

RAPORT Z BADAŃ WŁAŚCIWYCH

wykonanych w ramach projektu p.n.

„PSYCHODELIKI NAD WISŁĄ.

Analiza wzorów używania substancji psychodelicznych w Polsce”

(Zadanie Konkursowe nr 27)

Zadanie zrealizowane w ramach
umowy nr. 135/KT/HN/DBMWM/2024
z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
w okresie od **2024-01-02** r. do **2025-12-31** r.
zawartej w dniu **2021-02-15** r. pomiędzy:
Dyrektorem Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
a zleceniobiorcą Instytutem Psychiatrii i Neurologii
KRS 0000133539

Data złożenia raportu:

2026-01-31

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski, Milena Markiewicz, Jan Szczypiński
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Warszawa, 2026

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu
Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie
Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Spis treści

| | | |
|------|---|----|
| I. | STRESZCZENIE..... | 5 |
| II. | WPROWADZENIE TEORETYCZNE..... | 10 |
| | Psychodeliki i doświadczenia psychodeliczne | 10 |
| | Krótką historia badań nad psychodelikami..... | 11 |
| | Leczenie wspomagane psychodelikami | 11 |
| | Rozpowszechnienie używania psychodelików..... | 12 |
| | Ograniczenia dotychczasowych badań w Polsce..... | 14 |
| | Zagrożenia i negatywne konsekwencje związane z psychodelikami..... | 15 |
| | Psychodeliczna redukcja szkód | 17 |
| | Psychodeliki nad Wisłą | 19 |
| III. | CELE..... | 20 |
| IV. | METODA..... | 21 |
| | 1. Dobór próby | 21 |
| | 2. Realizacja badań | 24 |
| | Pilotaż..... | 24 |
| | 3. Etyka | 25 |
| | 4. Narzędzia i zmienne | 25 |
| | Używanie substancji psychodelicznych | 27 |
| | Elementy wzorów używania psychodelików..... | 28 |
| | Wybrane doświadczenie psychodeliczne..... | 10 |
| | Mikrodawkowanie psychodelików | 31 |
| | Używanie innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych | 32 |
| | Negatywne konsekwencje używania substancji psychodelicznych..... | 33 |
| | Strategie ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z używaniem psychodelików | 34 |
| | Subiektywne efekty używania substancji psychodelicznych..... | 35 |
| | Subiektywna ocena wpływu używania psychodelików | 37 |
| | Wskaźniki zdrowia psychicznego | 38 |
| | Czynniki psychospołeczne | 39 |
| | Pozostałe wskaźniki..... | 41 |
| | Dane socjodemograficzne..... | 42 |
| | 5. Analizy statystyczne | 43 |
| | Przygotowanie bazy danych do analiz | 43 |
| | Analizy statystyczne..... | 43 |

| | |
|---|-----|
| Analizy opisowe..... | 43 |
| Adaptacja i walidacja skal pomiarowych..... | 44 |
| Analizy psychometryczne | 45 |
| 6. Ograniczenia | 46 |
| V. WYNIKI..... | 47 |
| 1. Charakterystyka uczestników badania | 47 |
| Charakterystyka socjodemograficzna | 47 |
| Używanie substancji psychoaktywnych..... | 51 |
| Ogólne wskaźniki zdrowia i jakości życia | 57 |
| Wskaźniki psychospołeczne | 61 |
| 2. Używanie substancji psychodelicznych | 63 |
| Częstość używania poszczególnych psychodelików..... | 63 |
| Zamiar używania substancji psychodelicznych w przyszłości | 69 |
| Subiektywna ocena dostępności psychodelików | 10 |
| Subiektywna ocena używania psychodelików | 71 |
| 3. Charakterystyka wzorów używania substancji psychodelicznych | 73 |
| Czynniki farmakologiczne | 74 |
| Czynniki kontekstualne | 76 |
| Czynniki osobowe..... | 79 |
| 4. Charakterystyka doświadczeń z mikrodawkowaniem psychodelików | 10 |
| Motywy/powody mikrodawkowania | 81 |
| Schematy mikrodawkowania..... | 81 |
| Ocena efektów mikrodawkowania..... | 82 |
| Zamiar mikrodawkowania w przyszłości..... | 84 |
| 5. Opinie na temat psychodelików i ich stosowania | 85 |
| Skala Obaw i Otwartości dotyczących Psychodelików..... | 85 |
| Opinie na temat stosowania psychodelików..... | 86 |
| Opinie na temat statusu prawnego psychodelików w Polsce | 87 |
| Ocena wpływu używania psychodelików na poglądy metafizyczne..... | 10 |
| 6. Charakterystyka wybranego przez respondentów doświadczenia psychodelicznego..... | 93 |
| 7. Negatywne konsekwencje używania substancji psychodelicznych | 95 |
| Częstości doświadczania oraz ocena poziomu nasilenia zakłóceń dla życia/funkcjonowania poszczególnych negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików..... | 95 |
| Opracowanie narzędzia Post-Psychedelic Difficulties Scale (PPDS)..... | 99 |
| Walidacja narzędzia PPDS | 101 |
| 8. Strategie ograniczania szkód oraz maksymalizacji korzyści związanych z używaniem psychodelików | 101 |
| Częstość stosowania poszczególnych strategii oraz ocena poziomu ich przydatności | 101 |

| | |
|---|-----|
| Opracowanie narzędzia Psychedelic Risk-Reduction, Optimization Measures, and Integration Scale (PROMIS) | 109 |
| Walidacja narzędzia PROMIS | 113 |
| 9. Adaptacja oraz walidacja wybranych narzędzi pomiarowych..... | 114 |
| Analizy czynnikowe i rzetelności | 114 |
| Walidacja adaptowanych skal | 115 |
| VI. PODSUMOWANIE I WNIOSKI..... | 117 |
| VII. REKOMENDACJE | 118 |
| VII. PODZIĘKOWANIA..... | 120 |
| IX. BIBLIOGRAFIA..... | 121 |

I. STRESZCZENIE

„Psychodeliki nad Wisłą” to szeroko zakrojony projekt naukowy poświęcony problematyce używania substancji psychodelicznych w Polsce. Projekt ten stanowi odpowiedź na aktualne potrzeby oraz wychodzi poza niektóre z ograniczeń dotychczasowych badań na ten temat. Jego celem było zbadanie wzorów, motywów i kontekstów, a także zebranie opinii na temat używania psychodelików w naszym kraju, ze szczególnym uwzględnieniem eksploracji specyficznych dla psychodelików behawioralnych strategii chroniących. W związku z tym uczestnicy byli również pytani o subiektywne efekty oraz konsekwencje działania psychodelików, a także o zjawiska mikrodawkowania tych substancji. Było to również jedno z pierwszych badań w których poruszano zagadnienie integracji doświadczeń psychodelicznych. Co więcej, ponieważ badania dotyczące psychodelików należą wciąż do nielicznych w naszym kraju, projekt „Psychodeliki nad Wisłą” obejmował również adaptację oraz walidację wybranych narzędzi stosowanych w badaniach zagranicznych, co może przyczynić się do rozwoju i podniesienia jakości przyszłych badań nad psychodelikami w Polsce.

Metoda

Badanie miało charakter przekrojowy i zostało przeprowadzone za pomocą anonimowej ankiety online, w okresie od kwietnia do września 2025 roku. Przy czym w roku 2024 miało miejsce badanie pilotażowe (N=548). Dobór próby był celowy. Do udziału w badaniu zaproszone były osoby, które ukończyły 18 lat oraz przynajmniej raz w swoim życiu używały jakiejś substancji psychodelicznej, niezależnie od rodzaju, motywu czy kontekstu. Kryterium doboru było także posługiwanie się językiem polskim (niezależnie od obywatelstwa czy miejsca zamieszkania), gdyż ankieta była realizowana w języku polskim. Udział w badaniu nie był w żaden sposób rekompensowany. Rekrutacja odbywała się głównie poprzez internet, za pomocą ogłoszeń i materiałów promocyjnych w mediach społecznościowych, oraz innych witrynach sieciowych (np. fora, newslettery), dystrybuowanych przy wsparciu kilku twórców treści internetowych (tzw. influencerów). Projekt „Psychodeliki nad Wisłą” otrzymał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Narzędzie badawcze

Narzędzie składało się z dwóch części. Pierwsza, ogólna, dotyczyła wzorów używania substancji psychodelicznych w ciągu życia i ostatniego roku, w tym ewentualnego mikrodawkowania oraz zawierała pytania o czynniki psychospołeczne, ogólne wskaźniki zdrowia i dane socjodemograficzne. Natomiast w drugiej części skupiono się na szczegółowym pomiarze efektów i konsekwencji jednego wybranego doświadczenia pod wpływem psychodelików. W ankiecie zastosowano kilka skal pomiarowych, z których dwie opracowywane zostały w ramach tego badania. Konkretnie były to: skala PPDS, mierząca niepożądane efekty występujące po przyjmowaniu psychodelików; skala PROMIS, mierząca stosowanie behawioralnych strategii chroniących); a także pięć skal (CEQ-7, MEQ-4, EBI, PIS, oraz EIS), które podlegały adaptacji językowo-kulturowej oraz walidacji. Przeprowadzone za pomocą programów SPSS (v26) i R (4.3.3) analizy statystyczne obejmowały analizy opisowe, porównania międzygrupowe, korelacje oraz analizy psychometryczne.

Charakterystyka uczestników badania

Do ankiety przystąpiło łącznie 5531 osób. Po oczyszczeniu bazy danych w analizach statystycznych uwzględniono dane 3390 respondentów. Uczestnicy badania byli w wieku 18– 69 (M=28,1; SD=8,02). Większość (58,4%) stanowili mężczyźni, zaś 3,1% zadeklarowało się jako osoby niebinarne. Około 99% respondentów było narodowości polskiej. Próba była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania. Największa grupa badanych (około 23%) mieszkała w województwie mazowieckim, a około 60% wszystkich respondentów było mieszkańcami dużych miast. Największa grupa uczestników badania deklarowała wykształcenie średnie (46,6%). Nieco mniej niż połowa badanych oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą (43,7%) zaś 39,3% jako średnią. Respondenci na ogół oceniali jakość swojego życia jako dobrą (48,3%) lub bardzo dobrą (20,8%). Odnotowano wysoki odsetek osób z historią diagnoz psychiatrycznych (40,5%), głównie depresji i zaburzeń lękowych. Wśród respondentów częste było używanie alkoholu i marihuany (po około 70% w skali ostatnich 30 dni). Codziennymi użytkownikami papierosów tradycyjnych oraz innych wyrobów nikotynowych było odpowiednio około 1/3 (21,7%) oraz 1/3 (32,1%) badanych.

Używanie substancji psychodelicznych

Najpowszechniej stosowanymi substancjami psychodelicznymi okazały się MDMA oraz grzyby psylocybinowe. Kiedykolwiek w życiu używało ich odpowiednio 80,2% oraz 79,2% badanych. Z kolei najrzadziej stosowane były substancje z grupy DOx (1,8%) oraz ibogaina (0,7%). Inicjacja używania psychodelików następowała zwykle w wieku 16–18 lat, przy czym kobiety zaczynały średnio o 1,5 roku później od mężczyzn. Większość uczestników badania (56%) deklaruwała, że przyjmuje zazwyczaj dawki „średnie”, zaś przyjmowanie zazwyczaj dawek „wysokich” lub „bardzo wysokich” potwierdziło 27% respondentów. Większość z uczestników badania (około 64%) nie miała za sobą doświadczeń z mieszaniem różnych psychodelików przy jednej okazji. Najczęściej deklarowano łączenie psychodelików z marihuaną (60%) lub alkoholem (40%). Jeśli chodzi o czynniki kontekstualne, to dla około 80% uczestników najczęściej wybieranym miejscem przyjmowania psychodelików był własny dom lub „łono natury”. Psychodeliki były też przyjmowane zwykle w towarzystwie znajomych (89%), partnerów (57%) lub w „samotności” (62,3%). Głównymi motywami sięgania po te substancje były: ciekawość (96,5%), zabawa lub rekreacja (90%), chęć samopoznania (87,7%), samorozwoju (83,5%), bądź poprawy samopoczucia (72,5%). Niespełna 80% badanych oceniło dostępność psychodelików jako łatwą lub bardzo łatwą, zaś ponowne użycie planuje zdecydowana większość respondentów (87,4%). Ponad 60% uczestników przypisuje psychodelikom pozytywny wpływ na ogólną jakość życia i zdrowie psychiczne. Co istotne, około 45% respondentów, którzy mieli historię diagnoz psychiatrycznych zadeklarowało, że używanie tych substancji przyczyniło się do złagodzenia ich objawów.

Charakterystyka doświadczeń z mikrodawkowaniem

Mikrodawkowanie zadeklarowało 34% spośród wszystkich respondentów. Osoby te stosowały w tym celu głównie grzyby psylocybinowe (78,8%) oraz LSD (35,9%). Stosunkowo często wymieniano także muchomor czerwony (18,4%). Najpopularniejszym schematem było mikrodawkowanie sporadyczne (49,4%) lub tzw. protokół Fadimana, czyli „1 dzień mikrodawkowania + 2 dni przerwy” (21,5%). Dominującymi motywami mikrodawkowania okazały się ciekawość (58,6%), chęć zwiększenia kreatywności (56,5%), poprawa samopoczucia (55,6%) bądź produktywności (53,2%), a także samoleczenie (45,9%). Zdecydowana większość respondentów oceniała wpływ mikrodawkowania jako pozytywny, szczególnie na poprawę samopoczucia i produktywności oraz jakości komunikacji/relacji z innymi osobami. Przy czym około 57% badanych było przekonanych, że odczuwane efekty wynikają z działania zażywanej

substancji, a nie z efektu placebo. Zamiar kontynuowania mikrodawkowania w przyszłości wyraża około 70% uczestników.

Opinie na temat psychodelików i ich stosowania

Respondenci prezentowali postawy dużej otwartości wobec psychodelików przy stosunkowo niewielkich obawach dotyczących uzależnienia czy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Wyniki wskazują na istnienie wśród użytkowników niemal powszechnej zgody (96,7%), że korzyści z przyjmowania psychodelików w odpowiednich warunkach są warte podjęcia ryzyka, które może wiązać się z działaniem tych substancji. W kwestii statusu prawnego, ponad 60% badanych opowiedziało się za depenalizacją lub dekryminalizacją, 55,5% – za medykacją, a prawie połowa badanych – za pełną legalizacją. Tylko 1,1% respondentów było zwolennikami utrzymania obecnego statusu prawnego psychodelików w Polsce.

Charakterystyka wybranego doświadczenia psychodelicznego

Badanych poproszono, aby przywołali w pamięci jedno, wybrane przez siebie doświadczenie pod wpływem psychodelików. Respondenci opisali łącznie 2930 konkretnych doświadczeń psychodelicznych, wywołanych najczęściej przez grzyby psylocybinowe (43,1%), LSD (29,9%) lub MDMA (13%). Niespełna połowa uczestników (46,4%) uważała, że przyjęła wtedy średnią dawkę, a w 75% przypadków działanie substancji oceniono jako „silne” lub „bardzo silne”. Doświadczenia te miały miejsce głównie we własnym domu (36,4%) lub „na łonie natury” (22,5%), zazwyczaj w obecności zaufanych znajomych (42,1%) lub z partnerem/partnerką (21%). Około 1/3 respondentów łączyła przy tej okazji dany psychodelik z inną substancją psychoaktywną, głównie z marihuaną. „Zabawa/rekreacja” oraz „ciekawość” były najczęściej wymienianymi intencjami towarzyszącymi tym doświadczeniom. Pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne po tym konkretnym doświadczeniu psychodelicznym zadeklarowało niespełna 70% uczestników, zaś wpływ negatywny około 9% uczestników.

Negatywne konsekwencje związane z używaniem psychodelików

Najczęściej zgłaszanymi negatywnymi konsekwencjami wybranych doświadczeń psychodelicznych były: zmęczenie (65,8% badanych), trudności poznawcze (51,2%), zmienne i/lub przytłaczające emocje (52,9%), trudności w powrocie z doświadczenia psychodelicznego

do codziennego funkcjonowania (48,6%) oraz poczucie odrealnienia (47,6%). Stosunkowo rzadziej zgłaszano z kolei takie poważne następstwa jak „stany lękowe lub ataki paniki” (29,3%) czy „myśli samobójcze lub myśli o samookaleczeniu” (23,7%). Większość negatywnych konsekwencji oceniana była jako mało dotkliwa.

Specyficzne dla psychodelików behawioralne strategie chroniące

Behawioralne strategie chroniące to zachowania, które mogą sprzyjać ograniczaniu szkód i maksymalizowaniu korzyści związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W prezentowanym badaniu uwzględniono pomiar strategii specyficznych dla psychodelików, które można zastosować przed, w trakcie lub po ich przyjęciu. Przy czym pomiary te dotyczyły stosowania takich strategii podczas tego jednego, wybranego doświadczenia psychodelicznego. Wyniki wskazują, że najbardziej pomocnymi strategiami stosowanymi przed używaniem psychodelików były: upewnianie się, że nie ma się żadnych istotnych zobowiązań (np. praca, szkoła, dom, dzieci) w dniu przyjmowania psychodelików; upewnienie się, że będzie się przybywać w bezpiecznym dla siebie otoczeniu; oraz upewnienie się, że podczas doświadczenia psychodelicznego będzie się w towarzystwie zaufanej osoby lub osób. W przypadku strategii stosowanych w trakcie używania psychodelików za najbardziej pomocne uznano: unikanie z wiążących się ze znaczną odpowiedzialnością (np. dotyczących pracy, szkoły, domu, dzieci); przebywanie przez cały czas w bezpiecznym dla siebie otoczeniu; a także unikanie sytuacji potencjalnie ryzykownych. Z kolei najbardziej pomocnymi strategiami stosowanymi po użyciu psychodelików okazały się: zadbanie o odpowiedni odpoczynek po doświadczeniu; porozmawianie o swoim doświadczeniu z zaufanymi osobami oraz zastanowienie się nad tym czego można nauczyć się z własnego doświadczenia pod wpływem substancji psychodelicznych.

Adaptacja i walidacja wybranych narzędzi pomiarowych

W ramach tego projektu przeprowadzono adaptację językowo-kulturową oraz walidację kilku narzędzi pomiarowych. Były to: *Challenging Experiences Questionnaire Brief* (CEQ-7), *Mystical Experiences Questionnaire Brief* (MEQ-4), *Emotional Breakthrough Inventory* (EBI), *Psychological Insight Scale* (PIS) oraz *Experience Integration Scale* (EIS). Narzędzia te wykazały się zadowalającymi parametrami psychometrycznymi, w tym spójnością wewnętrzną oraz trafnością teoretyczną. Przy czym (także w przypadku skal PPDS oraz PROMIS), na potrzeby raportu z niniejszego badania, weryfikacja tego ostatniego parametru (trafności teoretycznej) ograniczyła się do analiz korelacji z wybranymi zmiennymi, które powinny być z tymi skalami skorelowane.

II. WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Psychodeliki i doświadczenia psychodeliczne

Termin *psychodeliki* – stworzony z połączenia grackich słów *psyche* („umysł” lub „dusza”), oraz *delos* („manifestować” lub „ujawniać”) – odnosi się do dużej i zróżnicowanej grupy substancji psychoaktywnych o złożonym działaniu na ludzki organizm (Osmond, 1957; Swanson, 2018). Substancje te dzieli się zazwyczaj na *psychodeliki klasyczne* (np. meskalina, psylocybina, LSD czy DMT) oraz *nieklasyczne* (np. ketamina, MDMA, ibogaina). Rozróżnienie to opiera się na podstawowym neurofizjologicznym mechanizmie działania psychodelików. W przypadku psychodelików klasycznych tym mechanizmem jest selektywna interakcja (agonizm) z receptorami serotoninowymi. Zaś w przypadku psychodelików nieklasycznych mechanizmy te są bardziej zróżnicowane (Nichols i in., 2023). Termin „psychodeliki” jest często używany zamiennie z terminem „halucynogeny”.

Psychodeliki wywołują szeroki zakres efektów na różne aspekty ludzkiego doświadczenia (przegląd: Nichols, 2016; Swanson, 2018). Do efektów tych zalicza się specyficzne, tymczasowe zmiany w percepcji (zmiana odbioru bodźców zewnętrznych i wewnętrznych), przeżywania emocji (intensyfikacja) oraz w procesach poznawczych, a także zmiany w poczuciu siebie, swojego ciała, otoczenia i czasu (np. poczucie zaniku granicy pomiędzy sobą a światem, poczucie rozpadu/rozpłynięcia swojego ego). Wszystkie te zmiany pod wpływem substancji psychodelicznych składają się odmiennie stany świadomości, określane jako *doświadczenia psychodeliczne*.

Związany z psychodelikami potencjał terapeutyczny przypisywany jest zarówno mechanizmom neurobiologicznym jak i psychologicznym. W przypadku tych pierwszych, badacze wskazują na pobudzenie neuroplastyczności (Olson, 2020) oraz efekt przeciwwzpalny (Kozłowska, 2022). Z kolei wśród mechanizmów psychologicznych wymieniane są: poczucie połączenia z sobą, innymi i światem (Watts i in., 2017), wzrost elastyczności psychicznej (Davis i in., 2020), specyficzne efekty subiektywne, np. psychologiczny wgląd, przełomy/rozładowania emocjonalne, doświadczenia o charakterze mistycznym (Griffiths i in., 2006; Yaden i Griffiths, 2020), a także pośrednie efekty społeczne (Preller i Vollenweider, 2019).

Krótką historia badań nad psychodelikami

Stosowanie substancji psychodelicznych (klasycznych) było powszechne w różnych kulturach ludzkich na przestrzeni dziejów (Schultes, 1969). Można powiedzieć, że świat Zachodni niejako „poznał” te substancje za sprawą prowadzonych pod koniec XIX wieku badań antropologicznych i wyłaniającej się wówczas dziedziny psychofarmakologii (przegląd: Swanson, 2018). Doprowadziło to w pierwszej połowie XX wieku do zakrojonych na dużą skalę badań nad medycznym zastosowaniem psychodelików, które osiągnęły szczyt w latach 60-tych, zanim zostały prawnie usankcjonowane poprzez przepisy związane z „wojną z narkotykami” (Rucker i in., 2018; Hall, 2022). Przez kolejne trzy dekady (z nielicznymi wyjątkami) kontynuowane były jedynie badania na zwierzętach, dopóki w latach 90-tych XX wieku nie zostały ponownie zainicjowane badania na ludziach. Z kolei początek wieku XXI przyniósł tzw. *renesans psychodeliczny*, czyli gwałtowny rozwój badań nad działaniem oraz medycznym zastosowaniem psychodelików w coraz szerszym zakresie wskazań psychiatrycznych i neurologicznych (Sessa, 2012; Rucker i in., 2018).

Leczenie wspomagane psychodelikami

Badania nad medycznym zastosowaniem psychodelików odnoszą się do nowatorskiej formy leczenia, nazywanej *terapią wspomaganą psychodelikami* (ang. *psychedelic-assisted therapy*). Forma ta w sposób ścisły łączy farmakoterapię z psychoterapią, i składa się z trzech etapów: przygotowania (*preparation*); podawania substancji (*dosing*), któremu towarzyszy zwykle wsparcie psychologiczne oraz tzw. integracji psychodelicznej (*integration*) (Schenberg, 2018).

Coraz większa liczba gromadzonych współcześnie dowodów empirycznych wskazuje na stosunkowo wysoki profil bezpieczeństwa, niski potencjał uzależniający oraz długoterminowe - w większości korzystne - efekty psychodelików. Pozytywne efekty odnotowano zarówno w zakresie problemów zdrowia psychicznego (np. depresji i innych zaburzeń nastroju, zespołu stresu pourazowego, zachowań nałogowych), a także problemów zdrowia somatycznego (np. choroby neurodegeneracyjne, bóle przewlekłe), w tym nawet po podaniu pojedynczej dawki danej substancji psychodelicznej (przegląd: Nichols, 2016; Aday i in., 2021; Andersen i in., 2021; Bender i Hellerstein, 2022). Przy czym o korzystnym wpływie psychodelików na ogólne funkcjonowanie i dobrostan donoszą także raporty z badań prowadzonych wśród osób z populacji nieklinicznych, w tym z badań eksperymentalnych na zdrowych ochotnikach

(np. Griffiths i in., 2008; Śmigielski i in., 2019), jak i przekrojowych badań populacyjnych (np. Orłowski i in., 2022; Raison i in., 2022).

Skumulowane rezultaty dotychczasowych badań były na tyle obiecujące, że amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (Foods and Drugs Administration, FDA) przyznała status „przełomowej terapii” dla trzech eksperymentalnych programów terapii wspomaganymi psychodelikami. Konkretnie, dla programu terapii wspomaganą MDMA w leczeniu zespołu stresu pourazowego w roku 2017 (dla organizacji Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, MAPS), dla terapii wspomaganą psylocybiną w leczeniu depresji lekoopornej w roku 2018 (dla firmy COMPASS Pathways), oraz na potrzebę leczenia zaburzeń depresyjnych w roku 2019 (dla Usona Institute). Z kolei terapia wspomaganą ketaminą jest dostępną legalnie (również w Polsce) formą leczenia depresji lekoopornej o dowiedzionej skuteczności. Terapia ta jest ponadto w zaawansowanym stadium badań nad zastosowaniem w leczeniu zaburzeń związanych z piciem alkoholu (Worrell i Gould, 2021; Drozd i in., 2022; Walsh i in., 2022).

Rozpowszechnienie używania psychodelików

Od niespełna dwóch dekad obserwowany jest nie tylko postęp badań naukowych nad psychodelikami, ale również wzrost inwestycji sektora biznesowego, entuzjastyczne zainteresowanie mediów oraz coraz liczniejsze zmiany legislacyjne w kierunku dekryminalizacji i medykalizacji substancji psychodelicznych (Yaden i in., 2022; Psychedelic Alpha, 2025). To z kolei przekłada się na rosnące zainteresowanie używaniem psychodelików w różnych celach i kontekstach (np. Killion i in., 2021; Noorani i in., 2023). Obejmuje to zastosowanie terapeutyczne (w tym poprzez uczestnictwo w badaniach nad medycznym zastosowaniem psychodelików lub w tzw. *terapiach undergroundowych*, czyli nielegalnych terapiach wspomaganych psychodelikami), używanie w celach samorozwoju (w tym rozwoju duchowego poprzez używanie w kontekście ceremonialnym), czy używanie rekreacyjne (np. w kontekście imprez klubowych lub festiwali muzycznych). Specyficznym zjawiskiem jest także tzw. mikrodawkowanie (*microdosing*), czyli regularne przyjmowanie psychodelików w niewielkich dawkach, które nie wywołują doświadczeń psychodelicznych, ale mogą przyczynić się do wzrostu kreatywności, obniżenia bólu lub poprawy nastroju czy ulgi w innych symptomach problemów zdrowia psychicznego lub somatycznego (przegląd: Ona i Bouso, 2020).

Ponad dekadę temu Krebs i Johanes (2013) oszacowali rozpowszechnienie używania klasycznych psychodelików (LSD, psylocybiny i meskaliny) na podstawie analizy danych

z National Survey on Drug Use and Health w Stanach Zjednoczonych. Zgodnie z ich wyliczeniami w 2010 roku około 32 miliony Amerykanów było użytkownikami psychodelików (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu). Z kolei analiza danych z reprezentatywnych dla Stanów Zjednoczonych badań przekrojowych (łącznie 664 152 dorosłych Amerykanów) wykazała, że w latach 2002-2018 używanie samego LSD wzrosło tam o 200% (Killion i in., 2021).

