попередній досвід учасника з майндфулнес та медитації, дізнається про будь-які існуючі практики, яких він дотримується або пробував у минулому. На цьому етапі ми хочемо заохотити учасника до регулярної практики майндфулнес або медитації, яка стане одним із засобів інтеграції після сесії дозування і після завершення участі в дослідженні. Якщо учасник вже практикує якусь форму майндфулнес і бажає продовжувати, терапевт повинен краще зрозуміти цю практику і поставити цілі для регулярної практики. Якщо учасник ще не має практики майндфулнес або бажає навчитися новій, терапевт повинен допомогти йому освоїти нову практику, спираючись на свої знання і оцінку учасника.

### **Приклади практик майндфулнес**

1. Практики усвідомлення дихання (дихання на рахунок, слідкування за диханням, співвідношення вдихів та видихів)
2. Точки дотику: усвідомлення точок свого тіла, які контактують з навколишнім середовищем або з собою
3. Усвідомлення звуків
4. Мантра-медитація

Може бути корисно провести учасника через практику майндфулнес під час сесії. Приблизний набір інструкцій з усвідомлення дихання наведений нижче:

1. Знайдіть зручне сидяче положення. Якщо ви сидите на підлозі, підкладіть під сідниці подушку. Сядьте в позі схрещених ніг або, якщо це зручно, в позі лотоса чи напівлотоса. Якщо ви сидите на стільці, сядьте на передні 6 дюймів стільця, поставивши ноги на підлогу.

2. Підтримуйте гарну поставу. Не сутультесь і не тримайте спину жорстко вертикально.

3. Виберіть точку на підлозі приблизно в 1 - 1.5 метрах перед собою. М'яко зупиніть свій погляд на цій точці. Тримайте очі напіввідкритими, або напівзакритими. Якщо ваші очі будуть повністю відкриті, ви будете занадто легко відволікатися; якщо вони будуть заплющені, ви занадто легко заснете або поринете в мрії.

4. Покладіть руки на коліна, одну на іншу, великі пальці торкаються. Вони повинні просто торкатися. Якщо вони роз'єднуються, ви можете замріятись або занути. Якщо вони притиснуті одна до одної, можливо ви занадто багато думаєте.

5. Усвідомте своє дихання. Дихайте через ніс, якщо можете. З кожним вдихом тихо рахуйте «один», а потім видихайте. На наступному вдиху рахуйте «два» і так далі до «десяти». Коли дійдете до «десяти», почніть спочатку.

6. А тепер найскладніша частина. Якщо ви думаєте про щось інше, окрім числа, яке збираєтесь порахувати, почніть спочатку. Не дивуйтеся, якщо ви не зможете дійти до 10 або навіть до 3 протягом досить довгого часу.

7. Коли вам в голову приходять думки, відмінні від числа, яке ви маєте порахувати, помітьте цю думку, відкладіть її вбік і знову починайте рахувати.

8. Часто думки бувають випадковими: речі, які потрібно зробити, речі, які ви вже зробили, списки, давні справи, слова пісень, можливо, думки про те, про що ви шкодуєте. Якими б вони не були, поспостерігайте за ними якусь мить, відкладіть їх убік і поверніться до лічби.

9. Можливо, ви усвідомите, що ви відчуваєте фрустрацію через складність завдання. Це нормально. Поспостерігайте за фрустрацією, а потім відкладіть її і поверніться до рахунку.

10. Перш ніж почати, вирішіть, скільки часу ви будете сидіти. Не зупиняйтеся до закінчення цього часу. Навіть якщо ви відчуваєте, що зовсім не просуваєтеся вперед. Сидіть з цим.

11. Визначте щоденний час для медитації. Також, ви можете запалити свічку або зробити інший символічний жест, щоб розпочати і закінчити сидіння. Однак не слід використовувати музику, оскільки вона дуже легко відволікає.

12. Це практика. Не варто очікувати, що її буде легко зробити. Потрібен час, щоб стати краще. Це те, до чого ви доростете.

Якщо це ще не було зроблено, терапевт може також запропонувати учаснику виконати вправу Усвідомлення тілесних відчуттів, описану в психоедукаційній сесії №1.

## 9.5 Визначення наміру

Намір є важливим аспектом сетингу учасника на експериментальну сесію. У цьому розділі ми переглянемо концепцію формування намірів, з'ясуємо наміри

учасника щодо наступної сесії дозування, проаналізуємо, як його наміри могли змінитися або не змінитися після першої сесії, а також заохотимо учасника подумати про свої наміри в період між цією сесією та наступною сесією дозування.

## 9.6 Закінчення: Запитання, резюме деталей щодо прибуття на сесію

Запропонуйте можливість поставити запитання, уточнити деталі прибуття на сесію дозування та вибрати супроводжуючого.

*ПРИМІТКА:* У цьому дослідженні медикаментозна сесія № 2 відбувається через чотири тижні після першої медикаментозної сесії і може бути проведена відповідно до рекомендацій, описаних у Розділі 7.

## 10. ПІДСУМКОВА СЕСІЯ #3

*Це людське буття – гостьовий будинок.*

*Щоранку новий гість.*

*Радість, депресія, підлість,*

*якесь миттєве усвідомлення приходить*

*як несподіваний гість.*

*Вітай і розважай їх усіх!*

*Навіть якщо це натовп прикроців,*

*які з силою змітають твій дім,*

*звільняючи його від меблів,*

*все одно ставтеся до кожного гостя з повагою.*

*Можливо, він звільняє вас*

*для якоїсь нової насолоди.*

*Темні думки, сором, злість,*

*зустріньте їх на порозі зі сміхом і*

*запросіть увійти.*

*Будьте вдячні за все, що приходить,*

*бо кожен з них був посланий*

*як провідник з іншого світу.*

*~ Румі*

Третя підсумкова сесія триває одну-дві години і відбувається на наступний день після другої медикаментозної сесії. Як і під час інших дебрифінгів, основна мета – підтримати учасника в осмисленні сеансу медикаментозного лікування. На цій сесії терапевти також прагнуть допомогти учаснику почати приймати більш гнучке ставлення, щоб він міг менше визначати себе через свої депресивні симптоми, незалежно від того, зберігаються вони чи ні.