O wyraźnym pobudzeniu zainteresowania substancjami psychodelicznymi w ciągu ostatnich kilku lat w Polsce można sądzić na podstawie obserwacji co najmniej kilku zjawisk. Należy do nich powołanie Polskiego Towarzystwa Psychodelicznego w roku 2019, oraz Polskiego Towarzystwa Integracji Doświadczeń Psychodelicznych w roku 2023. Podjęto także kilka innych inicjatyw o charakterze edukacyjnym i/lub komercyjnym w kolejnych latach. Na krajowym rynku wydawniczym ukazały się również książki o tematyce związanej z psychodelikami, w tym publikacje polskich autorów (np. Sipowicz, 2013; Lorenc, 2019; 2023; 2025; Głuszczyk, 2023). Wreszcie, w ostatnich latach zrealizowano kilka projektów naukowych na temat substancji psychodelicznych (np. Gołombiowska, 2021; Kozłowska i in., 2022; Orłowski i in., 2022; Pilc i in., 2022; Greń i in., 2023; 2024; Holas i in., 2025a), a także zorganizowano pierwsze konferencje poświęcone tej tematyce, oraz liczne wystąpienia podczas różnych konferencji naukowych i terapeutycznych w tym zakresie¹.

Jednakże, wzrost zainteresowania psychodelikami nie jest widoczny w wynikach systematycznych badań epidemiologicznych realizowanych w Polsce. W raporcie z ostatniej rundy Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD; Sierosławski, 2020) można przeczytać, że odsetki młodszych (15-16 lat) i starszych (17-18 lat) nastolatków potwierdzających używanie "LSD i innych halucynogenów", "grzybów psylocybinowych" oraz "escstasy" (MDMA) zmalało w porównaniu do wyników poprzedniej rundy (w roku 2015), ale nie w porównaniu do większości wcześniejszych pomiarów. Przy czym porównanie wyników pomiarów ESPAD nie było sprawdzane pod kątem istotności statystycznej. Wyniki badań ESPAD pokrywają się z rezultatami dotychczasowych badań nad używaniem różnych substancji psychoaktywnych, realizowanych przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS, 2021). Z kolei rezultaty „Kompleksowych badań stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań” (EZOP; Moskalewicz i Wciórka, 2021) wskazują, że używanie "halucynogenów" w dorosłej populacji Polaków (18-64 lata) zmalało z 0,8% w latach 2010/2011, do 0,4% w latach 2019/2020 (różnica ta nie wykazała istotności statystycznej).

Rozbieżność w analizach trendów w używaniu substancji psychodelicznych pomiędzy badaniami w Polsce i Stanach Zjednoczonych nie musi jednakże świadczyć o malejącym

rozpowszechnieniu używania psychodelików w naszym kraju, ale wynikać z ograniczeń, jakimi obarczone były dotychczasowe pomiary.

Ograniczenia dotychczasowych badań w Polsce

Realizowane dotychczas w Polsce badania epidemiologiczne nie dostarczają dostatecznie szczegółowych informacji na temat używania psychodelików. Zarówno ESPAD, CBOS jak i EZOP uwzględniają jedynie pojedyncze i ogólne pomiary stosowania najpopularniejszych psychodelików klasycznych, czyli LSD i grzybów psylocybinowych (przy czym badanie EZOP uwzględnia również niespecyficzne pomiary ketaminy, określanej tam jako „dysocjant”, oraz MDMA/ecstasy, w kategorii „narkotyki klubowe”). Nieco więcej informacji, bo dotyczących używania LSD, grzybów psylocybinowych, DMT, ketaminy i MDMA, dostarcza opracowywany corocznie przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA, 2022) „Europejski raport narkotykowy: Trendy i osiągnięcia”. Także w tych badaniach zastosowane pomiary dotyczą jednak tylko rodzaju i częstości używania poszczególnych substancji psychodelicznych, ale nie wzorów ich używania.

Pewne dane empiryczne na temat wzorów używania psychodelików w Polsce można zaczerpnąć z projektu badawczego „PolDrugs 2021” (Więckiewicz i Pudło, 2021) lub z realizowanego ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom projektu „Narkotyki, zdrowie psychiczne i redukcja szkód”, na podstawie którego opracowano kilka artykułów naukowych (Greń i in., 2023a, 2023b), w tym pracę eksplorującą wzory używania różnych substancji psychoaktywnych (Greń i in., 2024). Obydwa te projekty badawcze były jednak skoncentrowane na znacznie szerszej gamie substancji psychoaktywnych, a nie jedynie na psychodelikach, przez co nie były w stanie uchwycić specyfiki tych substancji. Wskazuje to więc na potrzebę badań o charakterze epidemiologicznym, które byłyby skupione na pomiarze rozpowszechnienia i wzorów używania różnych substancji psychodelicznych w Polsce. Pomiar i analiza wzorów używania psychodelików są kluczowe dla oszacowania szkodliwości tych substancji, jak i oceny potrzeb w zakresie profilaktyki.

Ponadto, spośród nielicznych badań użytkowników psychodelików w naszym kraju (Orłowski i in., 2022; Holas i in., 2025a; dostępne prace dyplomowe²), w żadnym nie zastosowano ani pomiarów wzorów używania psychodelików, ani poddanych walidacji narzędzi do pomiaru subiektywnych efektów doświadczeń psychodelicznych. Wyjątkiem jest opracowany przez Radoń (2014) Kwestionariusz Ruminacji–Refleksyjności, będący polską adaptacją skróconej wersji Hood’s Mysticism Scale (*Skala Mistycyzmu Hooda*), która była stosowana w badaniach nad psychodelikami (np. Lerner i Lyvers, 2006). Z kolei badanie Holasa i współpracowników

(2025a) ukierunkowane było na opracowanie nowej skali, dotyczącej postaw wobec substancji psychodelicznych (Concerns and Openness towards Psychedelic Scale; Holas i in., 2025b).

Istotnym ograniczeniem badań prowadzonych w Polsce jest także brak narzędzi do pomiaru efektów działania psychodelików, które zostałyby poddane adaptacji językowo-kulturowej oraz analizie trafności, rzetelności i walidacji kryterialnej (tj. oceny narzędzia poprzez porównanie wyników uzyskanych za jego pomocą z wynikami zebranymi z wykorzystaniem innych narzędzi lub kryteriów zewnętrznych, które są uznawane za wiarygodne i odpowiednie do pomiaru badanego zjawiska; Boateng i in., 2018). Adaptacja i walidacja wybranych narzędzi pomiarowych stosowanych w zagranicznych badaniach nad psychodelikami posłużyłaby więc także przygotowaniu gruntu pod dalsze badania nad tym zjawiskiem w Polsce. Co więcej, chociaż dostępnych jest kilka powszechnie stosowanych narzędzi mierzących efekty i konsekwencje używania psychodelików, narzędzia te są obecnie krytykowane ze względu na ich ograniczenia w zakresie dowiedzionej jakości psychometrycznej (de Deus Pontual i in., 2023; Herrmann i in., 2023). Przygotowanie polskich adaptacji i walidacji wybranych narzędzi pomiarowych przyczyni się więc również do rozwoju metodologii badań nad działaniem substancji psychodelicznych.

Kontynuacja i podnoszenie jakości badań nad psychodelikami jest też istotne ze względu na fakt, że – pomimo obietnic opracowania nowych, szybko działających, niechronicznych, skutecznych i opłacalnych kosztowo metod leczenia do wykorzystania przez lekarzy i terapeutów – psychodeliki niosą ze sobą także wiele wyzwań, zarówno dla zdrowia osób sięgających po te substancje, jak i dla zdrowia publicznego. Ich używanie nie jest bowiem pozbawione zagrożeń.

Zagrożenia i negatywne konsekwencje związane z psychodelikami

Intensywne, nieprzewidywalne, dezorientujące i często przytłaczające efekty działania psychodelików potrafią wywołać tzw. trudne doświadczenia psychodeliczne (ang. *challenging psychedelic experiences*), określane potocznie „złymi” bądź „trudnymi podrózkami (ang. *bad trips*), z czym związanych jest wiele potencjalnie niekorzystnych konsekwencji (Barrett i in., 2016; Carbonaro i in., 2016; Lutkajtis & Evans, 2023). Wśród nich wymienić można przede wszystkim objawy ostrego stresu pourazowego (ang. *acute stress disorder*), do których należą: niepokój i stany lękowe, natrętne myśli, wahania nastroju, dysocjacyjne doświadczenia derealizacji i/lub depersonalizacji, a także nagle, intensywne i nawracające wspomnienia trudnego przeżycia w formie tzw. flashback’ów lub koszmarów sennych (Aixialà, 2022). Znane

są również przypadki związanych z psychodelikami doświadczeń podobnych do psychotycznych, ataków paniki czy myśli samobójczych (Schlag i in., 2022).

Pod wpływem działania psychodelików może także dojść do tzw. odpamiętania traumatycznych przeżyć (np. żywego wspomnienia traumatycznego wydarzenia z przeszłości), z którymi osoba może sobie nie poradzić w stanie podatności związanym z intoksykacją psychodelikami (Simon i in., 2025). Jeszcze innym zjawiskiem jest tzw. „szok ontologiczny”, czyli stan radykalnie odmiennej (od codziennej) percepcji i/lub przeciążenia informacyjnego, który zmusza do nagłego zakwestionowania swojego dotychczasowego światopoglądu lub filozofii życiowej (Carhart-Harris i Friston, 2019; Argyri i in., 2025). W niektórych, raczej rzadkich przypadkach, występują także utrzymujące się zmiany percepcji, które mogą przybrać formę zaburzeń postrzegania spowodowanych halucynogenami (ang. *Hallucinogen Persisting Perception Disorder*, HPPD; Doyle i in., 2022).

Jednakże – co wydaje się zjawiskiem specyficznym dla psychodelików – trudne doświadczenia pod wpływem tych substancji często nie są jednoznacznie negatywne. Przykładowo, w badaniu przeprowadzonym przez zespół ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu Johna Hopkinsa w Stanach Zjednoczonych (Carbonaro i in., 2016), wśród 1993 osób (średnia wieku 30 lat, 78% mężczyzn), które przeżyły trudne doświadczenie po spożyciu grzybów psylocybinowych, 39% uczestników oceniło je jako jedno z pięciu najtrudniejszych doświadczeń w swoim życiu. Pomimo tego, 84% spośród tych osób stwierdziło, że odniosło znaczące korzyści z tych doświadczeń. Zjawisko to wskazuje na dynamikę subiektywnych efektów działania psychodelików, co sugeruje także istotność tzw. integracji doświadczeń psychodelicznych, czyli aktywności jakie można podjąć po używaniu psychodelików w celu ograniczenia związanych z tym szkód oraz maksymalizacji związanych z tym korzyści (Frymann i in., 2022; Greń i in., 2024).

Co istotne, szkody i problemy związane z psychodelikami nie są jednakowe u wszystkich użytkowników, ale wyraźnie zróżnicowane i zależne od wielu czynników. Dotychczasowe badania wskazują, że z niekorzystnymi efektami działania psychodelików najczęściej związane są takie czynniki jak: wysoka neurotyczność, osobista lub rodzinna historia zaburzeń psychotycznych, osobowość typu borderline, mania lub pokrewne problemy zdrowia psychicznego, a także niewłaściwy kontekst używania psychodelików, czy też brak lub niewystarczająca integracja doświadczeń psychodelicznych (Johnson i in., 2008; Barrett i in., 2017; Ona, 2018).

Zgodnie z modelem „substancja, osoba i otoczenie” (ang. *drug, set & setting*; Zinberg, 1984), oprócz rodzaju, dawki, częstości, sposobu przyjmowania oraz innych czynników po stronie samej substancji, znaczenie mają także czynniki pozafarmakologiczne. Wśród nich wymienić można indywidualne nastawienie i kondycje psychofizyczną bezpośrednio poprzedzającą zażycie substancji psychodelicznej, a także otoczenie fizyczne i kontekst społeczny, w którym

ma to miejsce (Carhart-Harris i in., 2018). Podobnie jak w przypadku używania innych substancji psychoaktywnych, znaczenie ma również wiedza na temat przyjmowanej substancji, wcześniejsze doświadczenie w jej używaniu oraz stosowanie behawioralnych strategii chroniących (Zinberg, 1984; Soar i in., 2006; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Aday i in., 2021; Greń i in., 2022).

Psychodeliczna redukcja szkód

Pojęcie „behawioralne strategie chroniące” (ang. *protective behavioral strategies*, PBS), odnosi się do specyficznych zachowań, które można zastosować przed, w trakcie lub po używaniu danej substancji psychoaktywnej, aby ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia związanych z tym negatywnych konsekwencji (Pearson, 2013). Zgodnie z ostatnim przeglądem literatury naukowej w tym zakresie (Greń i Ostaszewski, 2023d), PBS zostały skonceptualizowane jako zastosowanie behawioralnej koncepcji samokontroli w kontekście używania substancji psychoaktywnych; strategie te są również tożsame z redukcją szkód, czyli podejściem leżącym u podstaw działań zorientowanych na ograniczanie negatywnych następstw sięgania po substancje psychoaktywne bez konieczności całkowitego zaprzestania ich używania.

Przykładem PBS może być testowanie składu substancji przed jej użyciem, ostrożne dawkowanie, nie przyjmowanie kolejnej dawki przed ustąpieniem efektów poprzedniej, przyjmowanie substancji jedynie w zaufanym towarzystwie, czy też unikanie prowadzenia pojazdów będąc pod wpływem substancji. Wyniki dotychczasowych badań nad PBS wskazują na ich istotną rolę w ograniczaniu używania substancji, poziomu intoksykacji oraz występowania związanych z tym szkód, w tym ograniczaniem nasilenia symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji (np. Pearson, 2013; González-Ponce i in., 2022; Greń i in., 2023b). Przy czym skuteczność stosowania PBS wydaje się być najwyższa w przypadku osób z grup podwyższonego ryzyka (Pearson, 2013). Z perspektywy badań oraz działań opartych na dowodach naukowych, istotnym jest, że termin „behawioralne strategie chroniące” odnosi się do mierzalnego konstruktu (Martens i in., 2004).

Dotychczasowe badania w tym zakresie były zawężone do pomiaru i analizy strategii specyficznych dla alkoholu (Pearson, 2013), marihuany (Pedersen i in., 2016), MDMA/ecstasy (np. Soar i in., 2006), oraz ketaminy (Vidal Gine i in., 2016). Niedawno, Greń i współpracownicy (2023a) przygotowali narzędzie do pomiaru PBS uniwersalnych dla wszystkich substancji psychoaktywnych (za wyjątkiem alkoholu i tytoniu). Narzędzie to zostało opracowane na podstawie wyników polskich badań wśród osób używających różnych

substancji i może być stosowane także w przypadku osób przyjmujących przy jednej okazji więcej niż jedną substancję (ang. *polysubstance use*). Ze względu jednak na swoje złożone działanie oraz charakterystyczne efekty subiektywne, o dynamicznym przebiegu i relatywnej nieprzewidywalności, substancje psychodeliczne cechują się specyfiką, za którą idą również specyficzne potrzeby w zakresie ograniczania ryzyka i szkód.

Jak dotąd kilka zespołów badawczych podjęło się wysiłku identyfikacji strategii, które mogą przyczynić się do ograniczania negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików (np. Soar i in., 2006; Singer i Schensul, 2011; Hearne i Van Hout, 2016; Vidal Giné i in., 2016; Móró i in., 2011; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Aday i in., 2021; Dutton i in., 2025; Kruger i in., 2025). Greń i współpracownicy (2022) przeprowadzili również podobne badanie wśród polskich nastolatków używających różnych substancji psychoaktywnych, w tym psychodelików. Z kolei Palmer i Maynard (2022) zaprezentowali kompleksowy raport przygotowany na podstawie serii pogłębionych wywiadów jakościowych z osobami używającymi psychodelików (N=163), w których pytano m.in. o sposoby ograniczania podejmowanego w związku z tym ryzyka. Wynikiem tego badania jest obszerna lista strategii, które respondenci stosowali przed, w trakcie lub po przyjmowaniu psychodelików, celem zminimalizowania związanych z tym zagrożeń i szkód. Wyniki tych oraz pozostałych badań na temat tej problematyki mogą posłużyć do opracowania narzędzi do pomiaru PBS specyficznych dla psychodelików. Było to również jedną z rekomendacji opublikowanych niedawno przeglądów literatury (Piercey i in., 2024; Dutton i in., 2025).

Pomimo identyfikacji szeregu potencjalnych strategii oraz czynników związanych z ograniczeniem prawdopodobieństwa występowania negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem psychodelików, brak jest poddanych walidacji narzędzi pomiarowych. Pierwszą propozycję takiego narzędzia (Protective Strategies for Psychedelics Scale, PSPS) przedstawił niedawno zespół amerykańskich badaczy (Mian i in., 2023). W raporcie z analizy badacze ci przedstawili obiecujące wyniki trafności (ang. *convergent validity*) w porównaniu do skal mierzących PBS związanych z alkoholem i marihuaną. Nie zaprezentowali jednak związku pomiędzy PSPS a szkodami związanymi z używaniem psychodelików, a w badaniu nie uwzględniono specyfiki wzorów przyjmowania psychodelików. Ponadto, skala PSPS ogranicza się jedynie do strategii „przygotowujących” do doświadczeń pod wpływem psychodelików. Tymczasem, w przypadku psychodelików wyróżnia się także PBS mające na celu wsparcie i ograniczanie szkód w trakcie takich doświadczeń, a także strategie przyczyniające się do „powrotu z” oraz integracji doświadczeń psychodelicznych.

W związku z tym w dalszym ciągu istnieje potrzeba opracowania narzędzia, które umożliwiłoby kompleksowy i rzetelny pomiar PBS specyficznych dla psychodelików. Takie narzędzie przyczyni się do postępu w dziedzinie badań nad behawioralnymi strategiami chroniącymi,

umożliwi poprawę jakości badań nad wzorami używania substancji psychodelicznych w Polsce i na świecie. Będzie także istotnym krokiem w kierunku opracowywania opartych na dowodach naukowych działań edukacyjnych, profilaktycznych i/lub terapeutycznych, skierowanych do osób, które używają psychodelików.

Psychodeliki nad Wisłą

Niniejszy projekt badawczy miał na celu pomiar rozpowszechnienia oraz analizę wzorów używania substancji psychodelicznych w Polsce. Badanie to w sposób szczególny dotyczyło specyficznych dla psychodelików behawioralnych strategii chroniących, do pomiaru których opracowano pierwsze poddane walidacji kryterialnej narzędzie badawcze. Jest to istotne ze względu na specyfikę zagrożeń związanych z psychodelikami oraz obserwowany w ostatnich latach wzrost zainteresowania używaniem tych substancji w różnych kontekstach. Co więcej, badania naukowe, które skupiały się na używaniu substancji psychodelicznych w Polsce należą wciąż do nielicznych. W związku z tym brak jest adaptacji i walidacji podstawowych narzędzi pomiarowych w tym zakresie. Niniejszy projekt podjęto więc także zadanie adaptacji oraz walidacji wybranych narzędzi, co stworzy grunt pod dalsze, rzetelne badania naukowe realizowane w naszym kraju.

Przypisy

1 m.in. Konferencja „Nauka Psychodeliczna”, organizowana przez Polskie Towarzystwo Psychodeliczne, Warszawa, 17-18/09/2022 (<http://naukapsychodeliczna.org>); XL Szkoła Zimowa Instytutu Farmakologii im. Jerzego Maja, Polskiej Akademii Nauk "Medyczna przyszłość psychodelików", Kraków, 28/02-2/03.2023 (<http://if-pan.krakow.pl/pl/aktywnosc-naukowa/szkolyzimowe/xl-szkola-zimowa-if-pan>); panel poświęcony psychodelikom podczas X Ogólnopolskiej Konferencji Uzależnienia - Polityka, Nauka, Praktyka "Podążając za zmianami...", Warszawa 19-21/06/2023 (<https://www.youtube.com/watch?v=bqy3sKaSuOM&t>); liczne panele oraz indywidualne wystąpienia podczas 48 Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 4-6 września 2025, w Krakowie.

2 m.in. praca licencjacka Zuzanny Lewandowskiej "Poznawcze efekty użycia środków psychoaktywnych. Psychodeliki jako narzędzie pomocne w rozwiązywaniu problemów", Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński, 2020 (<https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/249803>); praca magisterska Mateusza Budy "Wpływ zażywania substancji psychodelicznych na subiektywną ocenę nastroju oraz objawów depresji i lęku", Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, 2022 (<https://repozytorium.ka.edu.pl/items/bd6323ac-5fb6-49c2-9a89-79f2b07bd876>).

III. CELE

Głównym celem niniejszego projektu badawczego jest identyfikacja oraz analiz aktualnych wzorów używania substancji psychodelicznych wśród młodych dorosłych (18-35 lat) w Polsce. Natomiast cele szczegółowe niniejszego projektu obejmują:

- oszacowanie rozpowszechnienia używania substancji psychodelicznych wśród młodych dorosłych (18-35 lat) w Polsce;
- identyfikację i analizę wzorów używania substancji o działaniu psychodelicznym oraz innych substancji psychoaktywnych, wśród młodych dorosłych (18-35 lat) w Polsce;
- oszacowanie rozpowszechnienia zjawiska mikrodawkowania oraz samoleczenia problemów zdrowia psychicznego za pomocą psychodelików wśród młodych dorosłych (18-35 lat) w Polsce;
- pomiar rozpowszechnienia oraz analizę skuteczności stosowania strategii ograniczających szkody związane z używaniem psychodelików;
- opracowanie i walidację narzędzia do pomiaru stosowania strategii redukcji szkód związanych z używaniem substancji psychodelicznych;
- identyfikację psychospołecznych uwarunkowań (czynników ryzyka i czynników chroniących) używania substancji psychodelicznych, subiektywnych efektów oraz związanych z tym konsekwencji dla zdrowia psychicznego wśród osób używających psychodelików w Polsce;
- adaptację (językowa i kulturowa) oraz walidację wybranych narzędzi stosowanych w zagranicznych badaniach nad psychodelikami.

IV. METODA

1. Dobór próby

Badanie miało charakter przekrojowy. Próba została dobrana w sposób celowy. Kryterium włączenia do udziału w badaniu był wiek oraz deklarowana historia używania substancji psychodelicznych. Konkretnie, do udziału w badaniu zapraszano osoby dorosłe w wieku od 18 lat, które przynajmniej jednokrotnie w ciągu swojego życia używali substancji psychodelicznych, niezależnie od rodzaju, motywu czy kontekstu używanych tych substancji. Do respondentów docierano za pomocą atrakcyjnych wizualnie ogłoszeń o badaniu zamieszczanych w internecie. Ogłoszenia te zawierały podstawowe informacje o badaniu (w tym zakres tematyczny, autorzy, kryteria włączenia, zapewnienie poufności i anonimowości respondentów, spodziewany czas wypełniania ankiety oraz źródło finansowania projektu), także link do ankiety online. Dokładne sformułowanie tych informacji (zamieszczonych również na frontowej stronie ankiety) zostało przedstawione na obrazie 1.

Obraz 1. *Opis badania na frontowej stronie ankiety*

Witaj w badaniu *Psychodeliki nad Wisłą!*

Jest to badanie ankietowe, skierowane do osób pełnoletnich, które co najmniej jednokrotnie w swoim życiu używały jakiejś substancji psychodelicznej (np. grzybów psylocybinowych, LSD, DMT, ayahuaski, meskaliny, MDMA, 2C-B, ketaminy). Ankieta jest przeznaczona dla osób posługujących się językiem polskim, niezależnie od obywatelstwa czy miejsca zamieszkania.

Celem tego badania jest poszerzenie wiedzy w zakresie używania psychodelików w Polsce, w tym na temat strategii ograniczania związanych z tym szkód. Uzyskane dane przyczynią się do opracowania działań edukacyjnych i profilaktycznych, które będą dopasowane do potrzeb i doświadczeń użytkowników psychodelików. Co więcej, w ramach tego badania przeprowadzona zostanie adaptacja kilku kwestionariuszy, co podniesie jakość przyszłych badań nad psychodelikami w naszym kraju.

Udział w badaniu jest dobrowolny (możesz z niego zrezygnować w każdym momencie), a także w pełni anonimowy – gwarantujemy, że udzielone informacje pozostaną poufne, przez co w żaden sposób nie będzie można powiązać ich z Twoją osobą (nie zbieramy również adresów IP urządzenia, na którym wypełniasz ankietę).

Wypełnienie ankiety zajmuje zazwyczaj około 25-45 minut. Można to zrobić na dowolnym urządzeniu (najwygodniej na komputerze lub tablecie). Jest to badanie naukowe – prosimy o udzielanie jedynie szczerych, zgodnych z prawdą odpowiedzi, a w przypadku wątpliwości – o zaznaczenie odpowiedzi najbardziej pasującej. Swoje odpowiedzi możesz edytować aż do ukończenia wypełniania ankiety.

Badanie to jest częścią projektu naukowego Psychodeliki nad Wisłą, realizowanego przez Zespół badaczy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w ramach zadania współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025). W razie jakichkolwiek pytań bądź uwag, zapraszamy do kontaktu z kierownikiem tego projektu, dr. Jakubem Greniem (jgren@ipin.edu.pl).

Ogłoszenia o realizowanym badaniu były upowszechniane na wybranych stronach i forach internetowych, a także na profilach i grupach portali społecznościowych oraz w newsletterach związanych z tematyką psychodelików, innych substancji psychoaktywnych, profilaktyki uzależnień czy redukcji szkód. Ponadto, informacje o badaniu zostały przekazane (z prośbą o udostępnienie) do wybranych krajowych fundacji, towarzystw oraz organizacji pozarządowych, zajmujących się edukacją, zapobieganiem i/lub redukcją szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym psychodelików. Do wsparcia promocyjnego w rekrutacji uczestników badania zaangażowani zostali również twórcy treści internetowych (tzw. influencerzy), w tym osoby prowadzące podcasty o tematyce powiązanej z zakresem niniejszego projektu badawczego.

Informacje o projekcie były dostępne ponadto na opublikowanej w tym celu witrynie internetowej www.psychodelikinadwisla.com, oraz jako wydarzenie na portalu Facebook pt. „Psychodeliki nad Wisłą – ogólnopolskie badanie naukowe”, gdzie zamieszczane były bieżące treści promocyjne i informacje na temat realizacji projektu. W sposób szczegółowy informacje te zostały przedstawione także w artykule "Psychodeliki nad Wisłą: kontekst, cele i metoda ogólnopolskiego projektu naukowego", opublikowanym w kwartalniku Serwis Informacyjny „Uzależnienia” nr. 2/2025 (110), dostępnym także w formie elektronicznej na stronie tego czasopisma (www.siu.praesterno.pl).

Każdemu z wyżej wymienionych ogłoszeń towarzyszyła również jedna z serii grafik reprezentujących oficjalną identyfikacją graficzną niniejszego projektu (Obraz 2). Zaprojektowanie i opracowanie oficjalnej identyfikacji graficznej (w tym logo) projektu „Psychodeliki nad Wisłą” było jednym z zadań na etapie pilotażu.

Obraz 2. Seria trzech oficjalnych grafik towarzyszących ogłoszeniom o badaniu zamieszczanym na portalach społecznościowych, forach i innych witrynach internetowych¹



¹ Opracowane w ramach oficjalnej współpracy przy realizacji niniejszego projektu przez Marcela Marcinka.

Badanie internetowe jest jednym z rekomendowanych sposobów dotarcia do populacji ukrytej, jaką są dorośli używający substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim substancji nielegalnych. Zaletą tej metodologii badań jest anonimowość i poufność oraz możliwość udziału w badaniu w miejscu i czasie dogodnym dla respondenta, metodologia ta pozwala dotrzeć do respondentów poprzez zaufane kanały wymiany informacji (Duncan i in., 2003). Internet był z powodzeniem wykorzystany w badaniach dotyczących używania rozmaitych substancji psychoaktywnych, w tym psychodelików, w różnych grupach wiekowych (np. Nicholson i in., 1999; Alessi i Martin, 2010; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Miller i Sønderlund, 2010; Hunter, 2012).

2. Realizacja badań

Badanie zostało zrealizowane od kwietnia do września 2025 roku. Przez cały ten czas trwała opisana powyżej promocja badania. Łącznie do wypełniania ankiety online przystąpiło 5531 osób, co znacznie przekraczało zakładaną minimalną liczbę respondentów (2000 osób). Po tym okresie przystąpiono do przygotowania bazy danych, analiz statystycznych oraz sporządzenia niniejszego raportu. Wcześniej natomiast przeprowadzono badania pilotażowe, na podstawie których (w okresie od stycznia do marca 2025) zweryfikowano i zoptymalizowano narzędzie badawcze oraz sposób doboru próby. Proces ten obejmował także adaptacje językowo-kulturową kilku skal pomiarowych, co zostało opisane w podrozdziale „Adaptacja i walidacja skal pomiarowych” (str. 37-38).

Pilotaż

Realizacja badań właściwych, których wyniki są przedmiotem niniejszego raportu, została poprzedzona badaniem pilotażowym zrealizowanym w miesiącach sierpień-listopad 2024 roku. Przy czym na koniec sierpnia przypadał etap pre-pilotażu, który miał na celu zebranie bezpośrednich informacji zwrotnych o ankiecie od kilku osób doświadczonych w badaniach naukowych oraz tematyce substancji psychodelicznych. Badania pilotażowe obejmowały łączną liczbę 548 osób (przy zakładanym minimum 300 osób), które zostały zaproszone do udziału za pomocą tej samej metodologii, to jest poprzez zamieszczane w internecie ogłoszenia o badaniu.

Celem badania pilotażowego było sprawdzenie wykonalności projektu badań internetowych, oraz weryfikacja poszczególnych pytań ankietowych i narzędzi pomiarowych. Uczestnicy pilotażu byli proszeni o udzielanie informacji zwrotnych na temat wybranych części ankiety (w tym zrozumiałości pytań). Szczegółowe informacje na temat organizacji, przebiegu realizacji i uzyskanych wyników wraz z wnioskami dla badań właściwych, zostały opisane w całościowym raporcie z badań pilotażowych, który został złożony do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom pod koniec 2024 roku.

3. Etyka

Na realizację niniejszego badania otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Badanie było skierowane do osób pełnoletnich, które przynajmniej jednokrotnie w swoim życiu używały jakiejś substancji psychodelicznej. Pełnoletność respondentów była potwierdzana za pomocą pytania/deklaracji znajdującej się na samym początku ankiety („Niniejsze badanie skierowane jest do osób pełnoletnich. Czy potwierdzasz, że MASZ UKOŃCZONE 18 lat?”), z możliwymi odpowiedziami „tak” lub „nie”. W przypadku odznaczenia odpowiedzi „nie” ankieta ulegała zamknięciu.

Udział w badaniu był dobrowolny. Na początku ankiety zamieszczony został formularz świadomej zgody, którego zatwierdzenie było konieczne do wzięcia udziału w całości badania. Formularz ten był poprzedzony opisem badania i instrukcją udziału w nim (Obraz 1), wraz z dedykowaną grafiką (Obraz 2). Uczestnicy byli proszeni o odpowiedź („tak” lub „nie”) na pytanie: „Czy potwierdzasz, że zapoznałeś(aś) się z opisem badania i wyrażasz zgodę na wzięcie w nim udziału?”.

4. Narzędzia i zmienne

Narzędziem wykorzystanym do zbierania danych samoopisowych była ankieta online. Formularz ankiety online został przygotowany za pomocą specjalistycznej platformy do internetowych badań ankietowych *SurveyMonkey* (www.surveymonkey.com).

Ankieta składała się z dwóch części (Załącznik 1). Pierwsza z nich dotyczyła częstości używania różnych substancji psychodelicznych w skali całego życia i ostatnich 12 miesięcy poprzedzających udział w badaniu; zawierała także zestaw pytań i skal mierzących elementy wzorów używania psychodelików, zjawisko mikrodawkowania, doświadczanie negatywnych konsekwencji związanych z psychodelikami oraz kilku czynników psychospołecznych, ogólnych wskaźników zdrowia i jakości życia; w części tej zbierano również podstawowe dane socjodemograficzne.

Natomiast druga część ankiety skoncentrowana była na szczegółowym pomiarze wybranego doświadczenia pod wpływem psychodelików, stosowania strategii ograniczających szkody i maksymalizujących korzyści związane z psychodelikami, a także aspekty subiektywnych przeżyć pod wpływem tych substancji. Na obrazie 1 znajduje się pełny opis wprowadzający do części pierwszej ankiety, zaś instrukcja do drugiej części ankiety brzmiała następująco (Obraz 3):

Obraz 3. Instrukcja wprowadzająca do drugiej części ankiety.

Jeśli używałeś(aś) psychodelików więcej niż raz, w tej części ankiety prosimy Cię o skupienie się na swoim JEDNYM, WYBRANYM PRZEZ CIEBIE DOŚWIADCZENIU PODWPLYWEM PSYCHODELIKU/ÓW (doświadczeniu psychodelicznym).

Najlepiej, żeby było to doświadczenie pod wpływem tylko i wyłącznie pojedynczego psychodeliku (a nie ich kombinacji, oraz bez mieszania z innymi substancjami).

Istotne jest aby było to doświadczenie, które dobrze pamiętasz - następne pytania będą bowiem odnosić się tylko do tego wybranego doświadczenia.

Przypominamy o udzielaniu jedynie szczerych, zgodnych z prawdą odpowiedzi, a w przypadku wątpliwości, o zaznaczanie odpowiedzi pasujących najbardziej.

W dalszej części tego rozdz. zestawiono opisy poszczególnych pytań i skal tworzących całościowe narzędzie badawcze (ankietę) zastosowaną w niniejszym projekcie badawczym.

Używanie substancji psychodelicznych

Częstość używania psychodelików w skali życia i ostatniego roku

Do pomiaru rodzaju i częstości używania substancji psychodelicznych wykorzystane zostało pytanie zaadaptowane z polskiej wersji testu przesiewowego Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT; Klimkiewicz i in., 2020) w dwóch wersjach. Pierwsza dotyczyła używania psychodelików w ciągu swojego życia, a druga – w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających udział w badaniu. Uczestnicy wybierali odpowiedzi z rozsuwanych list, zamieszczonych w dwóch sąsiadujących z sobą kolumnach. W obu przypadkach uczestnicy zaznaczali odpowiedzi na 7-punktowej skali typu Likerta, od 0 = „Wcale” do 6 = „40+ razy”. Było to poprzedzone następującą instrukcją: *„Zaznacz, wybierając z list, ile razy (jeśli w ogóle) użyłeś(aś) którejś z poszczególnych substancji psychodelicznych w ciągu swojego życia (pierwsza kolumna tabeli) i ostatnich 12 miesięcy (druga kolumna tabeli): (przez ilość „razy” rozumiemy liczbę wydarzeń/okazji, a nie dawek)”*.

Pytania dotyczyły szerokiego zakresu klasycznych i nieklasycznych psychodelików opisanych w następujący sposób: „LSD lub inne lizergamidy”, „Grzyby psylocybinowe (np. łysiczka lancetowana, meksykańska), „Muchomory czerwone (Amanita Muscaria), „Syntetyczna psylocybina i pochodne (np. 4-AcO-DMT, 4-HO-MET), „5-Meo-DMT”, „N,N-DMT, „N,N-DMT, Changa”, „Ayahuaska, yage”, „2-CB”, „Inne substancje z grupy 2C-X (np. 2C-C, 2C-E)”, Grupa NBOMe (np. 25C-NBOMe, 2C-I-NBOMe)”, „Grupa DOx (np. DOC, DOB, DOI), „Ibogaina”, „Meskalina (peyotl, San Pedro)”, „MDMA/ecstasy i pochodne (np. MDA, 6-APM)”, „Ketamina i pochodne (np. metoksetamina)”. Identyczny zakres był zastosowany także przy innych pytaniach dotyczących używania substancji psychodelicznych w tej ankiecie.

Całość była poprzedzona następującą informacją: „UWAGA: Poniższe pytania nie dotyczą mikrodawkowania, za które uznaje się zażywanie minimalnych dawek psychodelików (zazwyczaj od 1/20 do 1/10 dawki psychoaktywnej danej substancji), w celu osiągnięcia pewnych subtelných korzyści bez wywoływania wyraźnych efektów psychoaktywnych. O mikrodawkowanie zapytamy w dalszej części ankiety”.

Wiek inicjacji używania psychodelików

W następnej kolejności zadano pytanie: „*W jakim wieku po raz pierwszy w swoim życiu użyłeś(aś) substancji psychodelicznej?*”, na które respondenci udzielali odpowiedzi na skali ilościowej od 1=„10-” do 91=„100+”. Pytanie to było opracowane przez zespół badaczy na potrzeby tego badania.

Zamiar używania psychodelików w przyszłości

Respondenci zostali zapytani również o zamiar używania substancji psychodelicznych w przyszłości: „*Czy masz zamiar używać jakichś psychodelików w przyszłości?*”. Odpowiedzi można było udzielić na 4-punktowej skali, od 1=„Na pewno nie” do 4=„Na pewno tak”. Pytanie to było opracowane przez zespół badawczy.

Subiektywna ocena dostępności psychodelików

Podobnie, w sposób bezpośredni zapytano o ocenę poziomu trudności w pozyskaniu substancji psychodelicznych: „*Jak myślisz, jak trudno byłoby Ci zdobyć psychodeliki, gdybyś tego chciał(a)?*”. Pytaniu temu towarzyszyła 5-punktowa skala odpowiedzi, od 1=„Niemożliwe”, 5=„Bardzo łatwo”. Pytanie to było opracowane przez zespół badawczy na potrzeby tego badania.

Elementy wzorów używania psychodelików

Do pomiaru elementów wzorów używania substancji psychodelicznych zastosowano szereg pytań zainspirowanych badaniami użytkowników innych substancji psychoaktywnych (np. Greń et al., 2023a; 2024). Mając na uwadze planowane analizy statystyczne w modelach liniowych, we wszystkich tych pytaniach wykorzystano cztero- lub pięcio-stopniowe skale odpowiedzi. Przygotowanym odpowiedziom towarzyszyły również rubryki „inne, napisz jakie:” lub „ewentualny komentarz:”, z możliwością odpowiedzi tekstowej.

Czynniki farmakologiczne

Dawkowanie

Do pomiaru dawkowania psychodelików zastosowano dwa pytania. Pierwsze z nich dotyczyło określenia zazwyczaj przyjmowanej dawki: „*Jak myślisz, jaką dawkę psychodelików zazwyczaj przyjmujesz?*”, z odpowiedziami na 5-stopniowej skali, od 1=„Bardzo niską” do 5=„Bardzo wysoką”. Natomiast drugie z tych pytań dotyczyło subiektywnej oceny siły działania zazwyczaj przyjmowanych dawek: „*Jak subiektywnie oceniasz siłę działania dawki psychodelików, którą zazwyczaj przyjmujesz?*”. W tym pytaniu odpowiedzi udzielano na 5-stopniowej skali, od „Ledwie wyczuwalna” do 5=„Bardzo silna”.

Pytania te były poprzedzone następującą notatką: „*W tym pytaniu nie chodzi o mikrodawkowanie, za które uznaje się zażywanie minimalnych dawek psychodelików (zazwyczaj od 1/20 do 1/10 dawki rekreacyjnej danej substancji), w celu osiągnięcia pewnych subtelnych korzyści bez wywoływania wyraźnych efektów psychoaktywnych. O mikrodawkowanie zapytamy w dalszej części ankiety*”.

Mieszanie

Respondenci byli pytani zarówno o to czy (i jeśli tak, to jak często) łączyli używane przez siebie psychodeliki ze sobą oraz z innymi substancjami psychoaktywnymi. W obydwu przypadkach wykorzystano bezpośrednie pytania, opracowane przez zespół badawczy na potrzeby tego badania. W pierwszym przypadku zapytano: „*Jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używałeś(aś) więcej niż jednego rodzaju psychodelików przy jednej okazji?*”. Odpowiedzi udzielano na 5-stopniowej skali, od 0=„Nigdy” do 4=„Za każdym razem”.

Dla osób, które wybrały w tym pytaniu jedną z odpowiedzi twierdzących wyświetlano także pytanie uzupełniające: „*Jaką kombinację psychodelików najczęściej stosowałeś(aś), w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (jeśli było ich kilka prosimy o zaznaczenie wybranej, najczęstszej kombinacji)*”. Pytaniu temu towarzyszyła opisana powyżej lista substancji psychodelicznych z możliwością wielokrotnego wyboru.

Natomiast kolejne pytanie do wszystkich respondentów dotyczyło łączenia psychodelików z innymi substancjami: „*Jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 miesięcy, łączyłeś(aś) psychodeliki z innymi substancjami psychoaktywnymi przy jednej okazji?*”. Pytaniu temu towarzyszyła lista rodzajów substancji psychoaktywnych (Tabela 6). Również tutaj użyto 5-stopniowej skali odpowiedzi, od 0=„Nigdy” do 4=„Za każdym razem”.

Czynniki kontekstualne

Kontekst fizyczno-społeczny (otoczenie) oraz społeczno-relacyjny (towarzystwo)

Respondenci byli proszeni o zaznaczenie, gdzie i w jakich okolicznościach (wybór z listy jak w tabeli 23) zazwyczaj używali psychodelików w swoim życiu: „*Jak często w swoim życiu (jeśli w ogóle) używałeś(aś) psychodelików w poszczególnych miejscach lub kontekstach?*”. Analogiczne pytanie zadano również na temat kontekstu społecznego czy towarzystwa w którym przyjmowano psychodeliki: („*Jak często w swoim życiu (jeśli w ogóle) używałeś(aś) psychodelików w określonym towarzystwie?*”, z odpowiedziami jak w tabeli 24. W przypadku obydwu z tych pytań, odpowiedzi zaznaczano na 4-stopniowej skali, od 0=„Wcale” do 3=„Za każdym razem”.

Czynniki osobowe

Motywy/powody używania psychodelików

Do pomiaru motywów czy powodów sięgania po psychodeliki w ciągu życia, wykorzystano pytanie samoopisowe: „*Zaznacz jak często w swoim życiu (jeśli w ogóle) używałeś(aś) psychodelików z następujących powodów lub intencji?*” z listą możliwych odpowiedzi (Tabela 25) oraz analogiczną do poprzednich, 4-stopniową skalą odpowiedzi, od 0=„Wcale” do 3=„Za każdym razem”.

Wybrane doświadczenie psychodeliczne

Zgodnie z instrukcją zamieszczoną wewnątrz ankiety (Obraz 3), część pytań odnosiła się do pojedynczego, niedawnego doświadczenia pod wpływem psychodelików. Pytanie te były analogiczne do pomiarów elementów wzorów używania psychodelików.

Najpierw zadano pytanie: „*Pod wpływem jakiego psychodeliku wydarzyło się to doświadczenie?*”, wraz z listą substancji psychodelicznych (jak w tabeli 15). Następnie zapytano: „*Kiedy miało miejsce to doświadczenie psychodeliczne?*” (z odpowiedziami: „W ostatnim miesiącu”, „W ciągu ostatnich 6 m-cy”, „W ciągu ost. 12 m-cy”, „W ciągu ost. 2 lat”, „W ciągu ost. 3 lat”, „W ciągu ost. 5 lat”, „Dawniej niż 5 lata temu”, „Dawniej niż 10 lat temu”), a także pytanie: „*Które to było Twoje doświadczenie z tym psychodelikiem?*” (z odpowiedziami: „Pierwsze”, „Drugie”, „Trzecie”, „Czwarte”, „Piąte lub więcej”).

Kolejne pytania dotyczyły dawkowania. Tutaj ponownie zapytano najpierw o określenie wielkości dawki: „*Jaką dawkę tego psychodeliku wtedy przyjąłeś(aś)?*”, z odpowiedziami: „Bardzo niską”, „Niską”, „Średnią”, „Wysoką”, „Bardzo wysoką”. Następnie poproszono o subiektywne określenie siły jej działania: „*Jak subiektywnie oceniasz siłę działania dawki, którą wtedy przyjąłeś(aś)?*”, z odpowiedziami na 5-stopniowej skali od 1=„Ledwie wyczuwalna” do 5=„Bardzo silna”).

W dalszych pytaniach respondenci zostali zapytani o czynniki kontekstualne: w tym miejsce „*W jakim miejscu/kontekście wydarzyło się wtedy to doświadczenie psychodeliczne?*”, (z odpowiedziami jak w tabeli 23) oraz towarzystwo: „*W jakim towarzystwie wydarzyło się to doświadczenie psychodeliczne?*”, (z odpowiedziami jak w tabeli 24), a także o główny motyw/powód przyjęcia wtedy tego psychodeliku: „*Jaki był Twój główny powód (czy intencja) przyjęcia wtedy tego psychodeliku?*” (z odpowiedziami jak w tabeli 25).

Na zakończenie tej sekcji uczestnicy odpowiadali na pytanie o zażywanie tego samego dnia również innych substancji psychoaktywnych: „*Czy tego dnia zażywałeś(aś) także jakieś inne substancje psychoaktywne?*”, z prośbą o zaznaczenie jakich (z listy jak w tabeli 6) w przypadku odpowiedzi twierdzącej (z odpowiedziami „Tak” lub „Nie”).

Mikrodawkowanie psychodelików

Mikrodawkowanie było mierzone za pomocą serii pytań opracowanych przez zespół badawczy na potrzeby niniejszego badania. Pytania te były poprzedzone pytaniem o charakterze przesiewowym: „*Czy kiedykolwiek mikrodawkowałeś(aś) psychodeliki?*”, z następującą instrukcją: „*Za mikrodawkowanie uznaje się zażywanie od 1/20 do 1/10 dawki psychoaktywnej danego psychodeliku (np. 5-10 mikrogramów LSD lub 0,1-0,4 g grzybów psylocybinowych)*”.

Osoby, które udzieliły odpowiedzi twierdzącej (na dychotomicznej skali odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”) były proszone: „*Zaznacz, jakie psychodeliki mikrodawkowałeś(aś) w swoim życiu.*”, do czego dołączona była lista substancji psychodelicznych, jak w tabeli 15.

Następnie poproszono respondentów o następujące aspekty:

- intencje swojego mikrodawkowania psychodelików: *„Jakie były Twoje powody lub intencje mikrodawkowania psychodelików?”*, z odpowiedziami jak w tabeli 25 (możliwość wielokrotnego wyboru);
- określenie schematu swojego mikrodawkowania (*„Czy stosowałeś/aś konkretny schemat lub protokół mikrodawkowania?”*), z odpowiedziami jak w tabeli 26 (możliwość wielokrotnego wyboru);
- ocena wpływu mikrodawkowania na różne aspekty ich życia: *„Oceń ogólne efekty mikrodawkowania psychodelików na:”* z odpowiedziami (jak w tabeli 27) zaznaczanymi na 7-stopniowej skali typu Likerta, od 1=„Bardzo negatywnie”, do 7=„Bardzo pozytywnie”, z dodatkową odpowiedzią „Nie dotyczy”;
- ocenę możliwości wystąpienia efektu placebo: (*„Na ile Twoim zdaniem efekty mikrodawkowania wynikały z działania substancji, a na ile były efektem Twoich oczekiwań (efektem placebo)?”*), z odpowiedziami na 7-stopniowej skali typu Likerta, od 1=„Całkowicie efekt placebo” do 7=„Całkowicie działanie substancji”.
- zamiar mikrodawkowania w przyszłości: *„Czy masz zamiar mikrodawkować psychodeliki w przyszłości?”*, z odpowiedziami na 4-stopniowej skali, od 1=„Na pewno nie” do 4=„Na pewno tak”.

Używanie innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych

Do pomiaru częstości używania różnych substancji psychoaktywnych wykorzystano pytanie: *„Zaznacz, wybierając z list, ile razy (jeśli w ogóle) używałeś(aś) innych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (pierwsza kolumna tabeli) oraz ostatnich 30 dni (druga kolumna tabeli): (przez ilość „razy” rozumiemy liczbę wydarzeń/okazji, a nie dawek)”*. W obydwu przypadkach respondenci udzielali odpowiedzi na 7-punktowej skali, od 0=„Nigdy” do 6=„40+ razy”. Pytanie to obejmowało nadrzędne rodzaje substancji psychoaktywnych, definiowane poprzez ich psychofarmakologiczny profil działania: „Marihuana”, „Syntetyczne kannabinioidy”, „Amfetamina lub jej pochodne”, Mefedron lub inne pochodne katynonu”, „Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP)”, „Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol)”, „Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny)”.

Częstość spożywania alkoholu mierzono za pomocą pytania: *„Ile razy (jeśli w ogóle) piłeś(aś) jakikolwiek napój alkoholowy? (przez ilość „razy” rozumiemy liczbę wydarzeń/okazji, a nie*

dawek)”, na które respondenci udzielali odpowiedzi w dwóch rzędach: „W ciągu ostatnich 12 miesięcy...” oraz „W ciągu ostatnich 30 dni...”. Skale odpowiedzi były 7-stopniowe, od 0=„Nigdy” do 6=„40+ razy”.

Następnie zapytano o używania papierosów i innych wyrobów nikotynowych: „*Czy palisz tytoń (np. w formie papierosów tradycyjnych)?*” respondenci mogli zaznaczyć odpowiedzi na

6-punktowej skali odpowiedzi, od 0=„Nie–nigdy nie paliłem(am)”, do 5=„Tak–palę codziennie”. Natomiast w drugim, z analogiczną skalą odpowiedzi, zapytano o to „*Czy używasz nikotyny w formie innej niż papierosy (np. e-papierosy lub podgrzewacze tytoniu)?*”.

Powyższy zestaw pytań dotyczących częstości używania substancji psychoaktywnych innych niż psychodeliki został zaczerpnięty z dotychczasowych badań wśród osób używających różnych substancji psychoaktywnych (Greń i in., 2023a; 2024).

Negatywne konsekwencje używania substancji psychodelicznych

Pytanie dotyczące trudności i szkód związanych z przyjmowaniem psychodelików zostało zadane w drugiej części ankiety, a więc dotyczyło wybranego, pojedynczego doświadczenia psychodelicznego. Do ich pomiaru wykorzystano skalę obejmującą listę niekorzystnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem psychodelików (30 itemów; Tabela 32). Lista ta została opracowana na podstawie wyników badań jakościowych (Greń i in., 2022; Palmer i Maynard, 2022; Evans i in., 2023), a także z uwzględnieniem dostępnych narzędzi (Barrett i in. 2016; de Deus Pontual i in., 2023; Calder & Hasler, 2024). Respondenci udzielali odpowiedzi na 5-stopniowej skali, która miała na celu uchwycenie nie tylko samego występowania danych konsekwencji, ale także określenie stopnia wywołanych przez nie problemów. Skala przyjmowała wartości od 1=„Wcale nie było dotkliwe” do 5=„Bardzo dotkliwe”, uwzględniono także odpowiedź 0=„Nie dotyczy”. Całość poprzedzona była instrukcją: „*Oceń DOKTLIWOŚĆ (nasilenie) jakie następujące konsekwencje tego (wybranego) doświadczenia psychodelicznego wywołały w Twoim życiu lub funkcjonowaniu. Chodzi o konsekwencje, które utrzymywały się PRZEZ CO NAJMNIEJ JEDEN DZIEŃ PO DOŚWIADCZENIU psychodelicznym (a nie o efekty w trakcie tego doświadczenia)*”.

Strategie ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z używaniem psychodelików

Do pomiaru rodzaju oraz częstości stosowania strategii redukcji szkód i maksymalizacji korzyści związanych z psychodelikami wykorzystane zostało narzędzie opracowane przez zespół badawczy. Składający się na nie zestaw itemów prezentujących poszczególne zachowania/działania czy strategie behawioralne, został przygotowany na podstawie dotychczasowych badań własnych, w tym badań ilościowych oraz jakościowych nad strategiami redukcji szkód związanych z używaniem różnych substancji psychoaktywnych przez polską młodzież (Greń i in., 2022), (Greń i in., 2023). Dodatkowo, źródłem specyficznych dla psychodelików strategii redukcji szkód były wyniki dotychczasowych badań zagranicznych w tym zakresie (przytoczone w części wprowadzającej niniejszego raportu). Finalny zestaw itemów został zweryfikowany na podstawie analiz psychometrycznych oraz informacji zwrotnych pozostawionych przez część respondentów w ramach badania pilotażowego.

Narzędzie to składało się z trzech części, odpowiadających kolejno strategiom stosowanym przed (20 itemów; Tabela 34), w trakcie (14 itemów; Tabela 35), oraz po używaniu psychodelików (12 itemów; Tabela 36). Respondenci byli pytani o to, które z poszczególnych strategii zastosowali w przypadku swojego wybranego doświadczenia pod wpływem psychodelików: *Poniżej znajduje się lista zachowań/strategii, które można zastosować PRZED UŻYWANIEM PSYCHODELIKÓW w celu ograniczenia związanych z tym szkód i/lub zmaksymalizowania potencjalnych korzyści. Które z nich (jeśli w ogóle) zastosowałeś(aś) w przypadku tego (wybranego) doświadczenia z psychodelikami?*). Skala odpowiedzi dotyczyła również subiektywnej oceny tego, czy zastosowanie konkretnej strategii okazało się pomocne (o ile w ogóle miało miejsce). Odpowiedzi udzielano na 5-punktowej skali, od 0=”Nie zastosowałem(am)”, przez 2=”Zastosowałem(am), ale trudno mi powiedzieć, czy było to pomocne”, do 4=”Zastosowałem(am) i było to bardzo pomocne”.

W dalszej kolejności zamieszczono pytanie kontrolne, które miało na celu oszacowanie tego, na ile wybrane doświadczenie psychodeliczne, na podstawie którego uczestnicy udzielali swoich odpowiedzi, było reprezentatywne w kontekście historii ich doświadczeń z psychodelikami. W pytaniu tym respondenci byli proszeni o dokończenie trzech zdań: „W przypadku tego (wybranego) doświadczenia z psychodelikami...”:
1) „...zastosowałem(am) wyżej wymienione zachowania/strategie...”;
2) „...doświadczyłem(am) trudności pod wpływem...”; 3) „...zaobserwowałem(am) późniejsze korzyści”. Odpowiedzi udzielano na 6-stopniowej skali, od 0=”Nie dotyczy – używałem psychodeliku/ów tylko jeden raz”, i 1=”...w ZDECYDOWANIE MNIEJSZYM stopniu niż w przypadku moich innych moich doświadczeń z

psychodelikami”, do 5=”...w ZDECYDOWANIE WIĘKSZYM stopniu niż w przypadku moich innych moich doświadczeń z psychodelikami”.

Subiektywne efekty używania substancji psychodelicznych

Challenging Experience Questionnaire Brief (CEQ-7)

Kwestionariusz ten (w skróconej wersji) składał się z siedmiu itemów, poprzedzonych pytaniem: „Oceń W JAKIM STOPNIU, w dowolnym momencie tego (wybranego) doświadczenia psychodelicznego, miałeś(aś) następujące przeżycia lub doznania:”, wraz instrukcją: „przez “Bardzo słabo” rozumiemy “w tak niewielkim stopniu, że trudno to ocenić”; przez “Silnie” rozumiemy “zbliżone w nasileniu do innych silnych doświadczeń w Twoim życiu”; natomiast “Ekstremalnie” znaczy “bardziej niż kiedykolwiek w Twoim życiu”. Odpowiedzi udzielano na 6-stopniowej skali, od 0=”Wcale”, do 5=”Ekstremalnie”.

Opracowanie CEQ (Barrett i in. 2016) zostało oparte na danych wskazujących, że psychodeliki mogą wywoływać trudne doświadczenia, które obejmują nieprzyjemne uczucia, problemy poznawcze, zmiany percepcji oraz objawy fizjologiczne. Skala ta została poddana licznym analizom psychometrycznym, a jej ostateczna wersja została zaproponowana jako samodzielny instrument składający się z 26 pozycji, które tworzą siedem czynników. Narzędzie to było wykorzystane w wielu badaniach populacyjnych wśród osób używających psychodelików (przegląd: de Deus Pontual i in., 2023). Jak dotąd nie zostało jednak wykorzystane w badaniach prowadzonych w Polsce, w związku z czym wymagało uprzedniej adaptacji językowo-kulturowej. W niniejszym projekcie wykorzystaliśmy skróconą wersję kwestionariusza, która składa się z 7 itemów, odpowiadających siedmiu czynnikom pełnej wersji kwestionariusza CEQ (Stickland i in., 2024): lęk, rozpacz, fizyczne objawy niepokoju, poczucie popadania w obłąd, poczucie izolacji/osamotnienia, poczucie umierania/śmierci, paranoja/myśli prześladowcze.