## 10.1 Відкрита розповідь

Терапевт може використовувати наступний сценарій дослівно або просто як корисний посібник для розмови:

- «Сьогодні наша головна мета – поговорити про вчорашній сеанс медикаментозного лікування. Нам цікаво поговорити про те, як сесія вплинула на вас, що ви дізналися, і, найголовніше, як вона вплинула на ваше мислення, почуття та переживання депресії».
- «Що сталося? Що ви пам'ятаєте, що вас здивувало? Що ви бачили? Що ви чули або відчували? Що сталося у вашому тілі?»
- «Що ви думали і відчували після сесії? Що ви помітили у своїх звичних депресивних думках, переконаннях, установках, емоціях?»
- «Що сталося, що було для вас важким або складним? Чи були у вас періоди негативних емоцій, страху, смутку, депресії, жаху? Чи виникали образи, які були прекрасними, або заплутаними чи важкими для сприйняття? Чи збереглося щось із цього, чи посилилося щось із цього після сесії?»
- «На минулому занятті з психоедукації ми говорили про багато мисленневих патернів, які виникають, коли люди перебувають у депресивному стані, і як медикаментозна сесія може змінити деякі з них. Чи дізналися ви щось про те, як ви переживаєте депресію і що її подовжує? І що ви можете зробити, щоб це змінити?»
- «Як ви спали і їли після вчорашньої сесії? Що ви відчували, коли прийшли сюди і побачили нас сьогодні? Як ви відчували ваших рідних та друзів після вчорашнього заняття?»

## 10.2 Метафора

Якщо це корисно і доречно для обговорення, тренер може прочитати вірш Румі (наведений вище), щоб проілюструвати концепцію прийняття. Наступна метафора також може бути запропонована і обговорена, щоб допомогти учаснику зрозуміти концепцію «Я-як-контекст»:

У метафорі з будинком і меблями учаснику пропонується дослідити ідею «Я-як-контекст» і «Я-як-зміст». Іншими словами, ми заохочуємо учасника уявити себе чимось більшим, ніж його повсякденне уявлення про себе. Будинок, як і їхня справжня природа, є постійним і стабільним; меблі більше схожі на їхні думки і почуття, які можуть прийти і піти, і можуть перебувати в постійному стані змін і потоку. Ми заохочуємо учасника ідентифікувати себе з будинком, своїм великим «Я», яке, на нашу думку, відрізняється від його депресивних симптомів. З огляду на цю концепцію, вони можуть прийняти або навіть вітати зміну меблів або гостей (думок і почуттів).

### 10.3 Завершення

Коли підсумкова сесія добігає кінця, терапевт проводить обстеження психічного стану та оцінку безпеки для виявлення погіршення настрою, пасивних або активних суїцидальних думок, параної або сплутаності свідомості, стійких галюцинацій, ілюзій або марення. У разі виявлення гострих проблем з безпекою терапевт повинен повідомити про це одного з лікарів дослідження для визначення плану дій. Це може бути телефонна перевірка, додатковий візит або обстеження у відділенні невідкладної допомоги лікарні. Якщо гострих проблем з безпекою не виявлено, терапевти закривають сесію, підтверджуючи наступну зустріч, і підтверджують свою доступність по телефону.

## 11. ПІДСУМКОВА СЕСІЯ #4

Четверта сесія підведення підсумків відбувається через тиждень після другої медикаментозної сесії і триває від однієї до двох годин. Під час неї терапевт продовжує допомагати пацієнту інтегрувати досвід медикаментозної терапії за допомогою АСТ і перевести вправу з визначення цінностей у фазу дії.

### 11.1 Відкрита розповідь

Під час першої частини цієї сесії терапевт вислуховує досвід учасника з часу останньої сесії в стандартній відкритій, емпатійний манері. Однак він звертає пильну увагу на ті місця, де учасник застосовує нові моделі мислення і поведінки, яких він навчився, і, навпаки, коли учасник займається злиттям думок, внутрішнім або зовнішнім уникненням, пошуком причин, постановкою не реалістичних цілей, плутає бажання та готовність. Терапевт застосовує м'який дидактичний підхід, вказуючи на успішні зміни з похвалою і заохоченням, одночасно тактовно коригуючи способи мислення/поведінки, які є частиною депресивного стану. Терапевт може нагадати учаснику, що усвідомленість – це постійна практика.

Тут слід зазначити один важливий момент, що стосується орієнтації терапевта-

вта: учасник, швидше за все, ділитиметься своїм матеріалом таким чином, щоб викликати дослідницьку реакцію терапевта під час сесії традиційної психотерапії. Під час фасилітації психоделічної терапії, заснованої на АСТ, терапевти слухають про процеси змін, визначені АСТ і практикою, заснованою на усвідомленості; вони надають перевагу цьому, а не змісту того, про що повідомляється, так як це може посилити злиття.

Наприклад, учасниця може емоційно розповісти про смерть дитини і про те, як це заважає їй вставати з ліжка, піклуватися про інших дітей і змушує її відчувати себе поганою матір'ю. Типовою терапевтичною реакцією може бути прояв емпатії до страждань, розмова про смерть, що, ймовірно, поглибить інтенсивність афекту, пов'язаного зі смертю. АСТ-відповідь може полягати в тому, щоб вислухати учасника зі співчуттям, а потім використати розрядку, щоб привернути увагу до її стосунків з цим наративом і до того, як він впливає на її здатність до ціннісно орієнтованої поведінки. Терапевт може звернути увагу на те, що розум учасника – це невблаганна машина, яка генерує історії та думки, що можуть обмежувати свободу дій у світі (не працюєздатні). Терапевт може прояснити цінності, які стали неясними або загубленими в безперервному створенні історій і злитті з думками.

## 11.2 Цінності в дії

Ця частина розмови починається з того моменту, коли закінчилася сесія підбиття підсумків №2. До цього часу особисті цінності учасника були частиною розмови протягом щонайменше 3-4 тижнів, а також протягом однієї сесії медикаментозного лікування. Цей досвід сам по собі може мати корисний вплив на відкриття або перевідкриття стійких особистих цінностей. Терапевт і учасник присвячують 20-30 хвилин обговоренню теми цінностей і будь-яких дій, що базуються на цінностях. Терапевт може звернутися до Анкети ціннісного життя учасника або використати будь-який інший робочий аркуш для з'ясування цінностей АСТ. Він може запропонувати учаснику допомогу в плануванні дій на основі цінностей. Деяким учасникам може бути корисним невеликий буклет або щоденник для планування. Також може бути корисно використовувати SMART-цілі (Specific, Measurable, Attainable, Relevant, and Time-Bound) (конкретні, вимірювані, досяжні, актуальні та обмежені в часі). Наприклад, замість «Я почну займатися йогою», терапевт повинен заохотити учасника скласти конкретний план, наприклад, «Я піду на заняття з він'яса-йоги в цю середу о 10:30 в Інституті інтегральної йоги на Спрінг-стріт».

Звичайно, цілком можливо, що під час сесії у пацієнта можуть виникнути звичні патерни і процеси психологічної негнучкості, а також сильні емоційні стани, такі як страх, сумнів, гнів і/або смуток, особливо у відповідь на заохочення до дії. Таким чином, ця сесія буде гарною можливістю застосувати і попрактикувати техніки АСТ для роботи з цими інтенсивними емоційними станами. Терапевт на цій сесії функціонує дещо як коуч. Замість того, щоб бути недирективним, терапевт м'яко



спрямовує учасника бути присутнім та усвідомлювати емоції та практикувати: привертаючи увагу до теперішнього моменту, відволікаючись від думок і приймаючи те, що є.

Під час сесії може бути корисно робити 3-хвилинні перерви на практику усвідомленості, щоб попрацювати з активованими емоціями або досвідченим уникненням.

### **11.3 Закінчення**

Переконайтеся в безпеці та стабільності учасника. Після сесії учасник може піти додому самостійно, якщо не з'явилися симптоми депресії, що погіршуються. (Якщо симптоми депресії погіршилися, необхідно провести повне обстеження психічного стану та клінічне інтерв'ю, після чого стабілізувати ситуацію). Підтвердити графік наступних сесій.

## **12. ЗАКРІПЛЮЮЧІ СЕСІЇ #1, #2**

Закріплюючі сесії №1 і №2 призначені для того, щоб продовжити рух пацієнта до психологічної гнучкості, з метою надання йому можливості продовжити прогрес після завершення участі в дослідженні. Ці дві сесії закріплюють важливі концепції, заохочують успішні зміни та сприяють подальшому засвоєнню уроків і здобутків, отриманих під час психологічної терапії. Сесії заохочують продовжувати практику усвідомленості та навичок АСТ. На сесіях також розглядаються питання припинення дослідження.

### **12.1 Закріплююча сесія №1**

Ця годинна сесія відбувається через два тижні після 2-ї медикаментозної сесії. Якщо випадок перебуває під супервізією, терапевти повинні скористатися цією можливістю, щоб обговорити випадок і проконсультуватися з супервізором перед цією зустріччю з конкретною метою – створення індивідуального плану для наступних зустрічей.

#### **12.1.1 Реєстрація**

Ця сесія починається з короткої, привітної реєстрації та знайомства.

#### **12.1.2 Обговорення завершення**

Терапевт говорить про те, що час участі учасника в дослідженні добігає кінця і що після цього буде ще одна сесія. Він запрошує учасника поділитися своїми

почуттями, думками та питаннями щодо завершальних сесій, включаючи розчарування та страхи, які можуть з'явитися з наближенням завершення дослідження.

### **12.1.3 Прийняття та зобов'язання**

На цьому буде зосереджено увагу під час сесії. Терапевт продовжує роботу з інтеграції інсайтів АСТ і поведінкових змін у повсякденне життя. На основі клінічних формулювань терапевт може зосередитися на конкретних принципах АСТ. Щоб полегшити обговорення і проаналізувати досягнутий прогрес, терапевт може представити гексаграму АСТ і дослідити, як медикаментозна сесія і терапія вплинули на точки гексаграми АСТ. Обговорення зосереджується на досвіді прийняття (включаючи усвідомленість і самотрансценденцію) і прихильності (цінності, готовність діяти), які з'являються в житті учасника. У сесію може бути включена коротка медитація або період споглядання.