Mystical Experience Questionnaire Brief (MEQ-4)

Skala MEQ została opracowana w połowie lat sześćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych w celu pomiaru doznań mistycznych wywołanych działaniem psylocybiny (Pahnke, 1963). Skala ta była wykorzystana w wielu badaniach nad doświadczeniami psychodelicznymi oraz poddana kilku adaptacjom językowym i badaniom psychometrycznym (przegląd: de Deus Pontual i in., 2023). W prezentowanym badaniu

wykorzystano skróconą wersję, (Stickland i in., 2024), która składa się z czterech itemów, poprzedzonych instrukcją:

„Oceń W JAKIM STOPNIU, w dowolnym momencie tego (wybranego) doświadczenia psychodelicznego, miałeś(aś) następujące przeżycia lub doznania:” (np. poczucie jedności, sacrum/świętości lub wglądu w ostateczną rzeczywistość). Uczestnicy udzielali odpowiedzi na 6-stopniowej skali, od 0=„Wcale”, do 5=„Ekstremalnie”. Skala MEQ nie była dotychczas stosowana w badaniach realizowanych w Polsce, w związku z czym wymagała adaptacji językowo-kulturowej.

Emotional Breakthrough Inventory (EBI)

Narzędzie EBI (Roseman i in., 2019) zostało opracowane w celu oceny doświadczeń tzw. „przełomów emocjonalnych”, czyli intensywnych przeżyć które mogą zakończyć się przezwycięzeniem emocjonalnych i pamięciowych blokad. Narzędzie to zostało opracowane na podstawie skali dobrostanu psychicznego Warwick-Edinburgh. EBI składa się z sześciu itemów (np. Zmierzyłem/am się z trudnymi emocjami, które zwykle odsuwam na bok), po każdym z których następuje numeryczna skala odpowiedzi typu VAS. Na potrzeby niniejszego badania wykorzystano jednak skalę odpowiedzi tylko Likerta (7-stopniową; od 1=„Całkowicie się nie zgadzam”, do 7=„Całkowicie się zgadzam”). EBI było już wykorzystane w badaniach populacyjnych wśród osób używających psychodelików (przegląd: de Deus Pontual i in., 2023), nie zostało jednak zastosowane w badaniach prowadzonych w Polsce. Narzędzie to wymagało więc adaptacji językowo-kulturowej.

Psychological Insight Scale (PIS)

PIS (Peill i in., 2022) to skala składająca się z siedmiu itemów, zawierających pytania dotyczące spostrzeżeń psychologicznych po doświadczeniu psychodelicznym (pierwsze 6 itemów) oraz towarzyszących mu zmianach behawioralnych (item 7). Narzędzie to nie było jak dotąd wykorzystywane w badaniach prowadzonych w Polsce, w związku z tym zostało poddane adaptacji językowo-kulturowej w ramach niniejszego projektu. Siedem itemów było poprzedzonych instrukcją: *„Oceń na ile, jeśli w ogóle, zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami dotyczącego tego (wybranego) doświadczenia psychodelicznego”* (np. Stałem się bardziej świadomy pewnych aspektów samego/samej siebie, które ignorowałem/am lub z których nie w pełni zdawałem/am sobie sprawę). Respondenci udzielali odpowiedzi na 7- stopniowej skali typu Likerta, od 1=„Całkowicie się nie zgadzam”, do 7=„Całkowicie się zgadzam”.

Experienced Integration Scale (EIS)

Skala EIS została opracowana w celu pomiaru dynamiki doświadczeń po zażyciu psychodelików oraz lepszemu zrozumieniu konstruktowi integracji psychodelicznej (Frymann i in., 2022). Uczestnicy proszeni są o zaznaczenie stopnia w jakim zgadzają się z dwunastoma itemami dotyczącymi emocjonalnego przeżycia swojego doświadczenia psychodelicznego jako zintegrowanego. Skala odpowiedzi jest 5-stopniowa, od 1=„Zdecydowanie się nie zgadzam” do 5=„Zdecydowanie się zgadzam”. Jest to poprzedzone instrukcją: *„Oceń, z perspektywy czasu, który upłynął od tego doświadczenia psychodelicznego, NA ILE ZGADZASZ SIĘ z poniższymi stwierdzeniami”* (np. *Odczuwam w moim życiu korzyści płynące z doświadczenia psychodelicznego*). Na potrzeby niniejszego projektu przeprowadzono adaptacje językowo-kulturową tej skali.

Subiektywna ocena wpływu używania psychodelików

W celu pomiaru subiektywnej oceny wpływu używania psychodelików na różne aspekty życia, respondenci byli proszeni o odpowiedź na trzy pytania rozpoczynające się instrukcją: *„Oceń jak (jeśli w ogóle) używanie przez Ciebie psychodelików (OGÓLNIEM, W CIĄGU CAŁEGO ŻYCIA) przyczyniło się...”*: 1) *„...do Twojej aktualnej oceny jakości swojego życia?”*, 2) *„...do Twojej aktualnej oceny swojego zdrowia psychicznego?”*, oraz 3) *„...do Twojej aktualnej oceny swojego zdrowia fizycznego?”*. Uczestnicy udzielali odpowiedzi na 5-punktowej skali typu Likerta, od 1=„Na pewno pogorszyło” do 5=„Na pewno poprawiło”.

Analogiczne pytanie (z tą samą skalą odpowiedzi) zadano również po serii pomiarów dotyczących wybranego doświadczenia pod wpływem psychodelików: *„Jak to Twoje (wybrane) doświadczenie psychodeliczne wpłynęło...”*, 1) *„...na Twoje zdrowie i samopoczucie psychiczne?”*, 2) *„...na Twoje zdrowie i samopoczucie fizyczne?”*, 3) *„...na Twoje relacje z innymi?”*.

Dodatkowo, po serii pytań dotyczących historii diagnoz, zapytano również o subiektywną ocenę wpływu używania psychodelików na indywidualne diagnozy zaburzeń lub chorób psychicznych: *„Oceń jak, w ogólnym rozrachunku, używanie przez Ciebie psychodelików przyczyniło się do występowania objawów Twoich(Twojej) diagnoz(y)?”* Uczestnicy odpowiadali na 5-punktowej skali typu Likerta, od 1=„Na pewno pogorszyło” do 5=„Na pewno poprawiło”.

Wskaźniki zdrowia psychicznego

Ogólna subiektywna ocena zdrowia

W celu pomiaru ogólnej, subiektywnej oceny własnego zdrowia psychicznego i fizycznego respondenci odpowiadali na trzy pytania. Każde z nich rozpoczynało się od następującego wprowadzenia: „*Jak, na dzień dzisiejszy, oceniasz...*”: 1) „*...jakość swojego życia?*” 2) „*...swój stan zdrowia psychicznego?*”, 3) „*...swój stan zdrowia fizycznego?*”. Pytania te zawierały 5- punktową skalę typu Likerta, z odpowiedziami od 1=„Bardzo źle” do 5=„Bardzo dobrze”.

Historia diagnoz psychiatrycznych lub innych

Pierwszym pytaniem do tego pomiaru historii diagnoz było pytanie o charakterze przesiewowym: „*Czy lekarz psychiatrii, psycholog lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną?*”, z dychotomiczną skalą odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Respondentom, którzy udzielili odpowiedzi twierdzącej, wyświetlona została następnie lista diagnoz, z możliwością wielokrotnego wyboru. Możliwe do zaznaczenia diagnozy obejmowały: „Depresję”, „Depresję lekooporną”, „Zaburzenia lękowe”, „Fobie”, „Epizod maniakalny (np. hipomania, mania)”, „Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD)”, „Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)”, „Schizofrenia/psychozy”, „Zespół stresu pourazowego (PTSD)”, „Zaburzenia dysocjacyjne”, „Uzależnienia”, „Zaburzenia somatyzacyjne (np. hipochondryczne)”, „Zaburzenia odżywiania (np. anoreksja, bulimia)”, „Zaburzenia snu”, „Dysfunkcje seksualne”, „Zaburzenia osobowości typu borderline”, „Inne zaburzenia osobowości”, „Spektrum autyzmu”, „Zaburzenia hiperkinetyczne (np. ADHD, ADD)”, „Zaburzenia zachowania”, a także pytanie otwarte o zdiagnozowanie innej niż wymienione choroby/zaburzenia psychicznego.

Tendencje samobójcze

Do pomiaru występowania tendencji samobójczych wykorzystana została skala składająca się z 5 pytań. Cztery z nich miały wspólną 4-punktową skalę odpowiedzi (od 0=„Nie” do 3=„Tak, kilkanaście razy lub więcej razy”), oraz wspólną pierwszą część instrukcji: „*Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy...*”: 1) „*...czuleś(aś) się tak źle, że pragnęś(ęłaś) umrzeć?*”, 2) „*...przychodziły Ci do głowy myśli samobójcze?*”, 3) „*...próbowaś(aś) zrobić sobie krzywdę?*”, 4) „*...planowaś(aś) sposób odebrania sobie życia?*”. Natomiast pytanie ostatnie brzmiało „*Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy próbowaś(aś) popełnić*

samobójstwo?”. Tutaj, skala odpowiedzi była również 4-stopniowa, od 1=„Nie” do 4=„Tak, trzy i więcej razy”.

Ten zestaw pytań jest adaptacją skali dotyczącej tendencji samobójczych zaczerpniętych z polskiej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Neuropsychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży – MINI Kid 2.0 (Adamowska, 2012; Moskalewicz i Wciórka, 2021). Skala była ponadto wykorzystywana w badaniach populacyjnych wśród młodych dorosłych używających różnych substancji psychoaktywnych (np. Greń i in., 2023).

Czynniki psychospołeczne

Cechy osobowości w modelu Wielkiej Piątki

Do pomiaru cech osobowości zgodnych z pięcioczynnikowym modelem osobowości (tzw. „Wielkiej Piątki”) wykorzystana została polska adaptacja skali Ten-Item Personality Inventory (TIPI-PL; Sorokowska, Sorokowski i Zbieg, 2014). Skala ta składa się z dziesięciu pytań poprzedzonych wprowadzeniem: *„Spostrzegam siebie jako osobę...”*. Respondenci udzielali odpowiedzi na poszczególne pytania na 7-stopniowej skali typu Likerta (od 1=„Zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7=„Zdecydowanie zgadzam się”). TIPI-PL umożliwia pomiar pięciu podstawowych cech (ekstrawersja; stabilność emocjonalna, czyli przeciwieństwo neurotyczności; otwartość na doświadczenie; ugodowość i sumienność), które stanowią najbardziej ogólne i ponadkulturowe wymiary osobowości. W tabeli 13 zestawiono poszczególne wskaźniki (pytania), składające się na tę skalę.

Impulsywność

Do pomiaru nasilenia cech samokontroli/impulsywności zastosowano narzędzie Impulsivity Scale-12. Jest to skrócona wersja klasycznego narzędzia Barratt Impulsiveness Scale (BIS), która została poddana adaptacji i zastosowana w polskich badaniach wśród użytkowników substancji psychoaktywnych (Szczypiński i in., 2021). Narzędzie to składa się z dwunastu itemów (tabela 14), poprzedzonych instrukcją: *„Zaznacz na ile (jeśli w ogóle) poszczególne stwierdzenia odnoszą się do Ciebie:”* (np. „Dokładnie planuje to, co mam do zrobienia).

Respondenci proszeni są o udzielenie odpowiedzi na 4-stopniowej skali, od 1=„Nigdy lub rzadko”, do 4=„Zawsze”.

Postawy wobec psychodelików

Opublikowana niedawno skala Concerns and Openness towards Psychedelics Scale (COPS) została opracowana przez zespół z Uniwersytetu Warszawskiego w celu oceny postaw wobec substancji psychodelicznych (Holas, Kamińska & Zajenkowski, 2025b). Skala COPS składa się z 10 itemów podzielonych na dwie podskale: *Otwartość wobec psychodelików* (Openness towards Psychedelics) mierząca wskaźniki otwartości i zainteresowanie terapeutycznym zastosowaniem psychodelików oraz *Obawy wobec psychodelików* (Concerns about Psychedelics), która odnosi się do obaw dotyczących zagrożeń związanych z tymi substancjami (Tabela 29). Respondenci udzielają odpowiedzi na 6-stopniowej skali, od „Zdecydowanie się nie zgadzam”, do „Zdecydowanie się zgadzam”.

Wskaźniki poglądów metafizycznych

W niniejszym badaniu wykorzystano także dwa kwestionariusze służące do pomiaru poglądów metafizycznych: *Metaphysics Matrix Questionnaire* (MMQ) oraz *Core Metaphysical Beliefs Questionnaire* (CMBQ). Kwestionariusz MMQ został opracowany jako narzędzie umożliwiające ilościową ocenę szerokiego spektrum metafizycznych przekonań w kontekście badań nad odmiennymi stanami świadomości, uwzględniając zarówno ujęcia fizykalistyczne, jak i niefizykalistyczne (Rennie, Sjöstedt-Hughes & Morgan, 2023; Sjöstedt-Hughes, 2023).

Drugim narzędziem był CMBQ, który został zaprojektowany do badań nad zmianami przekonań metafizycznych związanymi z użyciem psychodelików. Kwestionariusz ten obejmuje szeroki zakres przekonań metafizycznych – od materializmu po idealizm oraz przekonania pośrednie i alternatywne (Jylkkä i in., 2024). Z puli itemów CMBQ wybrano te, które charakteryzowały się najwyższymi ładunkami w odniesieniu do tych przekonań, które nie zostały uwzględnione w MMQ. Ponadto wyłączono itemy CMBQ, które w dotychczasowych badaniach użytkowników psychodelików nie ulegały zmianom, nie są elementem MMQ i nie zostały uwzględnione w analizie badania opublikowanego przez Jylkkä in wsp. (2024).

Żaden z wykorzystanych kwestionariuszy nie był wcześniej tłumaczony na język polski. W związku z tym wybrane itemy zostały przetłumaczone przez dwie osoby z zespołu badawczego. Następnie dokonano ujednolicenia obu wersji tłumaczenia w celu

zapewnienia spójności semantycznej i klarowności formułowanych twierdzeń. Z powodów technicznych, liczba itemów została zawężona do tych reprezentujących dominujące poglądy metafizyczne. Ostatecznie w analizie uwzględniono cztery itemy pochodzące z MMQ (obejmujące religijność, fizykalizm, determinizm i pseudo-emergentyzm), oraz dziesięć itemów z CMBQ (reprezentujących idealizm, dualizm, scjentyzm, materializm, moralny realizm, monizm, ontologię procesu, symulacjonizm, teleologię i perspektywizm).

Procedurę pomiaru oparto na oryginalnej skali odpowiedzi MMQ, przetłumaczonej na język polski, w której respondenci retrospektywnie oceniali stopień, w jakim zgadzali się z danym twierdzeniem przed pierwszym doświadczeniem psychodelicznym (od „Zdecydowanie się nie zgadzam” do „Zdecydowanie się zgadzam”). Aby umożliwić ocenę relatywnej zmiany po swoich doświadczeniu/ach psychodelicznym/ch (subiektywnie ocenianego wpływu psychodelików), wprowadzono dodatkową skalę odnoszącą się do zmian w stopniu zgody (od „Zgadzam się dużo mniej” do „Zgadzam się dużo bardziej”), co pozwoliło uchwycić kierunek i natężenie zmian w przekonaniach metafizycznych.

Ponadto w badaniu uwzględniono trzy pytania pochodzące z wcześniejszych badań ankietowych online. Jedno z nich zostało zaczerpnięte z narzędzia używanego w badaniach nad efektami ayahuaski, dotyczącego doświadczeń negatywnego kontaktu energetycznego lub szkodliwego oddziaływania z tzw. „światem duchowym” (Bouso i in., 2022). Pozostałe dwa pytania oparto na ankiecie przeprowadzonej przez zespół Julesa Evansa w ramach badań dotyczących przekonań metafizycznych użytkowników psychodelików oraz terapeutów zajmujących się integracją doświadczeń psychodelicznych (Evans i in., 2024). Pytania te nie były wcześniej oficjalnie tłumaczone na język polski oraz nie stanowią dosłownych tłumaczeń – ich redakcja była wynikiem wewnętrznych dyskusji zespołu badawczego mających na celu uzyskanie klarownych, zrozumiałych i informatywnych wersji w języku polskim.

Pozostałe wskaźniki

Respondenci zostali poproszeni także o określenie stopnia w jakim zgadzają z dwoma stwierdzeniami dotyczącymi bilansu zagrożeń i korzyści związanych z używaniem psychodelików: 1) „*Uważam, że korzyści wynikające z używania psychodelików W ODPOWIEDNICH WARUNKACH, warte są podjęcia związanego z tym ryzyka.*”, 2) „*Uważam, że korzyści wynikające z psychodelików, warte są podjęcia związanego z tym ryzyka, NIEZALEŻNIE OD WARUNKÓW w których są zażywane*”. W obu przypadkach

odpowiedzi udzielano na 6-stopniowej skali od 1 = „Zdecydowanie się nie zgadzam”, do 6 = „Zdecydowanie się zgadzam”. Pierwsza wersja tego pytania została zaczerpnięta z badania Evans i in. (2023). Natomiast druga stanowi nasze własne opracowanie.

Drugi z opracowanych na potrzeby tego badania zestaw pytań dotyczył oceny postaw wobec statusu prawnego substancji psychodelicznych w Polsce. Respondentom zostało zadane pytanie o to, czy: „*Psychodeliki w Polsce powinny być...*”, z odpowiedziami wielokrotnego wyboru: 1) „legalne – aby każda osoba dorosła mogła mieć prawo z nich korzystać”, 2) „zdepenalizowane lub zdekryminalizowane – aby kary za ich posiadanie były zniesione lub złagodzone”, 3) „dostępną formą leczenia – aby można było z nich korzystać tylko pod okiem lekarzy/terapeutów (ale nie rekreacyjnie)”, 4) „nielegalne – jak obecnie”; a także rubryką „inne, napisz jakie”.

Dane socjodemograficzne

W badaniu uwzględnione zostały następujące zmienne socjodemograficzne. Do pomiaru **płci** wykorzystano dwa pytania: 1) „Twoja płeć (biologiczna/przypisana):” z odpowiedziami „Żeńska” lub „Męska”, oraz 2) „Czy czujesz się osobą niebinarną? (Osoba niebinarna to taka, która nie identyfikuje się wyłącznie jako mężczyzna lub kobieta)”, z odpowiedziami „Tak” lub „Nie”. **Wiek** można było wybrać z rozsuwanej listy; doprecyzowano przy tym, że chodzi o „liczbę ukończonych lat”. Pytanie o **miejsce zamieszkania** uwzględniało odpowiedzi: „Wieś”, „Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)”, „Średnie miasto (od 20 do 100 tys. mieszkańców)”, „Duże miasto (od 100 do 500 tys. mieszkańców)”, „Bardzo duże miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)”. Następnie zapytano o aktualnie zamieszkiwane **województwo** (z listą wszystkich województw oraz dodatkową odpowiedzią „mieszkam poza Polską”). Respondenci odpowiadali także na pytanie o swoją **narodowość**, w przypadku czego mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź z listy: „polska”, „ukraińska”, „białoruska”, „czeska”, „niemiecka”, „litewska”, „słowacka”, „gruzińska”, „rosyjska”, oraz „inna, napisz jaka:”. W dalszej kolejności uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na pytanie o swoje **ukończone wykształcenie** („podstawowe”, „gimnazjalne”, „zasadnicze zawodowe”, „średnie”, „licencjackie/inżynierskie”, „magisterskie” oraz „doktorskie lub wyższe”), **aktualnie zajęcie**, z odpowiedziami do wyboru: „uczę się”, „studiuje”, „pracuję”, „jestem bezrobotny(a)”, „jestem na rencie/emeryturze”), a także na pytanie o subiektywną ocenę swojej sytuacji materialnej: „Jaka w Twojej ocenie jest Twoja aktualna sytuacja materialna?”, z możliwymi odpowiedziami: „Bardzo zła (znacznie poniżej przeciętnej)”, „Zła (poniżej przeciętnej)”, „Przeciętna”, „Dobra (powyżej przeciętnej)”, „Bardzo dobra (znacznie powyżej przeciętnej)”.

5. Analizy statystyczne

Przygotowanie bazy danych do analiz

Po zamknięciu możliwości wypełniania ankiety online (zakończeniu fazy zbierania danych), baza danych została przygotowana do analiz statystycznych. Łączna liczba osób, które rozpoczęły wypełnianie ankiety, ale niekoniecznie ją zakończyły, to 5531. W pierwszej kolejności z bazy danych odrzucono respondentów, którzy ukończyli ankietę w mniej niż 5 minut oraz osoby, które odpowiedziały na mniej niż 60 pytań; z bazy danych usunięto także ankiet osób, które nie spełniały kryteriów włączenia do badania (tj. osoby niepełnoletnie, brak wyrażenia zgody na udział w badaniu oraz osoby, które nie używały żadnej substancji psychodelicznej w ciągu życia). Zredukowało to ostateczną liczbę respondentów do 3390.

Uzyskana w ten sposób baza danych posłużyła do eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej z wykorzystaniem wielokrotnej imputacji, co zostało opisane poniżej. Dane zostały dodatkowo przygotowane przed przeprowadzeniem analiz opisowych. Do identyfikacji osób z niewiarygodnymi wzorcami odpowiedzi posłużył algorytm auto-korelacyjny (Gottfried i in., 2022) zaimplementowany w pakiecie responsePatterns (Tomas i Jaroslav, 2021) w oprogramowaniu R (R Core Team, 2024). Dane osób zidentyfikowanych tą metodą oraz tych, którzy nie udzielili poprawnych odpowiedzi na pytania kontrolne zostały usunięte przed przeprowadzeniem analiz opisowych. Analizami objęto natomiast osoby, które zadeklarowały wiek powyżej 35 roku życia, co stanowiło ok. 20% wszystkich respondentów.

Analizy statystyczne

Przeprowadzono analizy opisowe z porównaniami pomiędzy podgrupami zbioru danych, a także analizy psychometryczne (w tym analizy regresji liniowej), dotyczące opracowania, adaptacji i walidacji skal pomiarowych. Wszystkie analizy danych zostały przeprowadzone za pomocą oprogramowania statystycznego SPSS (v26) oraz R 4.3.3 (R Core Team, 2024).

Analizy opisowe

Na potrzeby opisu poszczególnych zmiennych zastosowano analizy frekwencji, średnie i odchylenia standardowe oraz pomiary normalności rozkładu. Wykorzystano także analizy

korelacji oraz porównania między podgrupami za pomocą testów t-Studenta oraz jego nieparametryczny odpowiednik, test U Manna-Whitney'a, dla prób niezależnych.

Adaptacja i walidacja skal pomiarowych

Celem zaadoptowania wybranych skal pomiarowych wykorzystywanych w badaniach zagranicznych (CEQ-7, MEQ-4, PIS, EBI oraz EIS), zastosowano wieloetapowy proces oparty na rekomendowanych praktykach w zakresie adaptacji i walidacji narzędzi pomiarowych (Boateng i in., 2018; Klimas, 2021).

Pierwszym etapem była adaptacja językowo-kulturowa. Zadanie to podjęły trzy osoby w różnym wieku oraz z różnym poziomem znajomości tematyki psychodelików, a także metodologii opracowywania skal pomiarowych. Osoby te otrzymały dokument z pełnym zbiorem oryginalnych instrukcji i itemów składających się na poddawane adaptacji skale pomiarowe, zadaniem było indywidualne ich przetłumaczenie na język polski. Następnie, osoby te, wraz z dwoma badaczami, stworzyli pięcioosobowy zespół, który w ramach serii kilku spotkań (offline) podejmował konsensualne decyzje odnośnie do finalnych tłumaczeń poszczególnych instrukcji i itemów. Chodziło nie tylko o jak najwierniejszy przekład z języka angielskiego, ale także o zapewnienie zrozumiałości poszczególnych tłumaczeń.

Tak przygotowane polskie wersje skal pomiarowych zostały następnie włączone do pilotażowego narzędzia pomiarowego i poddane badaniu pre-pilotażowemu. W ramach tego badania, dziesięć osób (innych niż te, które przygotowały adaptację skal/ itemów) wypełniło roboczą wersję ankiety online po czym, w indywidualnych rozmowach telefonicznych, zbierane były od nich informacje zwrotne. Szczególną uwagę zwracano na zrozumiałość poszczególnych instrukcji i itemów składających się na adaptowane skale pomiarowe (sprawdzanie trafności treściowej).

Kolejnym etapem było badanie pilotażowe, które objęło kilkaset osób. Na podstawie uzyskanych wyników przeprowadzono walidację adaptowanych skal pomiarowych. W tym celu wykonano weryfikację adekwatności struktury zmiennych latentnych za pomocą analiz czynnikowych oraz weryfikację spójności wewnętrznej i ważności pomiaru za pomocą analiz rzetelności α Cronbacha. Ostatnim krokiem (na etapie badań pilotażowych) było sprawdzenie trafności (*validity*) za pomocą analiz korelacji z takimi zmiennymi badania jak: częstość używania psychodelików, nasilenie negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików oraz ocena wpływu używania psychodelików na wybrane aspekty życia.

Analizy psychometryczne

Eksploracyjna (EFA) oraz confirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) zostały przeprowadzone za pomocą oprogramowania R, wersja 4.3.3 (R Core Team, 2024), z wykorzystaniem pakietów *with the lavaan* (Rosseel, 2012), *lavaan.mi* (Jorgensen, 2024), *semTools* (Jorgensen, Pornprasertmanit, Schoemann, & Rosseel, 2021), *mifa* (Nassiri, Lovik, Molenberghs, Verbeke, & Busch, 2025), i *psych* (Revelle, 2020). Z powodu braków danych, zarówno w przypadku EFA jak i CFA zastosowano wielokrotną imputację wykorzystując algorytm MICE (multiple imputation by chained equations) (Bartlett, Klammer, Buyske, Petrill, & Ray, 2019; Lim & Cheung, 2022; Nassiri et al., 2025) oraz 100 imputowanych zestawów danych.

Eksploracyjna analiza czynnikowa

W każdym ze 100 imputowanych zestawów danych obliczono macierz kowariancji oraz macierz korelacji polichorycznych, które następnie zostały uśrednione, po czym na tak uśrednionych danych przeprowadzono dalsze analizy. W celu sprawdzenia czy dane spełniają założenia EFA zastosowano test sferyczności Barletta oraz test K-M-O. Następnie za pomocą metody skumulowanego procenta wariancji określono liczbę czynników dla każdej testowanej skali – zastosowano liczbę czynników odpowiadających więcej niż 50% skumulowanej wyjaśnianej wariancji. Do wyodrębnienia czynników zastosowano w pierwszej kolejności metodę osi głównych, zaś w przypadku problemów ze zbieżnością algorytmu metodę nieważonych najmniejszych kwadratów. W obu przypadkach zastosowano rotację OBLIMIN. W kolejnym kroku, z kwestionariuszy usunięto pozycje, których ładunki czynnikowe nie przekraczały 0,300. W przypadku, gdy któraś z pozycji skali łądowała dwa czynniki na podobnym poziomie przydział do konkretnego czynnika został podjęty na podstawie analizy tematycznej czynników i treści pozycji. Rzetelność została określona za pomocą α Cronbacha. W przypadku skal CEQ-7 oraz MEQ-4 przeprowadzono wyłącznie analizę rzetelności, ponieważ, CEQ-7 jest skróconą wersją skali CEQ, zaś MEQ-4 jest skróconą wersją skali MEQ-30 (Strickland, Garcia-Romeu, & Johnson, 2024). Każdy z nich zawiera jedną pozycję przyporządkowaną do jednego czynnika, co uniemożliwia przeprowadzenie analizy czynnikowej.