### **12.1.4 Почніть перегляд плану подальшого догляду**

Почніть обговорення планів учасника щодо подальшого лікування та само-розвитку після завершення дослідження. Якщо можливо, надайте учаснику заздалегідь підготовлений список рекомендацій, які підходять для подальшого супроводу, беручи до уваги його фінансові, географічні та клінічні потреби. Деякі приклади включають психотерапію, психофармакологічне лікування, групову або індивідуальну психоделічну інтеграцію, кетамінову терапію, зменшення стресу на основі усвідомленості, групи медитації, студії йоги та програми фізичних вправ.

Обговорення питання про продовження психотерапії може бути ускладнене, оскільки учасники можуть мати певні почуття щодо повернення до свого попереднього терапевта після проходження лікування псилоцибіном. Учасники можуть запитати про продовження терапії з досліджуваним терапевтом, тому терапевт і дослідники повинні заздалегідь розробити план і позицію щодо цього питання. У більшості клінічних досліджень існує безстрокова або обмежена в часі заборона на спільну клінічну роботу після завершення дослідження. Терапевти або дослідники повинні запропонувати учаснику зв'язатися з його попереднім терапевтом, щоб обговорити прогрес, досягнутий у дослідженні, і те, як цей прогрес можна продовжити.

## **12.2 Закріплююча сесія #2**

Ця годинна сесія відбувається через чотири тижні після 2-ї медикаментозної сесії. Після короткого опитування про будь-який важливий досвід, який учасник мав протягом тижнів, що минули після останньої сесії, терапевт присвятить основну частину цієї сесії аналізу досвіду учасника в дослідженні та виходу з нього. Терапевт і учасник будуть згадувати, розповідати і ділитися спостереженнями

про себе і один про одного протягом періоду дослідження. До цього часу участі у дослідженні, може відбутися значне покращення, яке можна відсвяткувати.

Ця унікальна тріада отримує особливий досвід, який ніколи не повториться в такій самій формі. Вони утворюють групу, контейнер, своєрідну сім'ю. Терапевт може посилити практики майндфулнес та прийняття, щоб допомогти учасникові пережити досить різке завершення короткострокової терапії. Вони також переглянуть і підтвердять плани щодо повернення до лікуючого психіатра і терапевта. Можливо, їм доведеться переглянути параметри контактів після завершення дослідження та обговорити норми щодо телефонних дзвінків, електронної пошти, текстових повідомлень тощо. Терапевтам також може знадобитися нагадати учасникам про їхню поточну відповідальність перед дослідженням за результати оцінювання.

Завершуючи останню сесію, терапевти можуть висловити подяку учаснику та отримати від нього вдячність. Терапевти можуть відзначити важку роботу учасника. Якщо це буде доречно, терапевти можуть обнятися з учасником. За необхідності у подальшому зборі даних це може бути підтверджено повторно. Насамкінець терапевти та співробітники дослідження прощаються та висловлюють добрі побажання.

## 13. ОБМЕЖЕННЯ

Хоча наш обмежений досвід використання цього протоколу лікування учасників досліджень свідчить про його перспективність, існує низка важливих обмежень підходу, описаного в цьому посібнику. По-перше, не було проведено жодного дослідження, в якому порівнювався б наш підхід до лікування псилоцибіном з неспецифічною психологічною підтримкою. Таким чином, ми не можемо стверджувати, що інтеграція АСТ дійсно є більш ефективною. Однак ми перебуваємо в процесі збору якісних даних і самозвітів щодо усвідомленості, змін у цінностях, когнітивної гнучкості, особистості та якості життя, які, як ми сподіваємося, проллють світло на те, які аспекти цього терапевтичного протоколу є ефективними або корисними для учасників. Крім того, наш протокол не включає весь спектр можливих втручань АСТ. Це обмеження пов'язане з тим, що даний протокол терапії розроблений для невеликого плацебо-контрольованого перехресного клінічного дослідження в межах одного суб'єкта. З наукових міркувань ми намагалися стандартизувати протокол терапії та забезпечити відносно послідовний підхід у всьому протоколі та для кожного учасника. З причин, пов'язаних з доцільністю, кількість сесій терапії була обмежена; ми підозрюємо, що оптимальною була б більша кількість підготовчих та подальших сесій. Внаслідок цих обмежень ми визнаємо, що надаємо обмежену форму АСТ і що існують альтернативні, можливо, кращі способи інтеграції АСТ з психоделічною терапією.

## 13.1 Культурні аспекти психоделічної терапії за допомогою АСТ-фасилітації

Ще одним важливим потенційним обмеженням описаного тут підходу є його неперевірена культурна релевантність і прийнятність серед кольорових людей та інших маргіналізованих і пригноблених груп. Ця проблема стосується психоделічної терапії та досліджень загалом (Michaels, Purdon, Collins, & Williams, 2018) і аспектів АСТ зокрема. Біхевіористське коріння АСТ не виключає глибокого розуміння культурних контекстів та історій клієнтів, які належать до пригноблених або стигматизованих груп (Hayes & Toarmino, 1995), а попередні дані свідчать про те, що АСТ може бути ефективною у роботі з різними етнічними групами (Woidneck, Pratt, Gundy, Nelson, & Twohig, 2012). Тим не менш, ряд основних концепцій і практик АСТ потрібно використовувати з обережністю і вдумливістю при роботі з пригнобленими і стигматизованими групами.

Через низку культурних чинників кольорові люди можуть не звертатися за лікуванням доти, доки проблеми не стануть серйозними, а більшість кольорових спільнот мають табу на те, щоб ділитися проблемами за межами своєї громади (Charman, DeLapp, & Williams, 2018). Грамотність з питань психічного здоров'я та самостигматизація щодо пошуку допомоги у різних культурних групах також може відрізнятись, і деякі люди можуть не вважати свої труднощі ознаками психічного розладу, як це визначено в західній психіатрії та психології (Cheng, Wang, McDermott, Kridel, & Rislin, 2018). Щоб ефективно застосовувати АСТ з кольоровими людьми, терапевти повинні знати про ці фактори і враховувати їх, щоб побудувати взаєморозуміння з клієнтами. На початку лікування кольорові клієнти можуть очікувати від терапевта експертних порад, які допоможуть їм вирішити нагальні проблеми. Тому недирективний підхід може бути сприйнятий ними як такий, що розчаровує, не допомагає і не має сенсу. З цієї причини чітке пояснення механізму лікування є дуже важливим, особливо при використанні такої модальності, як АСТ, терапевтичні концепції якої можуть здаватися чужими, загадовими або контрінтуїтивно зрозумілими. Наприклад, ідея «прийняття» може бути неправильно витлумачена як необхідність постійно приймати несправедливе та образливе поводження з боку інших, замість того, щоб помічати та дозволяти будь-які реакції, які виникають в результаті такого поводження. Маргіналізовані особи повинні бути визнані в їхніх інтерсекціональних реаліях, перш ніж їх можна буде прийняти. Крім того, серед кольорових людей ідея «прихильності» може сприйматися як продовження расистських культурних припущень про небажання нести відповідальність. Більш нейтральний термін «зобов'язання» може бути використаний для позначення невеликих кроків, які учасник може зробити для того, щоб жити більш повноцінним і осмисленим життям відповідно до своїх цінностей. Це усуває будь-який неявний зв'язок з відсутністю прихильності і зберігає значення цього механізму в рамках АСТ. Підсумовуючи, терапевти повинні дбати про те, щоб гнучко використовувати мову АСТ; концепції можуть бути

описані різними способами, а протоколи АСТ для таких тем, як хронічний біль, зазвичай виключають використання слова «прийняття», зберігаючи при цьому принципи на практиці (McCracken, 2005).

Необхідно також бути обережним при впровадженні вправ на усвідомленість, таких як медитація, оскільки це може бути неправильно витлумачено як участь у конкуруючій релігійній практиці, що може призвести до амбівалентності або відмови від участі в таких заходах. На щастя, формальна медитація є лише одним з багатьох способів встановлення контакту з теперішнім моментом і не є обов'язковим компонентом АСТ. У всіх релігіях є певні види споглядальних практик, і, можливо, найкраще спочатку зрозуміти релігійні переконання учасника, щоб вправи з усвідомленості відповідали його релігійним практикам і світогляду.

Нарешті, терапевтична основа АСТ дозволяє учасникам контактувати зі складними інтерналізованими переживаннями, такими як расизм. Однак, якщо це відбувається передчасно або заохочується неналежним чином, вони можуть відчувати себе відчуженими, знеціненими або виснаженими, що зменшує терапевтичний контакт і можливості для поглиблення психологічної гнучкості. Це ілюструє важливість тренінгів з питань різноманітності при проведенні такого роду терапевтичної роботи. Терапевти повинні бути добре підготовленими і відчувати себе комфортно, обговорюючи питання расизму та пригнічення з клієнтами, а також мати готову відповідь на питання, як АСТ може бути корисною у подоланні, протистоянні та зціленні від наслідків дискримінації. Наприклад, терапевт може підкреслити, що клієнт може прийняти болісну емоційну реакцію на расизм, але все одно вважати свої життєві обставини неприйнятними (Sobczak & West, 2013).

## ДОДАТОК А: САМОДОПОМОГА ТЕРАПЕВТА

*Співчуття і любов - це необхідність, а не розкіш.*

*Без них ми не можемо вижити.*

*~ Далай-лама*

Терапевтам потрібно подбати за свій емоційний стан, щоб уникнути вторинної травматизації та емоційного вигорання, яке виникає в результаті взаємодії з учасниками та їх стражданнями. Важливо, щоб терапевти продовжували свою внутрішню роботу і знаходили час для регулярних розмов зі своїм колегою терапевтом або дослідницькою групою. Це може включати можливість опрацювати власні емоційні реакції на учасників, а також супервізію та обговорення оптимального застосування терапевтичного методу в конкретних ситуаціях. Це також можливість розвивати та підтримувати свої навички як терапевтичної команди, переглядаючи свою взаємодію під час психоедукаційних сесій.

### **Що таке емоційне вигорання на фоні співчуття?**

Сабо (2006) описує емоційне вигорання на фоні співчуття як важке нездужання, що виникає в процесі надання допомоги пацієнтам, які відчувають будь-який вид болю (тобто фізичний, емоційний, соціальний). «Емоційне вигорання на фоні співчуття – це перенапруження і втома, які розвиваються з часом від надання допомоги людям, що страждають».

Терапевти проводять з учасниками час, вони уважні та повністю присутні, коли учасники описують свою життєву історію, проблеми, тривоги та мрії під час підготовчих, дозувальних та інтеграційних сесій. Така тісна робота, особливо якщо вона є новим видом діяльності, що додається до існуючих клінічних обов'язків, може призвести до втоми від співчуття. Нижче наведено кілька простих порад щодо самодопомоги:

- Слухайте своє тіло і звертайте увагу на те, що воно вам говорить. Це найкращий провідник до збереження здоров'я.
- Використовуйте своє тіло для інформування щодо власного процесу: чи затримуєте ви дихання, чи напружене або зніміле ваше тіло, вам холодно чи жарко?
- Використовуйте діафрагмальне дихання або просте дихання, яке розширює ребра спереду назад і в різні боки. Зробіть медитацію «сканування тіла» і направте дихання на ті ділянки тіла, які відчувають напругу або оніміння.