Konfirmacyjna analiza czynnikowa

W każdym ze 100 imputowanych zestawów danych przeprowadzono CFA a następnie otrzymane statystyki zostały zsumowane za pomocą metody D4 (Grund, Lüdtke, & Robitzsch,

2021) zaimplementowanej w pakiecie lavaan.mi. W analizie wykorzystano odporny estymator największej wiarygodności (robust maximum likelihood) ponieważ jest on odpowiednim wyborem do skal, które wykorzystują 5-stopniową (lub większą) skalę Likerta (Rhemtulla, Brosseau-Liard, & Savalei, 2012). Dla każdej skali testowano oryginalną strukturę czynnikową. Do określenia dopasowania modeli do danych wykorzystano następujące miary CFI, TLI ($\geq 0,95$), RMSEA ($\leq 0,06$), i SRMR ($\leq 0,08$) (Hu & Bentler, 1999).

Analiza trafności

W celu sprawdzenia trafności kryterialnej poszczególnych skal PROMIS wykonano analizę korelacji *rho* Spearmana ze skalami mierzącymi pozytywne i negatywne efekty zażywania psychodelików.

6. Ograniczenia

Niniejsze badanie cechowało kilka ograniczeń metodologicznych. Po pierwsze, badanie to miało charakter przekrojowy, co uniemożliwia wyciąganie wniosków na temat związków przyczynowo-skutkowych stwierdzonych zależności. Po drugie, dobór próby tego badania był celowy. Skutkuje to brakiem reprezentatywności próby badawczej, co z kolei uniemożliwia m.in. oszacowanie rozpowszechnienia używania substancji psychodelicznych oraz innych badanych zjawisk w populacji generalnej. Po trzecie, badanie to miało charakter samoopisowy oraz zostało zrealizowane jako badanie online, z czym, obok istotnych korzyści, związane są specyficzne ograniczenia. Należą do nich: brak kontroli nad warunkami i sposobem wypełniania ankiety, podatność na subiektywizm i retrospektywne błędy pamięciowe czy stosunkowo wysoki współczynnik wykruszania się próby. Świadomi tych ograniczeń podjęliśmy jednak działania mające na celu ich minimalizację, w tym: zapewnienie anonimowości i poufności; trzy pytania testujące skupienie respondentów; algorytmy analizujące bazę danych pod kątem niepożądanych wypełnień ankiety; oraz przegląd bazy danych pod kątem nieścisłości w odpowiedziach lub udzielaniu odpowiedzi niewiarygodnych.

V. WYNIKI

1. Charakterystyka uczestników badania

Charakterystyka socjodemograficzna

Wiek i płeć

Analizowane dane pochodziły od 3390 osób w wieku 18-69 lat. Średnia wieku wyniosła 28,1 lat (SD = 8,02), mediana 27 lat, a dominanta 18 lat. Większość stanowili mężczyźni (58,4%). Po uzyskaniu odpowiedzi na pytanie o biologiczną płeć, respondenci mogli odpowiedzieć na pytanie, czy czują się osobą niebinarną. Sto cztery osoby (3,1%) zadeklarowały się jako osoby niebinarne.

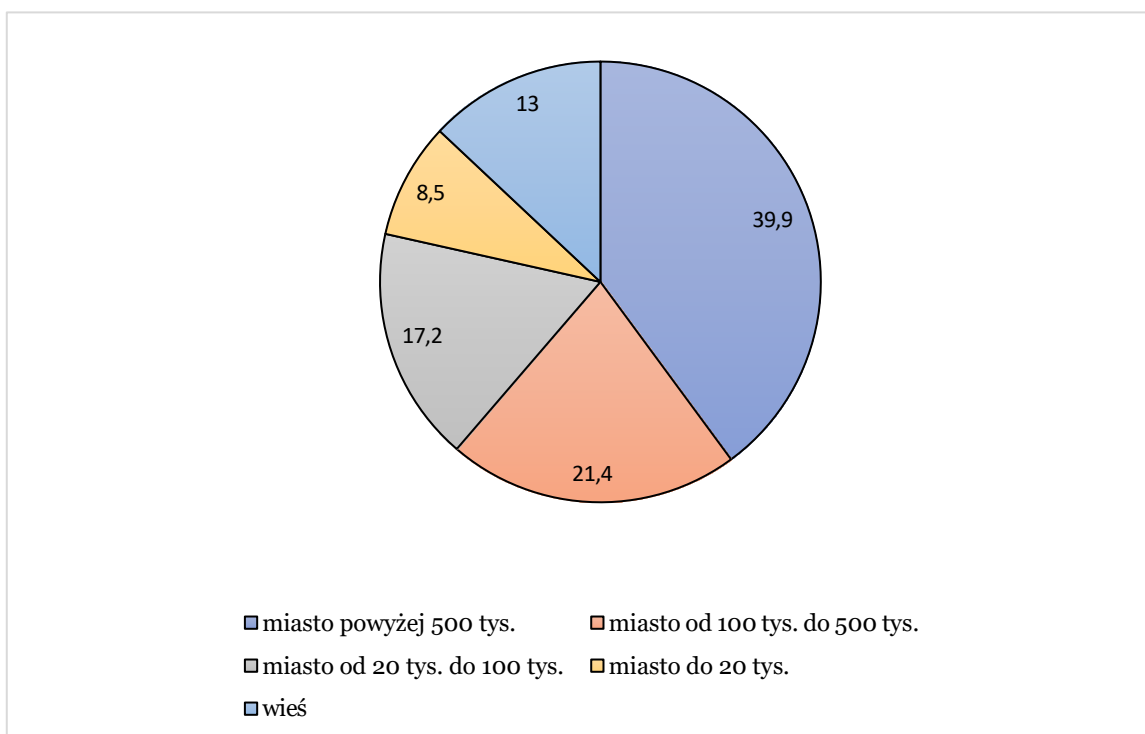
Narodowość

Zdecydowana większość, tj. około 99% respondentów to osoby polskiej narodowości. W badaniu jednak wzięło udział kilkadziesiąt osób, które w pytaniu wielokrotnego wyboru obok narodowości polskiej zadeklarowały też inną narodowość. Wśród nich największą grupę stanowili Ukraińcy (19 osób), Niemcy (11 osób) i Białorusini (6 osób). Pozostałych kilkanaście narodowości były reprezentowane przez pojedyncze osoby.

Miejsce zamieszkania

Osoby badane charakteryzowało znaczne zróżnicowanie ze względu na miejsce zamieszkania. Przeważająca grupa respondentów (ok. 60%) zamieszkiwała duże miasta - powyżej 100 tys. mieszkańców. Prawie 26% respondentów było mieszkańcami średnich i niewielkich miast do 100 tys. mieszkańców, a 13% zamieszkiwała na wsi. Rozkład ze względu na miejsce zamieszkania został przedstawiony na wykresie 1.

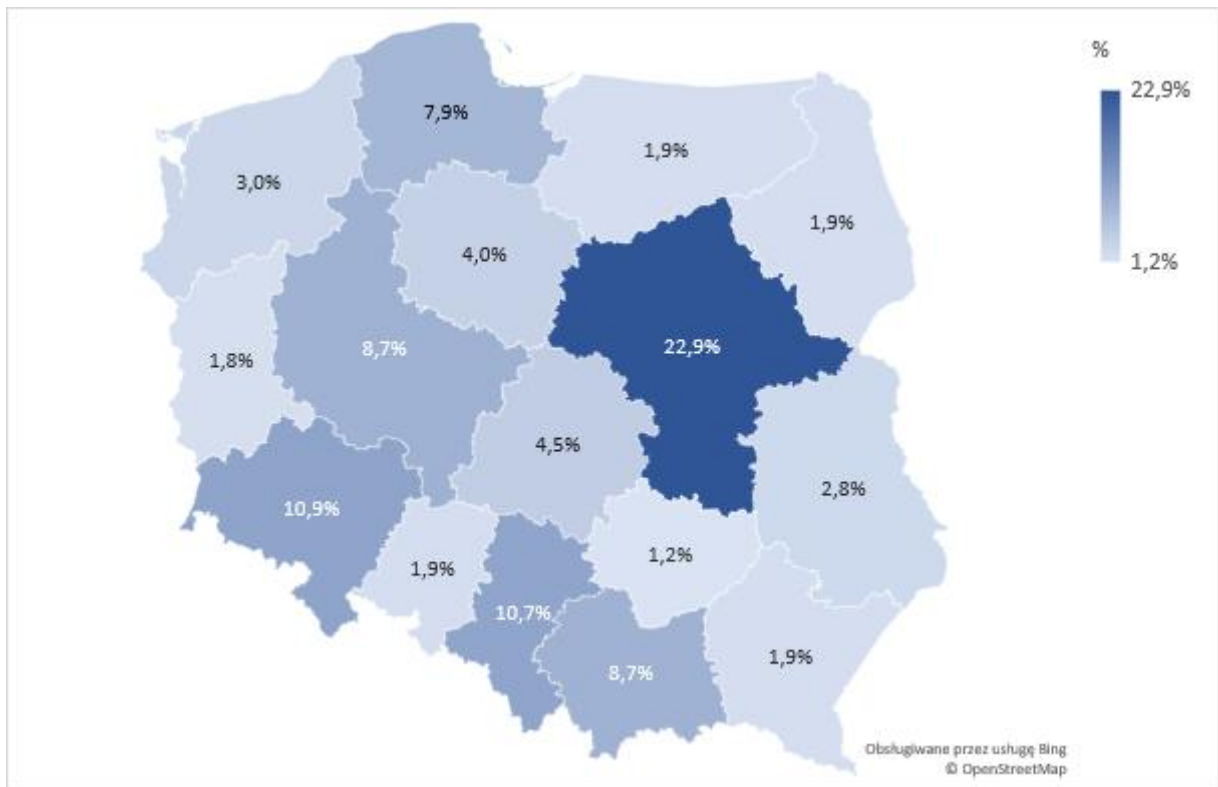
Wykres 1. Odsetki respondentów ze względu na miejsce zamieszkania, N=3390



Miejsce zamieszkania (województwo)

Najliczniejsza grupa respondentów mieszkała w województwie mazowieckim (22,9%). Licznie reprezentowani byli również mieszkańcy województwa dolnośląskiego, śląskiego, małopolskiego, wielkopolskiego i pomorskiego (od 7,9% do 10,9%). Najmniejsza grupa respondentów podała jako miejsce zamieszkania województwo świętokrzyskie (1,2%). Sto siedemdziesiąt cztery osoby (5,1%) mieszkały poza granicami Polski. Szczegółowy rozkład zamieszkiwania w podziale na województwa został przedstawiony na Rysunku 1.

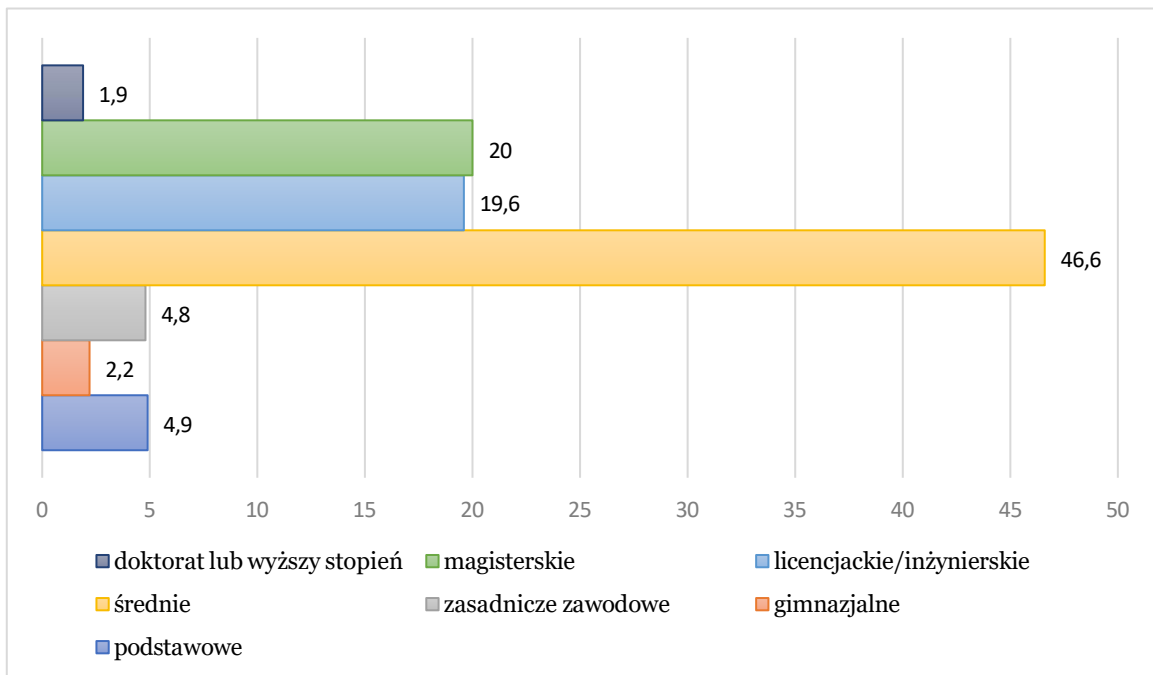
Rysunek 1. Odsetki respondentów ze względu na województwo, N=3390



Wykształcenie

Największa grupa uczestników badania deklarowała wykształcenie średnie (46,6%). Około 40% respondentów miało wykształcenie magisterskie (20%) lub licencjackie/inżynierskie (19,6%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z doktoratem lub wyższym stopniem naukowym (1,9%) oraz osoby z wykształceniem gimnazjalnym (2,2%). Rozkład ze względu na poziom wykształcenia został przedstawiony na wykresie 2.

Wykres 2. Odsetki respondentów ze względu na wykształcenie, N=3390



Aktualne zajęcie

Zdecydowana większość respondentów była osobami pracującymi (78,3%). Studenci stanowili ponad jedną piątą grupy (21,7%), a uczniowie 12,8%. Osób bezrobotnych było 6,8%, natomiast 31 badanych (0,9%) miało status rencisty lub emeryta.

Ocena sytuacji materialnej

Respondenci, w większości, oceniali swoją sytuację materialną jako dobrą (43,7%) lub bardzo dobrą (9,5%). Znacząca grupa uczestników badania zadeklarowała, że ich sytuacja materialna jest średnia (39,3%). Około 7,5% oceniło swoją sytuację materialną jako słabą lub bardzo słabą.

Używanie substancji psychoaktywnych

Alkohol

Zdecydowana większość respondentów to konsumenci napojów alkoholowych. Przynajmniej 1-2 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło alkohol ponad 90% respondentów, natomiast 70% piło w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, co jest wskaźnikiem regularnej konsumpcji alkoholu. Około 12% badanych należała do grupy osób bardzo często pijących alkohol, na co wskazują odpowiedzi 10 lub więcej razy w ciągu ostatnich 30 dni. Szczegółowy rozkład częstości picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich 30 dni został przedstawiony w tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład częstości picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni, N=3390

| | Wcale | 1-2 razy | 3-5 razy | 6-9 razy | 10-19 razy | 20-39 razy | 40+ razy |
|---|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 281 (8,3%) | 254 (7,5%) | 359 (10,6%) | 368 (10,9%) | 574 (16,9%) | 558 (16,5%) | 996 (29,4%) |
| Alkohol w ciągu ostatnich 30 dni | 916 (27,0%) | 940 (27,7%) | 710 (20,9%) | 424 (12,5%) | 291 (8,6%) | 71 (2,1%) | 38 (1,1%) |

W tabelach 2 i 3 zestawione zostały średnie częstości picia alkoholu, kolejno, w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich 30 dni, przed przystąpieniem do udziału w badaniu. Częstość picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni była istotnie większa u mężczyzn niż u kobiet ($p < 0,05$). W przypadku częstości picia alkoholu w ostatnich 12 miesiącach nie stwierdzono istotnych różnic ze względu na płeć.

Tabela 2. *Picie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6*

| | Kobiety N=1410 | Mężczyźni N=1980 | Razem N=3390 |
|---|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 3,86 (1,93) | 3,89 (1,99) | 3,88 (1,96) |

Tabela 3. *Picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6.*

| | Kobiety N=1410 | Mężczyźni N=1980 | Razem N=3390 |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Alkohol w ciągu ostatnich 30 dni | 1,52 (1,37) | 1,63* (1,46) | 3,59 (1,42) |

* p<0.05.

Papierosy i inne wyroby nikotynowe

Okolo 17% osób badanych nigdy nie paliła papierosów tradycyjnych, zaś okolo jedna trzecia paliła papierosy w przeszłości. Znacząca grupa respondentów (21,7%) potwierdziła regularne palenie papierosów tradycyjnych (codziennie). Okolo jedna czwarta respondentów (26,3%) nigdy nie używała e-papierosów, ale 1/3 używa ich codziennie 32,1%. Szczegółowy rozkład palenia papierosów oraz używania nikotyny w innych formach został przedstawiony w tabeli 4.

Tabela 4. *Rozkład palenia tradycyjnych papierosów oraz używania nikotyny w innych formach, N=3390*

| | Nie, nigdy nie paliłem(am) | Nie, już nie palę | Tak, kilka razy w roku | Tak, kilka razy w miesiącu | Tak, palę kilka razy w tygodniu | Tak, codziennie |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|----------------------------|
| Papierosy tradycyjne | 573 (16,9%) | 1094 (32,3%) | 413 (12,2%) | 312 (9,2%) | 261 (7,7%) | 737 (21,7%) |
| Nikotyna w formie innej niż papierosy tradycyjne | 890 (26,3%) | 653 (19,3%) | 319 (9,4%) | 211 (6,2%) | 230 (6,8%) | 1087 (32,1%) |

W tabeli 5 zestawione zostały średnie częstości palenia tradycyjnych papierosów oraz używania nikotyny w innych formach. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety palili papierosy tradycyjne ($p < 0,05$). W przypadku częstości używania innych form nikotyny nie stwierdzono istotnych różnic ze względu na płeć.

Tabela 5. Średnie częstości palenia tradycyjnych papierosów oraz używania nikotyny w innych formach ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=1, max=6

| | Kobiety N=1410 | Mężczyźni N=1980 | Razem N=3390 |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Papierosy tradycyjne | 3,15 (1,79) | 3,30* (1,83) | 3,24 (1,82) |
| Nikotyna w formie innej niż papierosy tradycyjne | 3,39 (2,09) | 3,48 (2,05) | 3,44 (2,07) |

* $p < .05$.

Substancje psychoaktywne inne niż alkohol i tytoń

Używanie pozostałych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Marihuana była substancją najczęściej używaną przez respondentów. Tylko 12,6% respondentów nie używało tej substancji ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Najbardziej używanymi substancjami były dysocjanty (używanie tych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy potwierdziło 7% respondentów), syntetyczne kanabinoidy (16,4%) oraz opioidy (18,2%). Amfetamina lub jej pochodne, mefedron lub inne pochodne katynonu, kokaina oraz leki uspokajające / nasenne na receptę były używane w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez około 25-35% respondentów. Szczegółowy rozkład używania pozostałych substancji został przedstawiony w tabeli 6.

Tabela 6. Rozkład używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku, N=3390

| | Nigdy | 1-2 razy | 3-5 razy | 6-9 razy | 10-19 razy | 20-39 razy | 40 razy lub więcej... |
|---|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Marihuana | 428 (12,6%) | 347 (10,2%) | 276 (8,1%) | 209 (6,2%) | 324 (9,6%) | 300 (8,8%) | 1506 (44,4%) |
| Syntetyczne kannabinoidy | 2833 (83,6%) | 225 (6,6%) | 130 (3,8%) | 56 (1,7%) | 65 (1,9%) | 30 (0,9%) | 51 (1,5%) |
| Amfetamina lub jej pochodne | 2323 (68,5%) | 422 (12,4%) | 199 (5,9%) | 104 (3,1%) | 129 (3,8%) | 60 (1,8%) | 153 (4,5%) |
| Kokaina | 2254 (66,5%) | 579 (17,1%) | 236 (7,0%) | 115 (3,4%) | 98 (2,9%) | 53 (1,6%) | 55 (1,6%) |
| Mefedron lub inne pochodne katynonu | 2159 (63,7%) | 392 (11,6%) | 228 (6,7%) | 132 (3,9%) | 161 (4,7%) | 122 (3,6%) | 196 (5,8%) |
| Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP) | 3153 (93,0%) | 122 (3,6%) | 52 (1,5%) | 28 (0,8%) | 16 (0,5%) | 9 (0,3%) | 10 (0,3%) |
| Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol) | 2772 (81,8%) | 244 (7,2%) | 126 (3,7%) | 66 (1,9%) | 75 (2,2%) | 34 (1,0%) | 73 (2,2%) |
| Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny) | 2515 (74,2%) | 271 (8,0%) | 195 (5,8%) | 110 (3,2%) | 99 (2,9%) | 67 (2,0%) | 133 (3,9%) |

W tabeli 7 zestawione zostały średnie częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających udział w badaniu, z podziałem na płeć. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety używali marihuany ($p < 0,001$), syntetycznych kanabinoidów ($p < 0,01$) oraz dysocjantów ($p < 0,05$), podczas gdy kobiety częściej używały leków uspokajających / nasennych dostępnych na receptę ($p < 0,001$).

Tabela 7. Średnie częstotliwości używania pozostałych substancji psychoaktywnych ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6

| | Kobiety N=1410 | Mężczyźni N=1980 | Razem N=3390 |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Marihuana | 3,45 (2,36) | 4,29*** (2,15) | 3,94 (2,28) |
| Syntetyczne kannabinoidy | 0,34 (1,06) | 0,45** (1,17) | 0,40 (1,13) |
| Amfetamina lub jej pochodne | 0,87 (1,62) | 0,83 (1,61) | 0,85 (1,61) |
| Kokaina | 0,71 (1,31) | 0,70 (1,30) | 0,70 (1,30) |
| Mefedron lub inne pochodne katynonu | 1,07 (1,80) | 1,09 (1,83) | 1,08 (1,82) |
| Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP) | 0,12 (0,60) | 0,16* (0,65) | 0,14 (0,63) |
| Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol) | 0,46 (1,24) | 0,48 (1,25) | 0,47 (1,25) |
| Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny) | 0,84 (1,63) | 0,67*** (1,50) | 0,74 (1,56) |

*p<0,05; ** p<0,01; ***; p<0,001

Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni

Podobnie jak w przypadku danych dotyczących ostatnich 12 miesięcy, substancją najczęściej używaną przez respondentów w ciągu ostatnich 30 dni była marihuana. Prawie 70% respondentów używało tej substancji ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Zdecydowanie najrzadziej używanymi substancjami były dysocjanty (jedynie 2% respondentów używało tych substancji w ciągu ostatnich 30 dni). Pozostałe substancje były używane w ciągu ostatnich 30

dni przez około 7-13% respondentów. Szczegółowy rozkład używania pozostałych substancji został przedstawiony w Tabeli 8.

Tabela 8. Rozkład używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni, N=3390

| | Nigdy | 1-2 razy | 3-5 razy | 6-9 razy | 10-19 razy | 20-39 razy | 40 razy lub więcej... |
|--|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Marihuana | 1091 (32,2%) | 543 (16,0%) | 384 (11,3%) | 257 (7,6%) | 430 (12,7%) | 354 (10,4%) | 331 (9,8%) |
| Syntetyczne kannabinoidy | 3184 (93,9%) | 114 (3,4%) | 31 (0,9%) | 15 (0,4%) | 19 (0,6%) | 8 (0,2%) | 19 (0,6%) |
| Amfetamina lub jej pochodne | 2983 (88,0%) | 231 (6,8%) | 82 (2,4%) | 32 (0,9%) | 30 (0,9%) | 16 (0,5%) | 16 (0,5%) |
| Kokaina | 2951 (87,1%) | 314 (9,3%) | 66 (1,9%) | 27 (0,8%) | 27 (0,8%) | 3 (0,1%) | 2 (0,1%) |
| Mefedron lub inne pochodne katynonu | 2785 (82,2%) | 337 (9,9%) | 122 (3,6%) | 55 (1,6%) | 39 (1,2%) | 25 (0,7%) | 27 (0,8%) |
| Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP) | 3333 (98,3%) | 36 (1,1%) | 11 (0,3%) | 5 (0,1%) | 3 (0,1%) | 1 (0%) | 1 (0%) |
| Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol) | 3134 (92,4%) | 142 (4,2%) | 50 (1,5%) | 27 (0,8%) | 11 (0,3%) | 12 (0,4%) | 14 (0,4%) |
| Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny) | 2955 (87,2%) | 224 (6,6%) | 72 (2,1%) | 38 (1,1%) | 38 (1,1%) | 42 (1,2%) | 21 (0,6%) |

W tabeli 9 zestawione zostały średnie częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu 30 dni poprzedzających badanie, z podziałem na płeć. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety potwierdzali używanie marihuany w ostatnich 30 dniach ($p < 0,001$), podczas gdy kobiety częściej używały leków uspokajających / nasennych na receptę ($p < 0,01$). W przypadku pozostałych substancji nie stwierdzono różnic ze względu na płeć.

Tabela 9. Średnie częstość używania pozostałych substancji psychoaktywnych ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6

| | Kobiety N=1410 | Mężczyźni N=1980 | Razem N=3390 |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Marihuana | 1,76 (1,99) | 2,56*** (2,14) | 2,23 (2,12) |
| Syntetyczne kannabinoidy | 0,12 (0,65) | 0,14 (0,68) | 0,13 (0,67) |
| Amfetamina lub jej pochodne | 0,22 (0,75) | 0,24 (0,82) | 0,23 (0,79) |
| Kokaina | 0,18 (0,57) | 0,21 (0,64) | 0,20 (0,61) |
| Mefedron lub inne pochodne katynonu | 0,35 (0,97) | 0,35 (0,95) | 0,35 (0,96) |
| Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP) | 0,03 (0,27) | 0,03 (0,25) | 0,03 (0,26) |
| Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol) | 0,14 (0,64) | 0,16 (0,68) | 0,15 (0,66) |
| Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny) | 0,34 (1,02) | 0,25** (0,87) | 0,29 (0,94) |

*p<0,05; ** p<0,01; ***; p<0,001

Ogólne wskaźniki zdrowia i jakości życia

Uczestnicy badań na ogół „dobrze” lub „bardzo dobrze” oceniali jakość swojego życia (odpowiednio 48,3% i 20,8%). Prawie jedna czwarta badanych (24,6%) oceniła natomiast jakość swojego życia „umiarkowanie”, podczas gdy 5,4% „źle”, zaś 0,9% „bardzo źle”. W pytaniu

ocenę zdrowia psychicznego najczęściej respondentów wskazało odpowiedź „dobre” (39,7%) a następnie „umiarkowane” (29,1%). Około 10% badanych oceniło swoje zdrowie psychiczne jako „złe”, zaś 2,8% jako „bardzo złe”. W przypadku oceny stanu zdrowia fizycznego również najczęściej badanych udzieliło odpowiedzi „dobre” (44,0%) i umiarkowane (27,3%). Niewielki odsetek uczestników badań ocenił swoje zdrowie fizyczne jak „bardzo złe” (1,1%).

Kobiety w porównaniu z mężczyznami znacząco wyżej oceniały jakość swojego życia ($p < 0,01$). W ocenie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego nie odnotowano różnic ze względu na płeć. W tabeli 10 przedstawione zostały średnie (i odchylenia standardowe) dla ocen aktualnej jakości życia oraz stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.