- Дайте собі достатньо часу перед початком сесії, щоб зібратися з думками, заземлитися і змінити роль. Витратьте достатньо часу, щоб відчувати «внутрішню тишу».
- Прислухайтесь до своїх очікувань і будьте реалістичними щодо своїх цілей.
- Знайте, до кого ви можете звернутися за підтримкою.
- Знайдіть час після сесії, щоб вивільнити емоції, які виникли у вас під час сесії.
- Після сесії добре поїжте і займіться чимось заземлюючим і приємним.
- Прийняття душу або гарячої ванни після сесії може допомогти розслабитись і заспокоїтись.
- Подумайте про власну постійну психотерапію та/або супервізію з іншим терапевтом.

## ДОДАТОК Б: ПСИЛОЦИБІН

*«Коли ми заглядаємо всередину себе за допомогою псилоцибіну, ми відкриваємо, що нам не потрібно дивитися назовні, на марну обіцянку життя, що кружляє навколо далеких зірок, щоб взагумувати нашу космічну самотність. Нам слід зазирнути всередину; шляхи серця ведуть до сусідніх всесвітів, сповнених життя і любові до людства».*

~ Теренс МакКенна

Псилоцибін (4-фосфорилокси-N,N-диметилтриптамін) – це триптамінова сполука, яка природним чином міститься у грибах (*Psilocybe* sp.), таких як *P. cubensis* та *P. mexicana*. Вперше псилоцибін був виділений та ідентифікований з *Psilocybe mexicana* Альбертом Гофманом у 1957 році (Passie, Seifert, Schneider, & Emrich, 2002). Після вживання псилоцибін перетворюється печінкою на чотири метаболіти, з яких псилоцин (4-гідрокси-N,N-диметилтриптамін) є основною психоактивною сполукою (Passie et al., 2002). Задля простоти та узгодженості з попередніми дослідженнями, у цьому протоколі термін «псилоцибін» буде використовуватися для позначення як прийнятої, так і активної речовини.

У гострій формі псилоцибін викликає глибокі, залежні від дози, зміни у сприйнятті, емоціях та мисленні людини, що дає підстави класифікувати його як галюциноген або психоделічний препарат (Passie et al., 2002). Психоделічні ефекти перорального псилоцибіну починаються приблизно через 30 хвилин після прийому, досягають піку через 1-2 години і тривають ще 1-2 години (Nichols, 2004; Passie et al., 2002). Пероральна біодоступність у людини становить 50%, з варіабельністю близько 20% (Hasler, Bourquin, Brenneisen, Bär, & Vollenweider, 1997; Hopf & Eckert, 1974). При внутрішньовенному введенні він має значно коротший період напіввиведення і тривалість суб'єктивних ефектів – 20 і 15-30 хвилин відповідно. Після потрапляння в кров псилоцибін та його метаболіти виводяться нирками (Passie та ін., 2002).

Псилоцибін діє насамперед як агоніст серотонінергічних рецепторів, зокрема пресинаптичних 5-HT<sub>2A</sub> та 5-HT<sub>1A</sub> рецепторів (Nichols, 2004; Passie та ін., 2002; Vollenweider & Kometer, 2010). Вважається, що активація 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторів є джерелом галюциногенезу, оскільки кетансерин, селективний антагоніст 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторів, блокує психотоміметичні ефекти псилоцибіну (Nichols, 2004; Vollenweider, Vollenweider-Scherpenhuyzen, Bähler, Vogel, & Hell, 1998). Інші серотонінергічні галюциногени, такі як ЛСД, мескалін і диметилтриптамін (ДМТ), також безпосередньо зв'язуються з рецепторами 5-HT<sub>2A</sub> (Nichols, 2004). Однак, на відміну від ЛСД, псилоцибін не має спорідненості до дофамінових D<sub>2</sub>-рецепторів, хоча було показано, що блокатор D<sub>2</sub>, такий як галоперидол, зменшує гострі ефекти псилоцибіну, що вказує на відоме перекриття між се-



ротонінергічними та дофамінергічними ланцюгами в мозку. (Passie та ін., 2002; Vollenweider, Vontobel, Hell, & Leenders, 1999).

### Безпека псилоцибіну

Псилоцибінові гриби використовувалися корінними жителями Мексики в релігійних церемоніях і для лікування ще 3000 років тому, аж до 16 століття, коли іспанці заборонили їх використання (Schultes, Hofmann, & Rätsch, 2001). Історичні описи смертельних випадків, пов'язаних із вживанням псилоцибіну, включають ситуації, які явно ускладнюються іншими факторами: випадкове передозування у дитини, супутнє передозування героїном і психологічні розлади (наприклад, стрибок з вікна з вірою в те, що можна полетіти) (Nichols, 2004; van Amsterdam, Opperhuizen, & van den Brink, 2011). Ефективна оральна галюциногенна доза псилоцибіну коливається від 4 до 20 мг (0,06 до 0,3 мг/кг), тоді як LD50 для перорального прийому псилоцибіну коливається від 12,5 мг/кг у кроликів до 285 мг/кг у щурів і мишей (Nichols, 2004; Passie та ін., 2002; Usdin & Efron, 1972; van Amsterdam та ін., 2011). Таким чином, LD50 у людей, ймовірно, становить порядку грамів (Passie та ін., 2002). Немає жодного випадку вроджених вад розвитку або ускладнень вагітності, пов'язаних із застосуванням псилоцибіну. У звіті однієї жінки, яка приймала псилоцибін кожні два тижні під час вагітності, не було виявлено жодних шкідливих наслідків для неї або її дитини (Leary, Litwin, & Metzner, 1963). Крім того, як і інші галюциногени (наприклад, ЛСД), псилоцибін не викликає звикання (Nichols, 2004; van Amsterdam та ін., 2011).