Tabela 10. Subiektywne oceny jakości życia oraz stanu zdrowia psychicznego i fizycznego ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=1, max=5

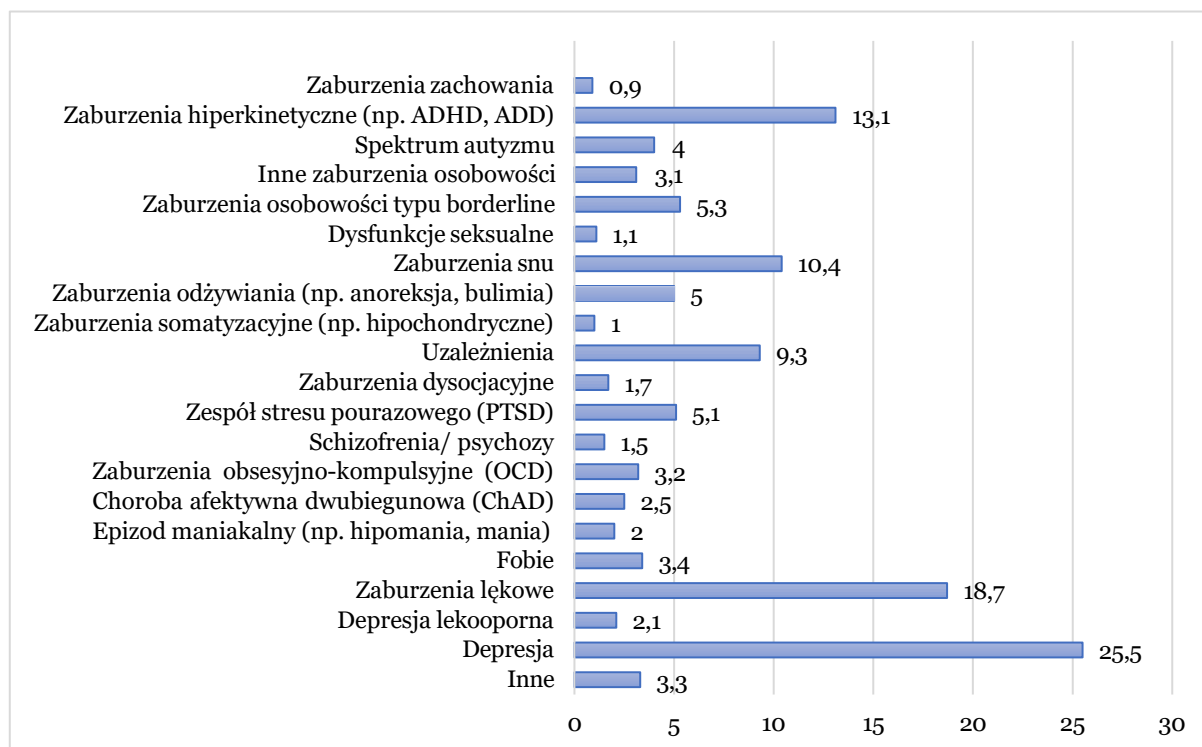
| | Kobiety N=1252 | Mężczyźni N=1772 | Razem N=3024 |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Jakość życia | 3,88 (0,87) | 3,79** (0,83) | 3,82 (0,85) |
| Stan zdrowia psychicznego | 3,56 (1,00) | 3,63 (0,98) | 3,60 (0,99) |
| Stan zdrowia fizycznego | 3,75 (0,92) | 3,79 (0,87) | 3,78 (0,89) |

** $p < 0,01$

Historia diagnoz zaburzeń i/lub chorób psychicznych

Spośród 3024 respondentów 40,5% osób odpowiedziało, że lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u nich zaburzenie lub chorobę psychiczną. Najczęściej osoby badane zmagają się z depresją (25,5%), zaburzeniami lękowymi (18,7%), zaburzeniami hiperkinetycznymi (13,1%), zaburzeniami snu (10,4%) oraz uzależnieniami (9,3%). Odsetki respondentów ze względu na uzyskaną diagnozę zostały przedstawione na wykresie 3.

Wykres 3. Odsetki respondentów potwierdzających diagnozę zaburzeń i/lub chorób psychicznych, N=3390



Tendencje samobójcze

Spośród 2998 respondentów około 40% przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy zmagало się ze stanami przygnębienia/ myślami samobójczymi, a około 18% planowało samobójstwo. Szczegółowy rozkład odpowiedzi na pytania o zachowania samobójcze został przedstawiony w tabeli 11.

Tabela 11. Rozkład odpowiedzi na pytania o myśli i zachowania samobójcze w ciągu ostatnich 12 miesięcy, N=2998

| Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.... | Nie | Tak, raz lub dwa razy | Tak, kilka razy | Tak, kilkanaście lub więcej razy |
|---|-----------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|
| ...czułeś(aś) się tak źle, że pragnąłeś(ęłaś) umrzeć? | 1795 (59,9%) | 588 (19,%) | 352 (11,7%) | 263 (8,8%) |

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------|
| ...przychodziły Ci do głowy myśli samobójcze? | 1852 (61,8%) | 558 (18,6%) | 344 (11,5%) | 244 (8,1%) |
| ...próbowałeś(aś) zrobić sobie krzywdę? | 2643 (88,2%) | 187 (6,2%) | 115 (3,8%) | 53 (1,8%) |
| ...planowałeś(aś) sposób odebrania sobie życia? | 2470 (82,4%) | 281 (9,4%) | 149 (5,0%) | 98 (3,3%) |
| | Nie | Tak, jeden raz | Tak, dwa razy | Tak, trzy lub więcej razy |
|próbowałeś(aś) popełnić samobójstwo? | 2855 (95,2%) | 90 (3,0%) | 27 (0,9%) | 26 (0,9%) |

Pytania o zachowania samobójcze tworzą skalę tendencji samobójczych o wysokiej spójności wewnętrznej (α Cronbacha 0,87). Wyniki tej skali pozwoliły ocenić różnice w tendencjach samobójczych respondentów ze względu na płeć. Kobiety, uczestniczki badań, miały istotnie wyższe wskaźniki tendencji samobójczych niż mężczyźni ($p < 0,001$). W tabeli 12 przedstawione zostały średnie (i odchylenia standardowe) ze względu na płeć dla skali tendencji samobójczych.

Tabela 12. Średnie na skali tendencji samobójczych w ostatnich 12 miesiącach ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=3

| | Kobiety N=1241 | Mężczyźni N=1757 | Razem N=2998 |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Skala tendencji samobójczych w ostatnich 12 miesiącach | 0,64 (0,67) | 0,54*** (0,55) | 0,58 (0,60) |

*** $p < 0,001$.

Wskaźniki psychospołeczne

Cechy osobowości w modelu Wielkiej Piątki

Model Wielkiej Piątki obejmuje takie podstawowe cechy osobowości jak: ekstrawersja; stabilność emocjonalna, czyli przeciwieństwo neurotyczności; otwartość na doświadczenie; ugodowość i sumienność. W tabeli 13 zestawiono pytania (wskaźniki) uwzględnione do pomiaru poszczególnych z tych cech. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskali najwyższe średnie wyniki w zakresie cechy otwartość na doświadczenie. Najniższe wyniki w całej badanej grupie zostały odnotowane w zakresie stabilności emocjonalnej oraz sumienności, niezależnie od płci. Kobiety, uczestniczki badania, uzyskały znacząco wyższe niż mężczyźni wyniki w czterech spośród pięciu cech osobowości: ekstrawersji, ugodowości, sumienności i otwartości na doświadczenie ($p < 0,001$). Mężczyźni uzyskali wyższe niż kobiety wyniki w zakresie stabilności emocjonalnej ($p < 0,001$).

Tabela 13. Cechy osobowości (tzw. Wielkiej Piątki), średnie i odchylenia standardowe ze względu na płeć; min=1, max=7

| Cechy osobowości | <i>Spostrzegam siebie jako osobę:</i> | Kobiety N=942 | Mężczyźni N=1250 | Razem N=2192 |
|-------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Ekstrawersja | <i>...lubiącą towarzystwo innych, aktywną i optymistyczną ...zamkniętą w sobie, wycofaną i cichą (odwrócone)</i> | 5,23 (1,31) | 4,99*** (1,40) | 5,09 (1,37) |
| Ugodowość | <i>...zgodną, życzliwą ...krytyczną względem innych, konfliktową (odwrócone)</i> | 5,56 (0,96) | 5,40*** (1,06) | 5,47 (1,02) |
| Sumienność | <i>...sumienną, zdyscyplinowaną ...źle zorganizowaną, niedbałą (odwrócone)</i> | 4,75 (1,40) | 4,50*** (1,43) | 4,61 (1,42) |

| | | | | |
|----------------------------|--|----------------|-------------------|----------------|
| Stabilność emocjonalna | <i>...niemartwiącą się, stabilną emocjonalnie ...pełną niepokoju, łatwo wpadającą w przygnębienie (odwrócone).</i> | 3,95 (1,54) | 4,59*** (1,49) | 4,32 (1,54) |
| Otwartość na doświadczenie | <i>...otwartą na nowe doznania, w złożony sposób postrzegającą świat ...trzymającą się utartych schematów, biorącą rzeczy wprost (odwrócone)</i> | 5,50 (1,01) | 5,35*** (1,03) | 5,42 (1,02) |

Impulsywność

W tabeli 14 zestawiono średnie wyniki uzyskane przez respondentów na skali impulsywności, w podziale na płeć. Kobiety, uczestniczki badania, uzyskały znacząco wyższe wyniki na skali impulsywności niż uczestniczący w badaniu mężczyźni ($p < 0,001$).

Tabela 14. Średnie wyniki na skali impulsywności ze względu na płeć; średnie i odchylenia standardowe; min=1, max=4

| | Kobiety N=942 | Mężczyźni N=1250 | Razem N=2192 |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Skala impulsywności | 2,27 (0,46) | 2,12*** (0,44) | 2,19 (0,46) |

*** $p < 0,001$.

2. Używanie substancji psychodelicznych

Częstość używania poszczególnych psychodelików

Używanie substancji psychodelicznych kiedykolwiek w życiu

Najczęściej używanymi substancjami, po które sięgali zarówno mężczyźni, jak i kobiety, były MDMA i jego pochodne ($M = 2,73$, $SD = 2,00$) oraz grzyby psylocybinowe ($M = 2,01$, $SD = 1,61$). Około 80% osób badanych zadeklarowało ich przyjmowanie przynajmniej raz w życiu (tabela 15). Najrzadziej stosowano ibogainę ($M = 0,001$, $SD = 0,10$) i substancje z grupy DOx ($M = 0,003$, $SD = 0,24$). Wiek, w którym respondenci po raz pierwszy w swoim życiu sięgnęli po substancje psychodeliczne wahał się od 10 do 62 roku życia. Najczęściej w po raz pierwszy przyjmowano psychodeliki wieku 16-18 lat, niespełna 1/3 badanych (32%) zadeklarowała odpowiedzi w tym przedziale. Wiek rozpoczęcia przyjmowania substancji psychodelicznych istotnie różnił się w zależności od płci ($p < 0,001$). Kobiety zaczynały ich używać średnio o około 1,5 roku później niż mężczyźni.

Tabela 15. Rozkład używania poszczególnych substancji psychodelicznych w ciągu całego życia, $N=3390$

| | Nigdy | 1-2 razy | 3-5 razy | 6-9 razy | 10-19 razy | 20-39 razy | 40 razy lub więcej |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| LSD lub inne lizergamidy | 1168 (34,5%) | 784 (23,1%) | 609 (18,0%) | 341 (10,1%) | 253 (7,5%) | 144 (4,2%) | 91 (2,7%) |
| Grzyby psylocybinowe (np. łysiczka lancetowana, meksykańska) | 705 (20,8%) | 762 (22,5%) | 767 (22,6%) | 485 (14,3%) | 405 (11,9%) | 166 (4,9%) | 100 (2,9%) |
| Muchomory czerwone (Amanita Muscaria) | 3002 (88,6%) | 221 (6,5%) | 68 (2,0%) | 40 (1,2%) | 19 (0,6%) | 11 (0,3%) | 29 (0,9%) |

| | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Syntetyczna psylocybina i pochodne (np. 4-AcODMT, 4-HO-MET) | 3062 (90,3%) | 194 (5,7%) | 73 (2,2%) | 28 (0,8%) | 18 (0,5%) | 9 (0,3%) | 6 (0,2%) |
| 5-Meo-DMT | 3106 (91,6%) | 203 (6,0%) | 47 (1,4%) | 12 (0,4%) | 12 (0,4%) | 6 (0,2%) | 4 (0,1%) |
| N,N-DMT, changa | 2844 (83,9%) | 291 (8,6%) | 124 (3,7%) | 50 (1,5%) | 41 (1,2%) | 22 (0,6%) | 18 (0,5%) |
| Ayahuasca, yagé | 3245 (95,7%) | 86 (2,5%) | 31 (0,9%) | 12 (0,4%) | 8 (0,2%) | 8 (0,2%) | 0 (0,0%) |
| 2C-B | 2335 (68,9%) | 547 (16,1%) | 279 (8,2%) | 102 (3,0%) | 74 (2,2%) | 34 (1,0%) | 19 (0,6%) |
| Inne substancje z grupy 2C-X (np. 2CC, 2C-E) | 3241 (95,6%) | 91 (2,7%) | 28 (0,8%) | 11 (0,3%) | 13 (0,4%) | 4 (0,1%) | 2 (0,1%) |
| Grupa NBOMe (np. 25C-NBOMe, 2C-INBOMe) | 3224 (95,1%) | 110 (3,2%) | 29 (0,9%) | 15 (0,4%) | 8 (0,2%) | 1 (0,03%) | 3 (0,1%) |
| Grupa DOx (np. DOC, DOB, DOI) | 3328 (98,2%) | 39 (1,2%) | 16 (0,5%) | 3 (0,1%) | 4 (0,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Ibogaina | 3365 (99,3%) | 23 (0,7%) | 1 (0,03%) | 1 (0,03%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Meskalina (peyotl, San Pedro) | 3204 (94,5%) | 143 (4,2%) | 20 (0,6%) | 15 (0,4%) | 1 (0,03%) | 5 (0,1%) | 2 (0,1%) |
| MDMA/ecstasy i pochodne (np. MDA, 6-APB) | 672 (19,8%) | 456 (13,5%) | 478 (14,1%) | 439 (12,9%) | 584 (17,2%) | 382 (11,3%) | 379 (11,2%) |
| Ketamina i pochodne (np. metoksetamina) | 2284 (67,4%) | 453 (13,4%) | 222 (6,5%) | 137 (4,0%) | 146 (4,3%) | 69 (2,0%) | 79 (2,3%) |

Częstości używania poszczególnych substancji psychodelicznych były istotnie zróżnicowane ze względu na płeć uczestników badania. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety przyjmowali większość z wymienionych substancji (tabela 16). Natomiast kobiety częściej niż mężczyźni sięgały po Ayahuascę ($p=0,004$) oraz ketaminę i jej pochodne ($p=0,020$).

Tabela 16. Średnie częstość używania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6; $N=3390$

| | Kobiety | Mężczyźni | Razem |
|---|----------------|-------------------|----------------|
| LSD lub inne lizergamidy | 1,35 (1,51) | 1,72*** (1,68) | 1,56 (1,62) |
| Grzyby psylocybinowe (np. łysiczka lancetowana, meksykańska) | 1,66 (1,50) | 2,25*** (1,64) | 2,01 (1,61) |
| Muchomory czerwone (Amanita Muscaria) | 0,18 (0,72) | 0,27*** (0,89) | 0,23 (0,82) |
| Syntetyczna psylocybina i pochodne (np. 4- AcO-DMT, 4-HOMET) | 0,15 (0,58) | 0,19 (0,67) | 0,17 (0,64) |
| 5-Meo-DMT | 0,11 (0,45) | 0,14 (0,57) | 0,13 (0,52) |
| N,N-DMT, changa | 0,21 (0,68) | 0,39*** (1,03) | 0,32 (0,90) |
| Ayahuasca, yagé | 0,09 (0,45) | 0,06** (0,41) | 0,08 (0,43) |
| 2C-B | 0,48 (0,96) | 0,66*** (1,19) | 0,59 (1,10) |
| Inne substancje z grupy 2C-X (np. 2CC, 2C-E) | 0,06 (0,39) | 0,09* (0,48) | 0,08 (0,44) |
| Grupa NBOMe (np. 25C-NBOMe, 2C-INBOMe) | 0,06 (0,37) | 0,09* (0,45) | 0,08 (0,42) |
| Grupa DOx (np. DOC, DOB, DOI) | 0,01 (0,15) | 0,04** (0,29) | 0,03 (0,24) |

| | | | |
|--|----------------|-----------------|----------------|
| Ibogaina | 0,01 (0,10) | 0,01 (0,10) | 0,01 (0,10) |
| Meskalina (peyotl, San Pedro) | 0,07 (0,37) | 0,09* (0,42) | 0,08 (0,40) |
| MDMA/ecstasy i pochodne (np. MDA, 6-APB) | 2,79 (1,88) | 2,68 (2,09) | 2,73 (2,00) |
| Ketamina i pochodne (np. metoksetamina) | 0,82 (1,44) | 0,78* (1,49) | 0,80 (1,47) |

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńska): * $p < .001$.

Używanie substancji psychodelicznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Najczęściej używanymi przez respondentów substancjami psychodelicznymi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie były grzyby psylocybinowe ($M = 0,86$, $SD = 1,06$) oraz MDMA/ecstasy i pochodne ($M = 0,83$, $SD = 1,18$) były. Około połowa osób biorących udział w badaniu zadeklarowała ich przyjmowanie przynajmniej raz w ostatnim roku (grzyby psylocybinowe 53,2%, MDMA/ecstasy: 45,6%). Najrzadziej używanymi substancjami były ibogaina ($M = 0,004$, $SD = 0,11$) i substancje z grupy DOx ($M = 0,007$, $SD = 0,14$) - zaledwie około 0,4% respondentów przyjęło je ciągu ostatnich 12 miesięcy. Szczegółowy rozkład używania poszczególnych substancji został przedstawiony w tabeli 17.

Tabela 17. Rozkład używania poszczególnych substancji psychodelicznych w ciągu ostatniego roku, $N=3390$

| | Nigdy | 1-2 razy | 3-5 razy | 6-9 razy | 10-19 razy | 20-39 razy | 40 razy lub więcej |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| LSD lub inne lizergamidy | 2253 (66,5%) | 779 (23,0%) | 233 (6,9%) | 69 (2,0%) | 42 (1,2%) | 5 (0,1%) | 9 (0,3%) |
| Grzyby psylocybinowe (np. lyszczka lancetowana, meksykańska) | 1588 (46,8%) | 1072 (31,6%) | 464 (13,7%) | 168 (5,0%) | 70 (2,1%) | 20 (0,6%) | 8 (0,2%) |

| | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Muchomory czerwone (Amanita Muscaria) | 3196 (94,3%) | 124 (3,7%) | 20 (0,6%) | 15 (0,4%) | 11 (0,3%) | 5 (0,1%) | 19 (0,6%) |
| Syntetyczna psylocybina i pochodne (np. 4-AcODMT, 4-HO-MET) | 3297 (97,3%) | 65 (1,9%) | 15 (0,4%) | 8 (0,2%) | 2 (0,1%) | 2 (0,1%) | 1 (0,03%) |
| 5-Meo-DMT | 3261 (96,2%) | 100 (2,9%) | 21 (0,6%) | 5 (0,1%) | 1 (0,03%) | 1 (0,03%) | 1 (0,03%) |
| N,N-DMT, changa | 3144 (92,7%) | 158 (4,7%) | 47 (1,4%) | 17 (0,5%) | 16 (0,5%) | 4 (0,1%) | 4 (0,1%) |
| Ayahuasca, yagé | 3340 (98,5%) | 35 (1,0%) | 11 (1,0%) | 3 (0,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (0,03%) |
| 2C-B | 2936 (86,6%) | 306 (9,0%) | 92 (2,7%) | 31 (0,9%) | 18 (0,5%) | 3 (0,1%) | 4 (0,1%) |
| Inne substancje z grupy 2C-X (np. 2CC, 2C-E) | 3358 (99,1%) | 19 (0,6%) | 7 (0,2%) | 3 (0,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 3 (0,1%) |
| Grupa NBOMe (np. 25C-NBOMe, 2C-INBOMe) | 3369 (99,4%) | 19 (0,6%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,1%) |
| Grupa DOx (np. DOC, DOB, DOI) | 3376 (99,6%) | 9 (0,3%) | 2 (0,1%) | 2 (0,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (0,03%) |
| Ibogaina | 3381 (99,7%) | 8 (0,2%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (0,03%) |
| Meskalina (peyotl, San Pedro) | 3321 (98,0%) | 58 (1,7%) | 5 (0,1%) | 3 (0,1%) | 1 (0,03%) | 1 (0,03%) | 1 (0,03%) |
| MDMA/ecstasy i pochodne (np. MDA, 6-APB) | 1845 (54,4%) | 817 (24,1%) | 408 (12,0%) | 172 (5,1%) | 101 (3,0%) | 25 (0,7%) | 22 (0,6%) |
| Ketamina i pochodne (np. metoksetamina) | 2751 (81,2%) | 323 (9,5%) | 148 (4,4%) | 54 (1,6%) | 68 (2,0%) | 23 (0,7%) | 23 (0,7%) |

Częstości używania poszczególnych substancji psychodelicznych były istotnie zróżnicowane ze względu na płeć uczestników badania (tabela 18). Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety przyjmowali w ciągu ostatnich 12 miesięcy LSD lub inne lizergamidy ($p < 0,001$), grzyby psylocybinowe ($p < 0,001$), N,N-DMT ($p < 0,001$) oraz 2C-B ($p = 0,002$).

Tabela 18. Średnie częstość używania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych ze względu na płeć: średnia (odchylenie standardowe), min=0, max=6

| | kobiety | mężczyźni | razem |
|---|-----------------|-------------------|-----------------|
| LSD lub inne lizergamidy | 0,40 (0,79) | 0,57*** (0,93) | 0,50 (0,88) |
| Grzyby psylocybinowe (np. lysiczka lancetowana, meksykańska) | 0,70 (0,95) | 0,98*** (1,12) | 0,86 (1,06) |
| Muchomory czerwone (Amanita Muscaria) | 0,09 (0,49) | 0,14 (0,69) | 0,12 (0,61) |
| Syntetyczna psylocybina i pochodne (np. 4- AcO-DMT, 4-HOMET) | 0,04 (0,32) | 0,04 (0,29) | 0,04 (0,30) |
| 5-Meo-DMT | 0,05 (0,26) | 0,05 (0,32) | 0,05 (0,30) |
| N,N-DMT, changa | 0,07 (0,37) | 0,16*** (0,61) | 0,12 (0,53) |
| Ayahuasca, yagé | 0,02 (0,19) | 0,02 (0,21) | 0,02 (0,20) |
| 2C-B | 0,16 (0,54) | 0,23* (0,67) | 0,20 (0,62) |
| Inne substancje z grupy 2C-X (np. 2CC, 2C-E) | 0,02 (0,23) | 0,02 (0,23) | 0,02 (0,23) |
| Grupa NBOMe (np. 25C-NBOMe, 2C-INBOMe) | 0,009 (0,17) | 0,009 (0,16) | 0,009 (0,16) |
| Grupa DOx (np. DOC, DOB, DOI) | 0,006 (0,11) | 0,008 (0,16) | 0,007 (0,14) |

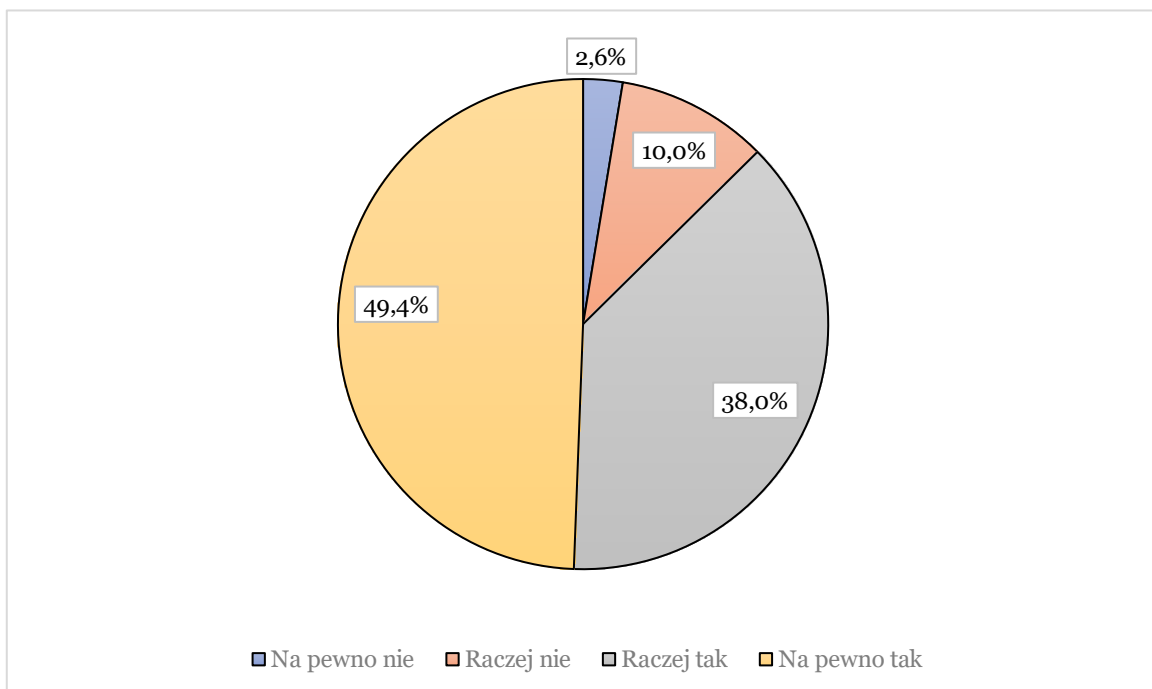
| | | | |
|--|-----------------|----------------|-----------------|
| Ibogaina | 0,001 (0,04) | 0,01 (0,15) | 0,004 (0,11) |
| Meskalina (peyotl, San Pedro) | 0,02 (0,22) | 0,03 (0,23) | 0,03 (0,23) |
| MDMA/ecstasy i pochodne (np. MDA, 6-APB) | 0,84 (1,16) | 0,82 (1,19) | 0,83 (1,18) |
| Ketamina i pochodne (np. metoksetamina) | 0,39 (0,98) | 0,38 (1,02) | 0,39 (1,00) |

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską): *p<.05; *** p<0,001.

Zamiar używania substancji psychodelicznych w przyszłości

Respondentów zapytano o ich gotowość (intencję) do sięgania po psychodeliki w przyszłości. Wykres 4 prezentuje rozkład odpowiedzi na pytanie.

Wykres 4. Zamiar używania substancji psychodelicznych w przyszłości, odsetki (%), N=3390



Zdecydowana większość (87,4%) respondentów odpowiedziała na to pytanie twierdząco. Przeciwny zamiar zadeklarowało łącznie 12,6% badanych. Wśród nich 10% (N=338) raczej nie planuje używania psychodelików, natomiast nieliczna grupa (N=89, 2,6%) z pewnością wyklucza taką możliwość. Analiza ze względu na płeć wykazała, że kobiety rzadziej niż mężczyźni deklarowały chęć stosowania substancji psychodelicznych w przyszłości (tabela 19).

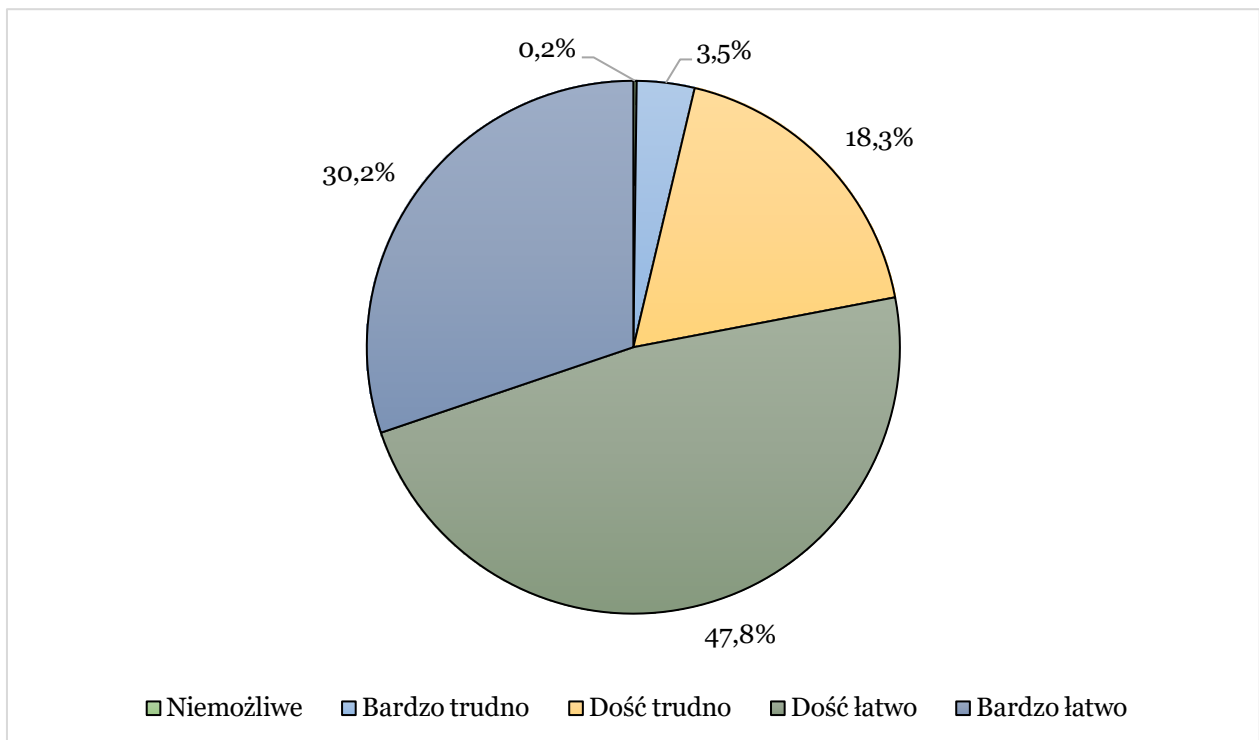
Tabela 19. *Zamiar używania substancji psychodelicznych w przyszłości w podziale na płeć; odsetki (%), N=3390*

| | Kobiety | Mężczyźni |
|--------------|----------------|------------------|
| Na pewno nie | 53 (3,8%) | 36* (1,8%) |
| Raczej nie | 187 (13,3%) | 151* (7,6%) |
| Raczej tak | 551 (39,1%) | 737 (37,2%) |
| Na pewno tak | 619 (43,9%) | 1056* (53,3%) |

Subiektywna ocena dostępności psychodelików

W odpowiedzi na pytanie o dostępność psychodelików większość uznała to za bardzo łatwe (32,2%) lub „łatwe (47,8). Około 1/5 badanych (18,3%) stwierdziła, że dość trudno zdobyć te substancje. 3,5% badanych uważało, że zdobycie psychodelików jest bardzo trudne, a jedynie nieliczni (0,2%) stwierdzili, że jest to niemożliwe (Wykres 5).

Wykres 5. Ocena dostępności psychodelików, odsetki (%), N=3390

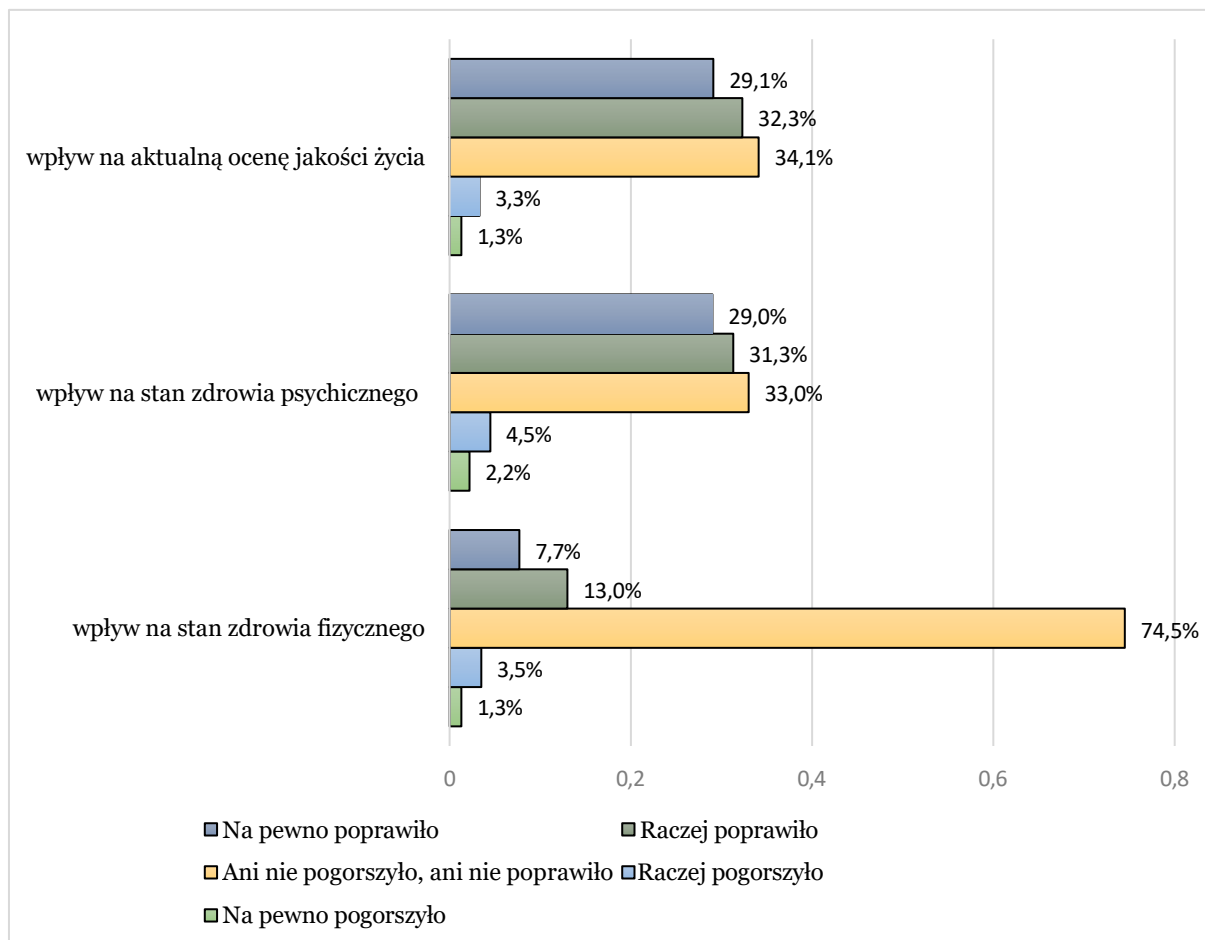


Subiektywna ocena używania psychodelików

Wpływ na ocenę jakości życia oraz zdrowia psychicznego i fizycznego

Większość badanych wskazała na pozytywny wpływ substancji psychodelicznych zarówno na ogólną jakość życia (61,4%), jak i zdrowie psychiczne (60,3%) (Wykres 6). W ocenie wpływu na zdrowie fizyczne dominowało przekonanie o braku istotnego wpływu (74,5%), choć co piąta osoba (20,5%) oceniła go jako korzystny. Negatywny wpływ we wszystkich trzech sferach zadeklarowało około 5% respondentów.

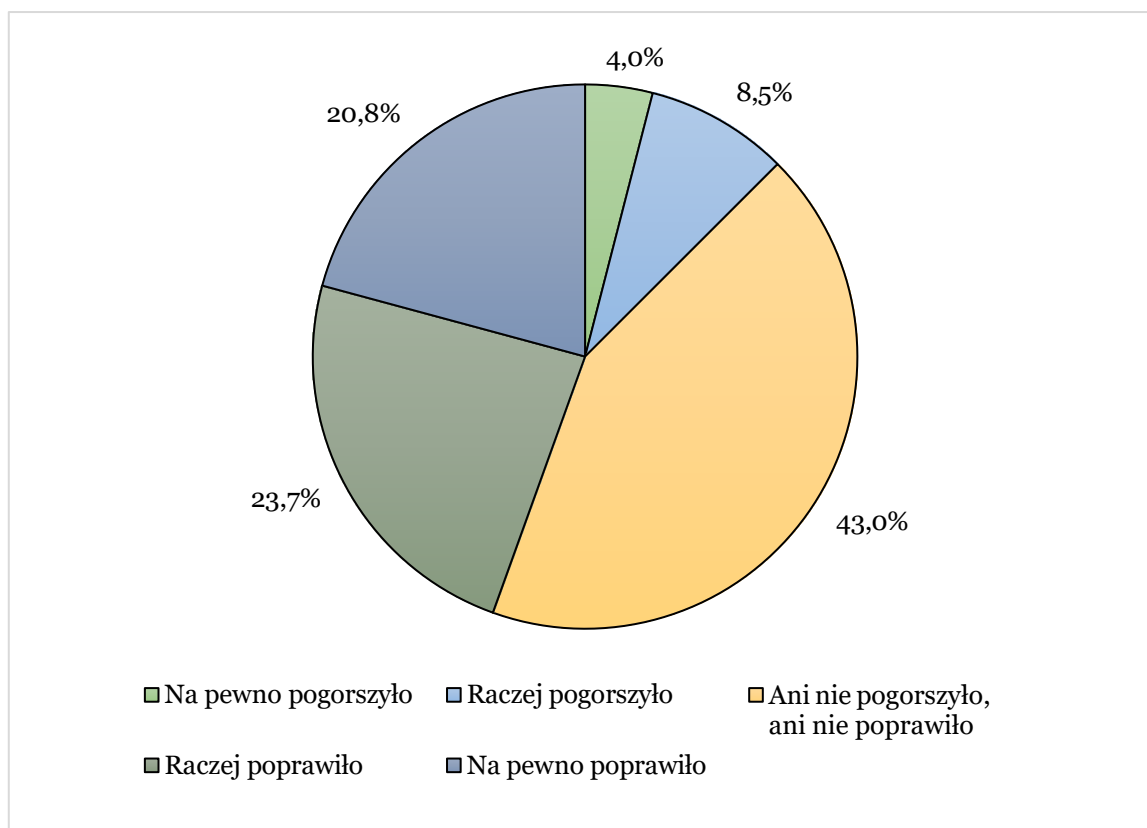
Wykres 6. Subiektywna ocena wpływu używania psychodelików na ocenę jakości życia, zdrowia psychicznego oraz fizycznego, odsetki (%), N=3024



Subiektywna ocena wpływu używania psychodelików na indywidualne diagnozy

Badani zostali poproszeni o ocenę wpływu dotychczasowego używania psychodelików na występowanie objawów zaburzenia lub choroby psychicznej zdiagnozowanej u nich przez lekarza psychiatrii, psychologa lub psychoterapeutę. Niespełna połowa respondentów (44,5%) wskazała na pozytywny wpływ substancji psychodelicznych na objawy choroby, podobnie prawie połowa (43%) tego wpływu nie odczuła. Co ósmy badany (12,5%) deklarował, że wpływ ten był negatywny (Wykres 7).

Wykres 7. Subiektywna ocena wpływu używania psychodelików na występowanie objawów zaburzenia lub choroby psychicznej, odsetki (%), N=1214



3. Charakterystyka wzorów używania substancji psychodelicznych

W poprzednim podrozdziale tego raportu zaprezentowane zostały dane dotyczące rodzaju i częstości używania różnych substancji psychodelicznych przez uczestników badania. W tej części zaprezentowane zostaną wyniki odnoszące się do wzorów używania psychodelików, w tym najważniejsze czynniki farmakologiczne, kontekstualne oraz osobowe.

Czynniki farmakologiczne

Dawkowanie

Większość (56%) uczestników badania określiła wielkość zazwyczaj przyjmowanych przez siebie dawek psychodelików jako „średnią”. Natomiast pozostałe odpowiedzi rozkładały się z lekką przewagą po stronie dawek „wysokich” i „bardzo wysokich” (łącznie 27%) w stosunku do dawek

„niskich” i „bardzo niskich” (łącznie 17%). Z kolei na pytanie o subiektywną ocenę działania przyjmowanej zazwyczaj dawki psychodelików (w przypadku więcej niż jednego doświadczenia z tymi substancjami), większość respondentów wskazała działanie „silne” (48,3%) lub „średnie” (38,5%). Szczegółowe dane na temat rozkładu częstości dawkowanie psychodelików wśród respondentów zawiera tabela 20.

Tabela 20. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących dawkowania psychodelików (N=3264)

| <i>Jaką dawkę psychodelików zazwyczaj przyjmujesz?</i> | | | | |
|---|----------------|-----------------|----------------|---------------|
| Bardzo niską | Niską | Średnią | Wysoką | Bardzo wysoką |
| 96 (2,9%) | 460 (14,1%) | 1828 (56,0%) | 746 (22,9%) | 134 (4,1%) |

| <i>Jak subiektywnie oceniasz siłę działania dawki psychodelików, którą zazwyczaj przyjmujesz?</i> | | | | |
|--|---------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Ledwie wyczuwalna | Słaba | Średnia | Silna | Bardzo silna |
| 31 (0,9%) | 127 (3,9%) | 1258 (38,5%) | 1576 (48,3%) | 272 (8,3%) |

Mieszanie psychodelików i innych substancji psychoaktywnych

W Tabela 21 prezentowano wyniki dotyczące częstości mieszania przez respondentów psychodelików z innymi psychodelikami (w skali ostatnich 12 miesięcy), a tabela 22 – częstości mieszania psychodelików z innymi substancjami psychoaktywnymi. W pierwszym przypadku

mamy do czynienia z raczej rzadko występującym wzorem używania: około 64% uczestników wskazała, że w tym okresie w ogóle nie mieszała ze sobą substancji psychodelicznych, około 22% przyznało, że robiło to rzadko; zaledwie około 4% respondentów wskazało na mieszanie łączenie psychodelików przy jeden okazji „często” lub „za każdym razem”. Przy czym odpowiedzi na bardziej szczegółowe o pytania wskazują, że respondenci najczęściej mieszała ze sobą „LSD lub inne lizergamidy” (45% uczestników), „grzyby psylocybinowe” (51,1%), „MDMA/ecstasy” (57,7%) oraz „ketaminę lub jej pochodne” (23,2%).

Podobne wyniki stwierdzono także w przypadku używania przy jednej okazji psychodelików oraz innych substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem alkoholu i marihuany). Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że jest to rzadki wzór używania wśród uczestników tego badania. W zależności od rodzaju substancji psychoaktywnych odpowiedzi „nigdy” wybierało 85-95% uczestników. Przy czym stosunkowo najczęściej wskazywanymi substancjami, z którymi mieszało psychodeliki, były różne stymulanty (np. mefedron lub inne pochodne katynonu, kokaina czy amfetamina lub jej pochodne). Jak wspomniano, inaczej przedstawiały się wyniki dotyczące alkoholu i marihuany. W przypadku tych substancji używanie przy jednej okazji z psychodelikami potwierdziło odpowiednio około 40% oraz 60% uczestników, w tym około 25% respondentów, którzy łączą psychodeliki z marihuaną często lub za każdym razem.

Tabela 21. Rozkład częstości odpowiedzi respondentów dotyczących mieszania psychodelików (N=3264)

| <i>Jak często (jeśli w ogóle) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używałeś(aś) więcej niż jednego rodzaju psychodelików przy jednej okazji?</i> | | | | |
|---|----------------|----------------|---------------|------------------------|
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Za każdym razem |
| 2095 (64,2%) | 707 (21,7%) | 317 (9,7%) | 144 (3,5%) | 31 (0,9%) |

Tabela 22. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących mieszania psychodelików z innymi substancjami psychoaktywnymi (N=3144)

| Jak często (jeśli w ogóle) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, łączyłeś(aś) psychodeliki z innymi substancjami psychoaktywnymi przy jednej okazji? | | | | | |
|--|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Za każdym razem |
| Alkohol | 1867 (59,4%) | 627 (19,9%) | 313 (10,0%) | 218 (6,9%) | 119 (3,8%) |
| Mariguana | 1284 (40,8%) | 607 (19,3%) | 453 (14,4%) | 480 (15,3%) | 320 (10,2%) |
| Syntetyczne kannabinoidy | 2990 (95,1%) | 88 (2,8%) | 41 (1,3%) | 16 (0,5%) | 9 (0,3%) |
| Amfetamina lub jej pochodne | 2778 (88,4%) | 204 (6,5%) | 92 (2,9%) | 50 (1,6%) | 20 (0,6%) |
| Kokaina | 2796 (88,9%) | 204 (6,5%) | 97 (3,1%) | 32 (1,0%) | 15 (0,5%) |
| Mefedron lub inne pochodne katynonu | 2696 (85,8%) | 215 (6,8%) | 115 (3,7%) | 83 (2,6%) | 35 (1,1%) |
| Dysocjanty inne niż ketamina (np. DXM, PCP) | 3061 (97,4%) | 47 (1,5%) | 18 (0,6%) | 13 (0,4%) | 5 (0,2%) |
| Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol) | 3025 (96,2%) | 65 (2,1%) | 31 (1,0%) | 15 (0,5%) | 8 (0,3%) |
| Leki uspokajające i nasenne na receptę poza wskazaniem lekarza (np. benzodiazepiny) | 2852 (90,7%) | 165 (5,2%) | 74 (2,4%) | 34 (1,1%) | 19 (0,6%) |

Czynniki kontekstualne

Dla efektów oraz konsekwencji używania substancji psychodelicznych istotne znaczenie mają czynniki kontekstualne, w tym zarówno czynniki odnoszące się do miejsca, jak i towarzystwa, w którym ma to miejsce.

Kontekst fizyczno-społeczny (otoczenie)

Uczestnicy badań najczęściej odpowiadali, że używają psychodelików w swoim domu (około 81%), następnie „u znajomych” (71%) lub „na łonie natury” (około 79%). Nieco mniej respondentów sięgało po psychodeliki podczas imprez klubowych (43,9%) oraz festiwali muzycznych (42,1%), a także „na zewnątrz, np. przed domem/blokiem, w parku miejskim” (około 57%). Najmniej badanych potwierdziło używanie psychodelików: w ramach uczestnictwa w oficjalnych badaniach naukowych (niepełna 1% respondentów), w ramach legalnej (2,5%) oraz nielegalnej/”undergroundowej” (6,5%) terapii wspomaganej psychodelikami, podczas zorganizowanej ceremonii (10,7%). Szczegółowe wyniki w tym zakresie zostały zaprezentowane w tabeli 23.

Tabela 23. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących kontekstu fizyczno-społecznego (otoczenia) przyjmowania psychodelików (N=3264)

| | Wcale | Rzadko | Często | Za każdym razem |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <i>W swoim domu.</i> | 613 (18,8%) | 945 (29,0%) | 1355 (41,5%) | 351 (10,8%) |
| <i>U znajomych.</i> | 946 (29,0%) | 1273 (39,0%) | 940 (28,8%) | 105 (3,2%) |
| <i>Na zewnątrz (np. przed domem/blokiem, w parku miejskim).</i> | 1407 (43,1%) | 1129 (34,6%) | 637 (19,5%) | 91 (2,8%) |
| <i>Na łonie natury (np. w lesie).</i> | 696 (21,3%) | 963 (29,5%) | 1376 (42,2%) | 229 (7,0%) |
| <i>Na imprezie w klubie.</i> | 1830 (56,1%) | 810 (24,8%) | 555 (17,0%) | 69 (2,1%) |
| <i>Na festiwalu muzycznym.</i> | 1890 (57,9%) | 658 (20,2%) | 559 (17,1%) | 157 (4,8%) |
| <i>W szkole lub w pracy.</i> | 2920 (89,5%) | 286 (8,8%) | 53 (1,6%) | 5 (0,2%) |
| <i>W ramach zorganizowanej ceremonii.</i> | 2916 (89,3%) | 228 (7,0%) | 93 (2,8%) | 27 (0,8%) |

| | | | | |
|---|-----------------|---------------|--------------|--------------|
| <i>W ramach tzw. terapii podziemnej (undergroundowej).</i> | 3053 (93,5%) | 113 (3,5%) | 74 (2,3%) | 24 (0,7%) |
| <i>W ramach legalnej terapii z użyciem psychodelików.</i> | 3184 (97,5%) | 44 (1,3%) | 24 (0,7%) | 12 (0,4%) |
| <i>W ramach uczestnictwa w oficjalnych badaniach naukowych.</i> | 3240 (99,3%) | 18 (0,6%) | 1 (0,0%) | 5 (0,2%) |

Kontekst społeczno-relacyjny (towarzystwo)

Około 42% uczestników badania potwierdziło, że nigdy nie używania psychodelików w samotności (Tabela 24). Kontekst społeczno-relacyjny czy też towarzystwo, w których wydarzały się ich doświadczenia z psychodelikami był różnorodny. Najczęściej wskazywano towarzystwo pojedynczych znajomych (około 89%), z czego niespełna 20% uczestników wybrała odpowiedź „za każdym razem”. Nieco rzadziej wskazywano towarzystwo partnera/partnerki (około 57%) lub po prostu grupę innych ludzi, niekoniecznie znajomych (około 56%). Najrzadziej zaś wskazywani byli tutaj członkowie rodziny (około 20%) oraz doświadczeni opiekunowie/tripsitterzy (około 25%). Do rzadkości należało natomiast przyjmowanie psychodelików z szamanem lub przewodnikiem oraz innymi uczestnikami zorganizowanych ceremonii lub tzw. retreat’ów (około 6%).

Tabela 24. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących kontekstu społeczno-relacyjnego (towarzystwa) przyjmowania psychodelików (N=3264)

| <i>Jak często w swoim życiu (jeśli w ogóle) używałeś(aś) psychodelików w określonym towarzystwie?</i> | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| | Wcale | Rzadko | Często | Za każdym razem |
| <i>Samemu(samej).</i> | 1231 (37,7%) | 1024 (31,4%) | 813 (24,9%) | 196 (6,0%) |
| <i>Ze znajomym/znajomą.</i> | 366 (11,2%) | 723 (22,2%) | 1526 (46,8%) | 649 (19,9%) |
| <i>Z partnerem/partnerką.</i> | 1401 (42,9%) | 674 (20,6%) | 836 (25,6%) | 353 (10,8%) |

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------|---------------|
| Z członkiem rodziny. | 2606 (79,8%) | 465 (14,2%) | 157 (4,8%) | 36 (1,1%) |
| W grupie innych ludzi. | 1431 (43,8%) | 1019 (31,2%) | 655 (20,1%) | 159 (4,9%) |
| Z doświadczonym opiekunem/tripsitterem. | 2444 (74,9%) | 471 (14,4%) | 232 (7,1%) | 117 (3,6%) |
| Z szamanem lub przewodnikiem oraz innymi uczestnikami ceremonii lub retreat'u | 3055 (93,6%) | 133 (4,1%) | 53 (1,6%) | 23 (0,7%) |

Czynniki osobowe

Motywy/powody używania psychodelików

W tabeli 25 przedstawiono szczegółowe odpowiedzi uczestników badania na temat motywów czy powodów używania psychodelików. Najczęściej wskazywanymi były: zaspokojenie ciekawości (96,5%), zabawa/rekreacja (około 90%), motywy poznawcze (około 88%) oraz samorozwojowe (83,5%). Z kolei najrzadziej wskazywane były takie motywy jak: dopasowanie się do towarzystwa (około 23% respondentów), ucieczka od problemów/rzeczywistości (42,5%), poprawa własnej produktywności (około 42%), samoleczenie (około 56%), oraz duchowość (około 57%) czy budowania/poprawa relacji z innymi (około 40%).

Tabela 25. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących motywów/powodów przyjmowania psychodelików (N=3264)

| Zaznacz jak często w swoim życiu (jeśli w ogóle) używałeś(aś) psychodelików z następujących powodów lub intencji? | | | | |
|--|----------------|----------------|-----------------|------------------------|
| | Wcale | Rzadko | Często | Za każdym razem |
| Ciekawość. | 113 (3,5%) | 720 (22,1%) | 1655 (50,7%) | 776 (23,8%) |
| Zabawa/rekreacja (np. relaks, wzmocnienie doznań). | 329 (10,1%) | 670 (20,5%) | 1555 (47,6%) | 71 (21,8%) |

| | | | | |
|---|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| <i>Samoleczenie (np. łagodzenie objawów zaburzeń lub chorób).</i> | 1412 (43,4%) | 733 (22,5%) | 825 (25,3%) | 294 (9,0%) |
| <i>Poznanie (np. działania mózgu, percepcji rzeczywistości).</i> | 402 (12,3%) | 519 (15,9%) | 1399 (42,9%) | 944 (28,9%) |
| <i>Samorozwój.</i> | 539 (16,5%) | 552 (16,9%) | 1258 (38,5%) | 915 (28,0%) |
| <i>Budowanie/poprawa relacji z innymi.</i> | 1292 (39,6%) | 869 (26,6%) | 805 (24,7%) | 298 (9,1%) |
| <i>Duchowość.</i> | 1401 (42,9%) | 641 (19,6%) | 705 (21,6%) | 517 (15,8%) |
| <i>Poprawa samopoczucia.</i> | 897 (27,5%) | 764 (23,4%) | 1089 (33,4%) | 514 (15,7%) |
| <i>Poprawa produktywności.</i> | 1685 (51,6%) | 801 (24,5%) | 558 (17,1%) | 220 (6,7%) |
| <i>Podniesienie kreatywności.</i> | 1215 (37,2%) | 784 (24,0%) | 891 (27,3%) | 374 (11,5%) |
| <i>Dopasowanie się do grupy/towarzystwa.</i> | 2522 (77,3%) | 497 (15,2%) | 202 (6,2%) | 43 (1,3%) |
| <i>Ucieczka od problemów/rzeczywistości.</i> | 1911 (58,5%) | 739 (22,6%) | 426 (13,1%) | 188 (5,8%) |

4. Charakterystyka doświadczeń z mikrodawkowaniem psychodelików

Około 34% spośród respondentów (N=1128) potwierdziło mikrodawkowanie psychodelików przynajmniej jednokrotnie w swoim życiu. Osoby te najczęściej sięgały w tym celu po: grzyby psylocybinowe (78,8%), LSD lub inne lizergamidy (35,9%), grzyby typu Amanita Muscaria (18,4%), oraz MDMA/ecstasy (11%). Rzadziej wskazywało na ketaminę i jej pochodne (6,9%), DMT (3%), 2CB (2,4%) oraz syntetyczną psylocybinę (1,7%).

Respondenci, którzy deklarowali doświadczenia z mikrodawkowaniem psychodelików, byli następnie proszeni o udzielenie odpowiedzi na zestaw pytań szczegółowych dotyczących ich wzoru mikrodawkowania.

Motywy/powody mikrodawkowania

Uzyskane wyniki wskazują, że najczęstszym powodem lub intencją mikrodawkowania substancji psychodelicznych były: ciekawość (58,6%), zwiększenie kreatywności (56,5%), poprawa samopoczucia (55,6%), samorozwój i/lub samopoznanie (53,3%), poprawa produktywności (53,2%), zwiększenie koncentracji (47,6%) oraz samoleczenie (45,9%). Niektórzy spośród respondentów wskazywali również na motywy odnoszące się do duchowości (22,6%), rekreacji czy zabawy (19,3%) oraz budowania/poprawy relacji z innymi ludźmi (18,2%).

Schematy mikrodawkowania

W odpowiedzi na pytanie o konkretny schemat (lub protokół) swojego mikrodawkowania niespełna połowa badanych (49,4%) potwierdziła „sporadyczne” mikrodawkowanie (49,4%), osoby te nie stosowały przy tym żadnego konkretnego schematu/protokołu. Około 20% z uczestników badania potwierdziła „codzienne mikrodawkowanie”, a około 13% – mikrodawkowanie co drugi dzień. Najczęściej wskazywany był tzw. protokół Fadimana, czyli „1 dzień mikrodawkowania + 2 dni przerwy” (21,5% respondentów). Rzadziej, bo przez 8% respondentów, stosowany był tzw. protokół Stametsa („4 dni mikrodawkowania + 3 dni przerwy”), a jeszcze rzadziej (około 4%), tzw. protokół Workaholica („5 dni mikrodawkowania + 2 dni przerwy”). Dłuższe ciągi mikrodawkowania zostały wskazane przez około 7% badanych. Szczegółowe wyniki w tym zakresie prezentuje tabela 26.