Нещодавнє узагальнення 227 експериментальних сесій вживання псилоцибіну 110 здоровими людьми продемонструвало безпечність і переносимість псилоцибіну без жодних доказів підвищення ризику подальшого зловживання наркотиками, стійких розладів сприйняття, затяжних психозів або інших довготривалих порушень функціонування (Studerus, Kometer, Hasler, & Vollenweider, 2011). У дослідженні повідомляється, що найчастішими небажаними явищами, які спостерігалися протягом 24 годин після перорального прийому псилоцибіну, були втомата, головний біль, брак енергії, труднощі з концентрацією уваги, відчуття «розбитості», відсутність апетиту, а також важкість або втомата в ногах (Studerus et al., 2011). Інші неприємні соматичні ефекти включають запаморочення, нудоту, припливи крові, прискорене серцебиття та підвищення артеріального тиску (M. Johnson та ін., 2008).

## ДОДАТОК В: ПОСИЛАННЯ

Bogenschutz, M. P., & Forcehimes, A. A. (2015). *Therapy Manual: Preparation, Support and Integration (PSI) for use in Psilocybin Assisted Treatment of Alcohol Dependence*.

Bogenschutz, M. P., & Forcehimes, A. A. (2017). Development of a Psychotherapeutic Model for Psilocybin-Assisted Treatment of Alcoholism. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(4), 389–414. <http://doi.org/10.1177/0022167816673493>

Bourzat, F., & Hunter, K. (2018). *Consciousness Medicine*.

Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M. J., Erritzoe, D., Kaelen, M., et al. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 1–9. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30065-7](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7)

Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., et al. (2014). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>

Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Williams, T. M., Erritzoe, D., Abbasi, N., Bargiotas, T., et al. (2012). Implications for psychedelic-assisted psychotherapy: functional magnetic resonance imaging study with psilocybin. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 238–244. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103309>

Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., et al. (2017). Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific Reports*, 7(1), 1–11. <http://doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>

Chapman, L. K., DeLapp, R., & Williams, M. T. (2018). Impact of race, ethnicity, and culture on the expression and assessment of psychopathology. In D. Beidel, B. Frueh, & M. Hersen (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (8 ed.).

Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64–74. <http://doi.org/10.1002/jcad.12178>

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799. <http://doi.org/10.1177/0145445507302202>

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple*. New Harbinger Publications.

Hasler, F., Bourquin, D., Brenneisen, R., Bär, T., & Vollenweider, F. X. (1997). Determination of psilocin and 4-hydroxyindole-3-acetic acid in plasma by HPLC-ECD and

pharmacokinetic profiles of oral and intravenous psilocybin in man. *Pharmaceutica Acta Helvetica*, 72(3), 175–184. [http://doi.org/10.1016/S0031-6865\(97\)00014-9](http://doi.org/10.1016/S0031-6865(97)00014-9)

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58–66. [http://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](http://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)

Hayes, S. C., & Toarmino, D. (1995). If Behavioral Principles Are Generally Applicable, Why Is It Necessary to Understand Cultural Diversity? *Journal of Counseling Psychology*, 28(25), 257.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Publications.

Hopf, A., & Eckert, H. (1974). Distribution patterns of 14-C-psilocin in the brains of various animals. *Activitas Nervosa Superior*, 16(1), 64–66.

Johnson, M., Richards, W., & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603–620. <http://doi.org/10.1177/0269881108093587>

Kaelen, M., Giribaldi, B., Raine, J., Evans, L., Timmerman, C., Rodriguez, N., et al. (2018). The hidden therapist: evidence for a central role of music in psychedelic therapy. *Psychopharmacology*, 235(2), 1–15. <http://doi.org/10.1007/s00213-017-4820-5>

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1994). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Jason Aronson, Incorporated.

Leary, T., Litwin, G. H., & Metzner, R. (1963). Reactions to Psilocybin Administered in a Supportive Environment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 137(6), 561–573. <http://doi.org/10.1097/00005053-196312000-00007>

Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1995). *The Psychedelic Experience*. Citadel Press.

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>

Ly, C., Greb, A. C., Cameron, L. P., Wong, J. M., Barragan, E. V., Wilson, P. C., et al. (2018). Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity. *CellReports*, 23(11), 3170–3182. <http://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.05.022>

MacLean, K. A., Leoutsakos, J.-M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2012). Factor Analysis of the Mystical Experience Questionnaire: A Study of Experiences Occasioned by the Hallucinogen Psilocybin. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 51(4), 721–737.

<http://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2012.01685.x>

McCracken, L. M. (2005). Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Intl Assn for the Study of Pain*.

McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 267–274. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>

McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019). *A Contextual Behavioral Guide to the Self*. New Harbinger Publications.

Michaels, T. I., Purdon, J., Collins, A., & Williams, M. T. (2018). Inclusion of people of color in psychedelic-assisted psychotherapy: a review of the literature. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–14. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1824-6>

National Institute of Health. (2018). Psilocybin-Induced Neuroplasticity in the Treatment of Major Depressive Disorder. Retrieved from <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03554174>

Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics*, 101(2), 131–181. <http://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2003.11.002>

Nielsen, L., Riddle, M., King, J. W., Aklin, W. M., Chen, W., Clark, D., et al. (2018). The NIH Science of Behavior Change Program: Transforming the science through a focus on mechanisms of change. *Behaviour Research and Therapy*, 101, 3–11. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.002>

Parker, G. (2005). Beyond major depression. *Psychol Med*, 35(4), 467–474. <http://doi.org/10.1017/S0033291704004210>

Passie, T., Seifert, J., Schneider, U., & Emrich, H. M. (2002). The pharmacology of psilocybin. *Addiction Biology*, 7(4), 357–364. <http://doi.org/10.1080/1355621021000005937>

Polk, K. L., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix*. New Harbinger Publications.

Pollan, M. (2019). *How to Change Your Mind*. Penguin Books.

Richards, W. A. (2015). *Sacred Knowledge*. New York: Columbia University Press. <http://doi.org/10.7312/rich17406>

Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139–170. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>

Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), 136–

142. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>

Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2008). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 447–463. <http://doi.org/10.1037/a0014331>

Schultes, R. E., Hofmann, A., & Rättsch, C. (2001). *Plants of the Gods*. Healing Arts Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press.

Sloshower, J. A. (2018). Integrating Psychedelic Medicines and Psychiatry: Theory and Methods of a Model Clinic. In B. C. Labate & C. Cavnar (Eds.), *Plant Medicines, Healing and*

*Psychedelic Science Cultural Perspectives* (pp. 113–132). Cham: Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-76720-8>

Sloshower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2019). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 12– 19. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>

Sobczak, L. R., & West, L. M. (2013). Clinical Considerations in Using Mindfulness- and Acceptance-Based Approaches With Diverse Populations: Addressing Challenges in Service Delivery in Diverse Community Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 13–22. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.08.005>

Stolaroff, M. (2004). *The Secret Chief Revealed* (pp. 1–96).

Studerus, E., Kometer, M., Hasler, F., & Vollenweider, F. X. (2011). Acute, subacute and long-term subjective effects of psilocybin in healthy humans: a pooled analysis of experimental studies. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 25(11), 1434–1452. <http://doi.org/10.1177/0269881110382466>

Swift, T. C., Belser, A. B., Agin-Liebes, G., Devenot, N., Terrana, S., Friedman, H. L., et al. (2017). Cancer at the Dinner Table: Experiences of Psilocybin-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Cancer-Related Distress. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 488–519. <http://doi.org/10.1177/0022167817715966>

Tzu, L., Laozi. (2008). *Tao Te Ching*. Penguin.

Usdin, E., & Efron, D. H. (1972). *Psychotropic Drugs and Related Compounds*. National Institute of Mental Health.

van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., & van den Brink, W. (2011). Harm potential of magic mushroom use: A review. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 59(3), 423–429. <http://doi.org/10.1016/j.yrtph.2011.01.006>

Vollenweider, F. X., & Kometer, M. (2010). The neurobiology of psychedelic drugs: implications for the treatment of mood disorders. *Nature Publishing Group*, 11(9), 642–651. <http://doi.org/10.1038/nrn2884>

Vollenweider, F. X., Vollenweider-Scherpenhuyzen, M. F., Bäbler, A., Vogel, H., & Hell, D. (1998). Psilocybin induces schizophrenia-like psychosis in humans via a serotonin-2 agonist action. *Neuroreport*, 9(17), 3897–3902.

## II.52

Vollenweider, F. X., Vontobel, P., Hell, D., & Leenders, K. L. (1999). 5-HT modulation of dopamine release in basal ganglia in psilocybin-induced psychosis in man - A PET study with [C-11]raclopride. *Neuropsychopharmacology*, 20(5), 424–433. [http://doi.org/10.1016/S0893-133X\(98\)00108-0](http://doi.org/10.1016/S0893-133X(98)00108-0)

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2017). The Valued Living Questionnaire: Defining and Measuring Valued Action within a Behavioral Framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249–272. <http://doi.org/10.1007/BF03395706>

Woidneck, M. R., Pratt, K. M., Gundy, J. M., Nelson, C. R., & Twohig, M. P. (2012). Exploring cultural competence in acceptance and commitment therapy outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 227–233. <http://doi.org/10.1037/a0026235>

Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression*. New Harbinger Publications.

Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion*

in Psychology, 2, 65–69. <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.011>

-----

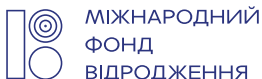
1. Організація цього досвіду, що виникає під час приймання психоделіків, відбувається на рівні свідомості, який знаходиться поза усвідомленням і є джерелом багатьох спекулятивних дискурсів.

2. Організація цього досвіду, що виникає під час приймання психоделіків, відбувається на рівні свідомості, який знаходиться поза усвідомленням і є джерелом багатьох спекулятивних дискурсів.



Ми неприбуткова організація, яка займається просуванням клінічного використання психоделіків для пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, яким не допомогла звичайна терапія. Разом із партнерами ми працюємо над зміною законодавчої бази, просуванням програм розширеного доступу, навчанням медичних працівників та підтримкою пацієнтів та осіб, які доглядають за ними.

[www.upra.org.ua](http://www.upra.org.ua)




Матеріал підготовлено за підтримки Міжнародного Фонду «Відродження». Матеріал представляє позицію авторів і не обов'язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження». Міжнародний фонд «Відродження» – одна з найбільших благодійних фондів в Україні, що з 1990-го року допомагає розвивати в Україні відкрите суспільство на основі демократичних цінностей. За час своєї діяльності Фонд підтримав близько 20 тисяч проектів на суму понад 350 мільйонів доларів США.

Сайт: [www.irf.ua](http://www.irf.ua)

Facebook: [www.fb.com/irf.ukraine](https://www.facebook.com/irf.ukraine)



за підтримки



МІЖНАРОДНИЙ  
ФОНД  
ВІДРОДЖЕННЯ