W rubryce „inne, napisz jakie” część respondentów (n=116, 2,1%) opisała również odmienne schematy czy protokoły mikrodawkowania. Najczęściej były to odpowiedzi w rodzaju „Jednodniowa mikrodawka” lub „Mikrodawkowanie przechodzące w makrodawkowanie”, czyli stosowania mikrodawki psychodelików jako przygotowania do zażycia dawek większych. Pozostałe odpowiedzi wskazywały na następujące schematy/protokoły przyjmowania mikrodawek psychodelików:

- „1 dzień mikrodawkowania, 3 dni przerwy”
- „2 dni micro i 1 dzień przerwy”
- „3 dni mikrodawkowania+ 1 dzień przerwy”
- „3 dni mikrodawkowania plus 2 przerwy”
- „3 dni mikrodawkowania +4 dni przerwy”
- „2-3 dni mikrodawkowania i 3-7 dni przerwy”
- „2/3 dni mikrodawkowania co 1/2 tyg”
- „2 dni mikrodawek, 1 dzień przerwy, 4 dni mikrodawmkwania 2 dni przerwy”
- „4 dni mikrodawkowania + 4 dni przerwy”

Tabela 26. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących stosowanych schematów/protokołów mikrodawkowania psychodelików (n=988)

| Czy stosowałeś(aś) konkretny schemat lub protokół mikrodawkowania? | |
|---|-------------|
| <i>Codziennie mikrodawkowanie.</i> | 173 (18,7%) |
| <i>Sporadyczne mikrodawkowanie.</i> | 456 (49,4%) |
| <i>Mikrodawkowanie co drugi dzień.</i> | 121 (13,1%) |
| <i>1 dzień mikrodawkowania + 2 dni przerwy.</i> | 199 (21,5%) |
| <i>4 dni mikrodawkowania + 3 dni przerwy.</i> | 74 (8%) |
| <i>5 dni mikrodawkowania + 2 dni przerwy.</i> | 39 (4,2%) |
| <i>Dłuższe ciągi mikrodawkowania (np. 2-3 tyg.) potem dłuższa przerwa (np. 1-2 tyg.).</i> | 63 (6,8%) |

Ocena efektów mikrodawkowania

Odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę efektów mikrodawkowania psychodelików na różne aspekty życia uczestników wskazują, że zdecydowana większość badanych ocenia wpływ mikrodawkowania jako pozytywny, w tym głównie na swoje samopoczucie, swoją motywację,

kreatywność oraz produktywność. W najmniejszym stopniu dotyczyło to wpływu na symptomy problemów zdrowotnych, w tym przede wszystkim związanych ze zdrowiem fizycznym. Co istotne, za wyjątkiem wpływu na samopoczucie i kreatywność, około jednej czwartej respondentów trudno było ocenić, czy wpływ mikrodawkowania jest negatywny czy pozytywny. Szczegółowy rozkład udzielonych odpowiedzi został przedstawiony w tabeli 27.

Tabela 27. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących subiektywnej oceny wpływu mikrodawkowania psychodelików na różne aspekty życia (n=2378).

| | „Nie dotyczy” | Bardzo negatywnie | Negatywnie | Raczej negatywnie | Ani negatywnie, ani pozytywnie | Raczej pozytywnie | Pozytywnie | Bardzo pozytywnie |
|--|----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| <i>...swoje samopoczucie</i> | 33 (3,3%) | 5 (0,5%) | 5 (0,5%) | 19 (1,9%) | 135 (13,3%) | 314 (31,0%) | 306 (9,0%) | 195 (19,3%) |
| <i>...swoją motywację</i> | 66 (6,5%) | 6 (0,6%) | 7 (0,7%) | 21 (2,1%) | 233 (23%) | 285 (28,2%) | 274 (27,1%) | 120 (11,9%) |
| <i>...swoją koncentrację</i> | 61 (6,0%) | 5 (0,5%) | 17 (1,7%) | 53 (5,2%) | 280 (27,7%) | 275 (27,2%) | 207 (20,5%) | 114 (11,3%) |
| <i>...swoją kreatywność</i> | 55 (5,4%) | 1 (0,1%) | 5 (0,5%) | 5 (0,5%) | 187 (18,5%) | 293 (29,0%) | 264 (26,1%) | 202 (20%) |
| <i>...swoją produktywność</i> | 66 (6,5%) | 6 (0,6%) | 17 (1,7%) | 45 (4,4%) | 285 (28,2%) | 282 (27,9%) | 194 (19,2%) | 117 (11,6%) |
| <i>...symptomy problemów ze zdrowiem fizycznym</i> | 362 (35,8%) | 3 (0,3%) | 9 (0,9%) | 17 (1,7%) | 374 (37,0%) | 106 (10,5%) | 86 (8,5%) | 55 (5,4%) |
| <i>...symptomy problemów ze zdrowiem psychicznym</i> | 250 (24,7%) | 12 (1,2%) | 12 (1,2%) | 25 (2,5%) | 205 (20,3%) | 208 (20,6%) | 160 (15,8%) | 140 (13,8%) |
| <i>...jakość komunikacji/relacji z innymi</i> | 121 (12,0%) | 4 (0,4%) | 9 (0,9%) | 23 (2,3%) | 247 (24,4%) | 265 (26,2%) | 204 (20%) | 139 (13,7%) |

Uczestnicy byli proszeni również o określenie czy, ich zdaniem, efekty mikrodawkowania psychodelików wynikały z działania tych substancji czy raczej były efektem ich oczekiwań, a więc tak zwanym efektem placebo. Odpowiedzi wskazują, że większości badanych (około 57%) przypisuje te efekty działaniu mikrodawkowanych substancji psychodelicznych, a nie efektowi placebo. Przy czym około jedna trzecia respondentów była w tej kwestii niezdecydowana.

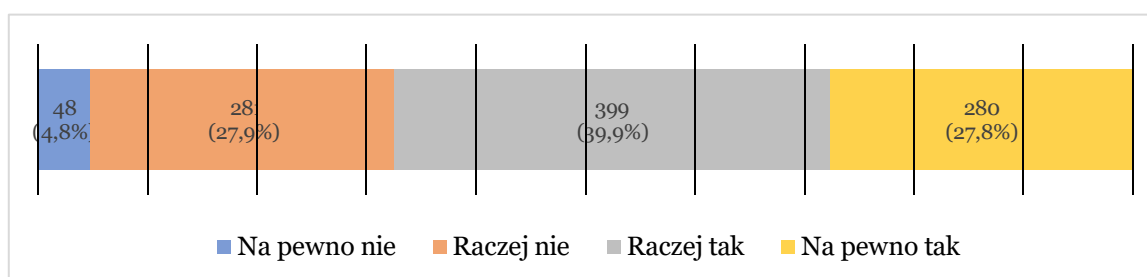
Tabela 28. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących oceny efektów mikrodawkowania jako wynikających z działania substancji vs. oczekiwań (N=1012)

| Na ile Twoim zdaniem efekty mikrodawkowania wynikały z działania substancji, a na ile były efektem Twoich oczekiwań (efektem placebo)? | | | | | | |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Całkowicie efekt placebo | Głównie efekt placebo | Raczej efekt placebo | Trudno powiedzieć | Raczej działanie substancji | Głównie działanie substancji | Całkowicie działanie substancji |
| 9 (0,9%) | 21 (2,1%) | 46 (4,6%) | 359 (35,7%) | 295 (29,3%) | 203 (20,2%) | 74 (7,3%) |

Zamiar mikrodawkowania w przyszłości

W ostatnim pytaniu w tym segmencie respondenci byli proszeni o określenie swoich zamiarów stosowania mikrodawk psychodelików w przyszłości. Z zestawienia wyników (zaprezentowanego na wykresie 8) wynika, że takie zamiary ma większość, bo około 70% badanych, przy czym jedynie niespełna 5% że „na pewno nie” będzie stosować mikrodawkowania w przyszłości.

Wykres 8. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących zamiarów mikrodawkowania substancji psychodelicznych w przyszłości (n=1076)



5. Opinie na temat psychodelików i ich stosowania

Skala Obaw i Otwartości dotyczących Psychodelików

W zamieszczonej poniżej tabela 29 przedstawiono wyniki dotyczące odczuć i postaw wobec psychodelików zebrane z wykorzystaniem skali Concerns and Openness toward Psychedelic Scale (COPS). Zgodnie z instrukcją autorów, pytania 2, 4, 6, 7 i 10 dotyczą „otwartości na psychodeliki”, a pozostałe pytania (1, 3, 5, 8 i 9) – „obaw wobec psychodelików”. Uzyskane dane wskazują, że zdecydowana większość respondentów ma stosunkowo niskie obawy względem tych substancji, prezentując jednocześnie głównie przejawy postawę otwartości.

Tabela 29. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących odczuć i postaw wobec psychodelików na podstawie skali COPS (N=2231)

| 1. Obawiam się wpływu substancji psychodelicznych na moją psychikę. | | | | | |
|--|-----------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie zgadzam się | Raczej się nie zgadzam | Raczej się zgadzam | Zgadzam się | Zdecydowanie się zgadzam |
| 617 (26,5%) | 639 (27,4%) | 535 (23,0%) | 307 (13,2%) | 147 (6,3%) | 86 (3,7%) |
| 2. Badania nad terapeutycznymi właściwościami psychodelików powinny być rzetelnie kontynuowane przez cały czas. | | | | | |
| 6 (0,3%) | 6 (0,3%) | 9 (0,4%) | 106 (4,5%) | 370 (15,9%) | 1834 (78,7%) |
| 3. Boję się konsekwencji wpływu substancji psychodelicznych na moje zdrowie fizyczne. | | | | | |
| 1051 (45,1%) | 678 (29,1%) | 336 (14,4%) | 136 (5,8%) | 80 (3,4%) | 50 (2,1%) |
| 4. Ciekawi mnie temat właściwości terapeutycznych psychodelików. | | | | | |
| 18 (0,8%) | 13 (0,6%) | 25 (1,1%) | 187 (8,0%) | 545 (23,4%) | 1543 (66,2%) |
| 5. Psychodeliki są fizycznie uzależniające. | | | | | |

| | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 1291 (55,4%) | 490 (21,0%) | 334 (14,3%) | 115 (4,9%) | 59 (2,5%) | 42 (1,8%) |
| 6. Informacje podawane przez media na temat psychodelików powinny być przedstawienie obiektywnie i zgodnie z dowodami naukowymi. | | | | | |
| 8 (0,3%) | 6 (0,3%) | 10 (0,4%) | 81 (3,5%) | 367 (15,7%) | 1859 (79,8%) |
| 7. Uważam, że udział w terapii psychodelicznej może być korzystny dla osoby, która szuka pomocy i ma do niej wskazania. | | | | | |
| 7 (0,3%) | 9 (0,4%) | 21 (0,9%) | 226 (9,7%) | 586 (25,1%) | 1482 (63,6%) |
| 8. Psychodeliki mogą powodować trwałe uszkodzenia mózgu. | | | | | |
| 551 (23,6%) | 461 (19,8%) | 614 (26,3%) | 402 (17,2%) | 195 (8,4%) | 108 (4,6%) |
| 9. Uważam, że psychodeliki to narkotyki. | | | | | |
| 599 (25,7%) | 367 (15,7%) | 313 (13,4%) | 418 (17,9%) | 387 (16,6%) | 247 (10,6%) |
| 10. Ludzie powinni być edukowani na temat psychodelików, ich działania i właściwości terapeutycznych. | | | | | |
| 10 (0,4%) | 8 (0,3%) | 26 (1,1%) | 184 (7,9%) | 534 (22,9%) | 1569 (67,3%) |

Opinie na temat stosowania psychodelików

W tabeli 30 przedstawiono dane dotyczące opinii na temat korzyści i ryzyka związanych ze stosowaniem substancji psychodelicznych. Zdecydowana większość respondentów (96,7%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że korzyści, jakie mogą wynikać z używania psychodelików „w odpowiednich warunkach”, są warte podjęcia związanego z tym ryzyka. Wyniki okazały się jednak diametralnie różne w pytaniu o to, czy korzyści te są warte ryzyka niezależnie od warunków, w których zażywane są psychodeliki. Z tym stwierdzeniem zgodziło się 16,5% osób.

W dalszej kolejności zapytano o opinie na temat znaczenia własnych doświadczeń z psychodelikami wśród terapeutów i naukowców, którzy z pracują z osobami stosującymi takie substancje. W obydwu przypadkach zdecydowana większość respondentów była zgodna co do tego, że zarówno terapeuci (96%) jak i naukowcy (92%) powinni mieć swoje doświadczenia psychodeliczne.

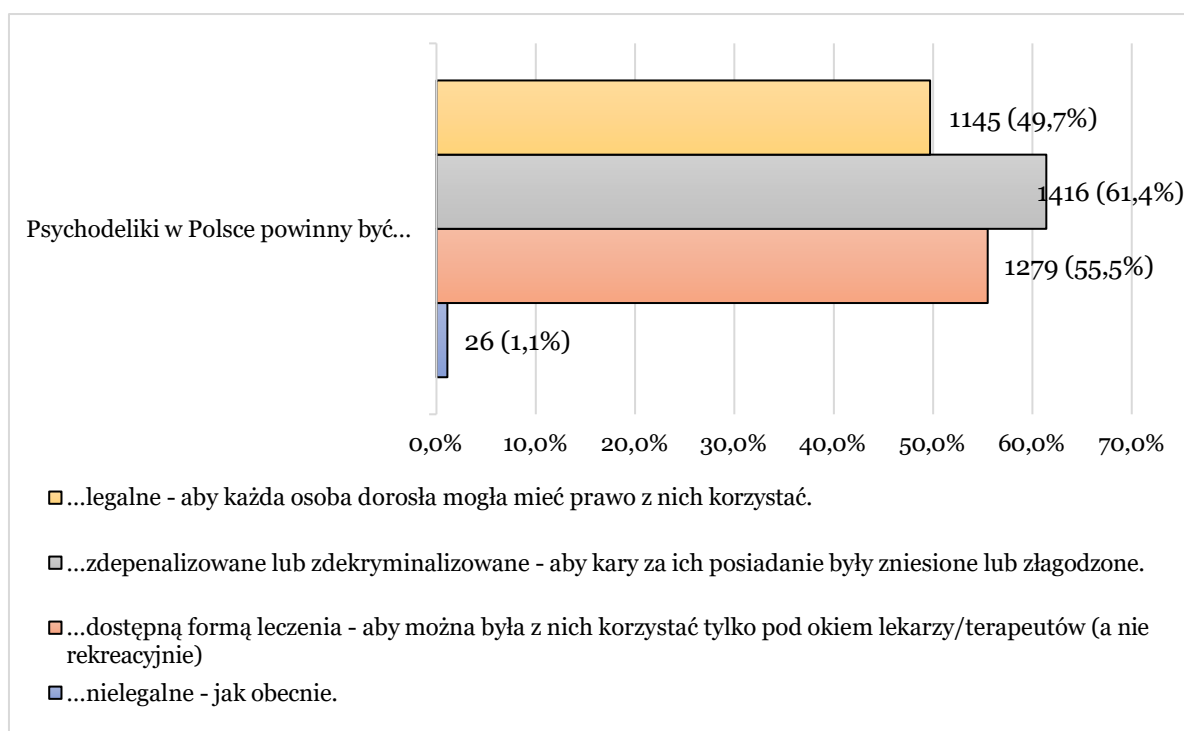
Tabela 30. Rozkład częstości odpowiedzi dotyczących opinii na temat stosowania psychodelików (N=2231)

| 1. Uważam, że korzyści wynikające z używania psychodelików W ODPOWIEDNICH WARUNKACH, warte są podjęcia związanego z tym ryzyka. | | | | | |
|--|-----------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie zgadzam się | Raczej się nie zgadzam | Raczej się zgadzam | Zgadzam się | Zdecydowanie się zgadzam |
| 18 (0,8%) | 17 (0,7%) | 40 (1,7%) | 250 (10,7%) | 532 (22,8%) | 1474 (63,2%) |
| 2. Uważam, że korzyści wynikające z psychodelików, warte są podjęcia związanego z tym ryzyka, NIEZALEŻNIE OD WARUNKÓW w których są zażywane. | | | | | |
| 757 (32,5%) | 661 (28,4%) | 527 (22,6%) | 236 (10,1%) | 89 (3,8%) | 61 (2,6%) |
| 3. Terapeuci pracujący z psychodelikami lub zajmujący się integracją doświadczeń psychodelicznych powinni sami mieć własne doświadczenia psychodelicznej, aby lepiej zrozumieć i wspierać osoby, z którymi pracują. | | | | | |
| 10 (0,4%) | 19 (0,8%) | 64 (2,7%) | 418 (17,9%) | 550 (23,6%) | 1270 (54,5%) |
| 4. Naukowcy prowadzący badania nad psychodelikami powinni mieć własne doświadczenia z tymi substancjami, aby lepiej zrozumieć zjawiska, które badają. | | | | | |
| 18 (0,8%) | 35 (1,5%) | 135 (5,8%) | 499 (21,4%) | 519 (22,3%) | 1125 (48,3%) |

Opinie na temat statusu prawnego psychodelików w Polsce

Dane dotyczące opinii badanych na temat statusu prawnego substancji psychodelicznych w Polsce wskazują, że o ile zdecydowana większość (98,9%) uczestników badania nie popiera utrzymania aktualnego statusu prawnego psychodelików w Polsce, to zdania dotyczące wprowadzania konkretnych zmian były wyraźnie podzielone. Każdą z trzech dostępnych możliwości prawnych została poparta przez blisko połowa respondentów: pełna legalizacja psychodelików (około 50%), depenalizacja lub dekryminalizacja (około 60%) oraz medykalizacja (około 55%). Przy czym warto pamiętać, że pytania te miały możliwość wielokrotnego wyboru i część respondentów udzieliła twierdzącej odpowiedzi przy więcej niż jednym z tych rozwiązań.

Wykres 9. Rozkład częstości odpowiedzi na pytania dotyczące statusu prawnego psychodelików w Polsce (N=2306)



Nieco bardziej zniuansowanych informacji o opiniach badanych w tych zakresie dostarczyły odpowiedzi na towarzyszące pytanie otwarte („inne, napisz jakie”). Poniższej przytaczamy wybrane (spośród 156) odpowiedzi, które zostały wyselekcjonowane, tak aby odzwierciedlały występujące opinie przy minimalizacji ich powtórzeń.

„...zaczniemy powoli - legalność prowadzenia badań nad psychodelikami jako numer jeden, później jako forma terapii kontrolowanej dla pewnej (odpowiedniej) grupy osób, później depenalizowane - to tak w dużym skrócie”

„...wybrane, dobrze zbadane psychodeliki powinny być legalne”

„...źle użyte mogą mieć bardzo negatywne konsekwencje, więc zupełnie nieograniczony dostęp mógłby być problematyczny”

„Zawahałam się nad tym 'legalne', jeśli legalne jak 'alko' dostępne na stacji benzynowej to nie. Albo jak kiedyś w sklepach z dopalaczami. I jednak nie klikam w legalne”

„...uwazam, że powinny być legalne, lecz aby je pozyskać i z nich korzystać osoba powinna przejść kurs (zdobyć kwalifikacje) nadający jej odpowiednie kompetencje do używania i przyjmowania na własną rękę. Trochę jak z pozwoleniem na broń w Polsce”

„Uważam, że każda z substancji kontrolowanych powinna być dystrybuowana w aptekach i produkowana przez koncerny farmaceutyczne. Dzięki temu źli ludzie nie zarabialiby na nich pieniędzy. Uważam, że nie powinno być możliwe wystawianie takich substancji przez konsultacje telefoniczne, internetowe. Powinni wystawiać je powołani do tego lekarze i obieg ich powinien być kontrolowany.”

„...trudno określić ponieważ jest wiele rodzajów psychodelików i jak np. grzyby, mdma czy lsd powinny być zdepenalizowane albo wręcz legalne to taka ayhuaska czy dmt mogą wyrządzić duże szkody. takie jak schizofrenia i powinny być na początku tylko dostępną formą leczenia i dopiero po jakimś czasie i analizie korzyści z leczenia może zdepenalizowane”

„Psychodeliki są dokładnie tym czego wszyscy szukamy. Owocem poznania dobra i zła jak i owocem nieśmiertelności. Jeśli chcemy naprawić świat nie ma innej drogi niż psychodeliki”

„Powszechnie dostępne w licencjonowanych sklepach”

„...powinny być legalne dla osób u których nie stwierdzono przeciwwskazań (po odpowiednich badaniach przeprowadzonych przez psychologa) / dla osób z problemami w celach terapeutycznych”

„Powinny być dostępne w aptekach żeby farmaceuta mógł poinformować o przeciwwskazaniach i zweryfikować wiek osoby kupującej.”

„Patrząc optymistycznie - zalegalizowane. Realistycznie - przynajmniej zdepenalizowane. Patrząc na aktualne rządy - fajnie jakby były chociaż lecznicze”

„Legalne, nie dla każdego.”

„...legalne. ale nie na wyciągnięcie ręki. żeby można było je bez problemu kupić. ale musiałyby być jakieś regulacje co kto ile.”

„Uważam, że dorosły, świadomy działania człowiek po ukończeniu 25 roku życia powinien po przejściu testów osobowościowych mieć dostęp do podstawowych psychodelików typu Grzyby psylocybinowe bądź dawki w okolicach 100-200 mikrogramów LSD, ponieważ wyższe dawki tych substancji bądź mocniejsze psychodeliki typu DMT lub Szalwia wieszczą mogą być zbyt dużym szokiem dla ludzkiej psychiki i takie praktyki powinny się odbywać tylko i wyłącznie w obecności doświadczonych terapeutów”

„Legalne, jednak nabywane w zweryfikowanych punktach, przez osoby pełnoletnie, po odbyciu edukacji, badań, zarówno ogólnego zdrowia, jak i stanu zdrowia psychicznego, bez konkretnych wskazań. Jednak jest to bardzo odległa przyszłość i wymagałoby to dodatkowych rozwiązań i wykluczeń.”

„...legalne, ale dla osób z państwowym certyfikatem potwierdzającym trening psychologiczny i terapię (coś jak prawo jazdy, ale do zażywania substancji psychoaktywnych)”

„Legalne w ramach praktyk religijnych”

„Dostępne ale pod kontrolą. Trzeba mieć koncesję, żeby sprzedać i trzeba być pełnoletnim, żeby kupić”

„Ciężko jest określić czy legalizacja jest dobrym pomysłem. Z drugiej strony największym problemem psychodelików, narkotyków po za grzybami, które samemu można wyhodować to jest skład. W przypadku zakupu od dilerów nawet zaufanego nigdy nie mamy pewności, a same testy nie są cudownym rozwiązaniem (te domowe)”

Ocena wpływu używania psychodelików na poglądy metafizyczne

Ostatnie w tym segmencie pytanie dotyczyło poglądów metafizycznych respondentów, przy jednoczesnej próbie uchwycenia wpływu, jaki na poglądy te miały doświadczenia z psychodelikami. Uczestnicy zaznaczali odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w dwóch równoległych kolumnach – „przed rozpoczęciem używania psychodelików” oraz „jak wszystkie Twoje doświadczenia z psychodelikami wpłynęły na to, w jakim stopniu obecnie zgadzasz się z tymi stwierdzeniami” (jak w tabeli 31).

Większość respondentów (około 75%) określała siebie jako osoby „niereligijne”, przy czym 1/3 osób odpowiedziała, że psychodeliki mogły mieć na to wpływ. Taki wpływ, choć w ograniczonym stopniu, zaobserwowano w przypadku wskaźników idealizmu („*Wszystko co istnieje to formy świadomości*”), monizmu („*Wszystko jest Jednym*”), czy dualizmu („*Umysł może istnieć niezależnie od materii/fizyczności*”). Natomiast odwrotny kierunek, w którym to respondenci w mniejszym stopniu zgadzają się ze wskaźnikami poglądów metafizycznych po używaniu psychodelików niż przed nimi, stwierdzono m.in. w przypadku wskaźników fizykalizmu („*Całe moje świadome doświadczenie jest wynikiem aktywności mojego układu nerwowego*”), scjentyzmu („*Nauka jest jedynym sposobem na poznawanie rzeczywistości*”) czy moralnego realizmu („*Niektóre zachowania są obiektywnie dobre albo złe*”). Należy jednak podkreślić, że są to dane samoopisowe i poglądowe, a różnice pomiędzy odpowiedziami

„przed psychodelikami” i „wpływ psychodelików” nie zostały sprawdzone pod względem istotności statystycznej. Szczegółowe wyniki w tym zakresie zostały zestawione w tabeli 31.

W badaniu uwzględniono również trzy pytania ankietowe, dotyczące poczucia kontaktu z tzw. „światem duchowym” przez osoby znajdujące się pod wpływem substancji psychodelicznych. Odpowiedzi na pierwsze pytanie wskazują, że niespełna połowa respondentów (n=1136; 49,4%) nie doświadczyła pod wpływem psychodelików „obecności istot, które wydawały się świadome i niezależne”. Takie doświadczenia potwierdziło 28% respondentów (n=646), a pozostałe około 22% (n=519) nie była co do tego pewna. W drugim pytaniu respondenci mieli określić, czy kiedykolwiek pod wpływem psychodelików mieli poczucie, że zostali „energetycznie zaatakowani lub znaleźli się w szkodliwym kontakcie ze światem duchowym”. Tego typu poczucie potwierdziło nieco ponad 10% z respondentów (n=269; 11,6%), a około 15% (n=338; 14,6%) nie była tego pewna. Zdecydowana większość uczestników (n=1707; 73,8%) nie miała takich doświadczeń. W ostatnim pytaniu respondenci byli proszeni o określenie tego czy wierzą „w istnienie niezależnych duchów lub istot, które nie są postrzegane w naturalnym stanie świadomości”. Zdania respondentów były tutaj podzielone niemalże po równo. Około połowa z nich odpowiedziała „Zdecydowanie tak” (n=375; 16,2%) lub „Raczej tak” (n=764; 33%), a pozostali udzieli odpowiedzi „Zdecydowanie nie” (n=515; 22,3%) lub „Raczej nie” (n=660; 28,5%).

Tabela 31. Rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące poglądów metafizycznych (częstości, %)

| | Przed psychodelikami. | | | | | Wpływ psychodelików. | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|
| | Zdecydowanie się nie zgadzałem(am) | Raczej się nie zgadzałem(am) | Nie miałem(am) zdania | Raczej się zgadzałem(am) | Zdecydowanie się zgadzałem(am) | Zgadzam się dużo mniej | Zgadzam się nieco mniej | Nie miały wpływu | Zgadzam się nieco bardziej | Zgadzam się dużo bardziej |
| <i>Jestem osobą religijną.</i> | 1327 (57,1%) | 402 (17,3%) | 181 (7,8%) | 269 (11,6%) | 147 (6,3%) | 169 (9,4%) | 67 (3,7%) | 1220 (68,2%) | 218 (12,2%) | 115 (6,4%) |
| <i>Całe moje świadome doświadczenie jest wynikiem aktywności mojego układu nerwowego.</i> | 105 (4,5%) | 196 (8,5%) | 840 (36,3%) | 715 (30,9%) | 461 (19,9%) | 98 (5,5%) | 168 (9,4%) | 1013 (57%) | 331 (18,6%) | 168 (9,4%) |
| <i>Nieważne jak bardzo by się starać, nie można zmienić swojego przeznaczenia.</i> | 804 (34,8%) | 674 (29,2%) | 471 (20,4%) | 273 (11,8%) | 89 (3,9%) | 256 (14,4%) | 166 (9,3%) | 1125 (63,3%) | 160 (9,0%) | 71 (4,0%) |
| <i>Wszystkie zwierzęta mają własną aktywność umysłową.</i> | 44 (1,9%) | 88 (3,8%) | 335 (14,5%) | 835 (36,1%) | 1011 (43,7%) | 6 (0,3%) | 8 (0,4%) | 1106 (62,2%) | 302 (17,0%) | 356 (20,0%) |
| <i>Wszystko co istnieje to formy świadomości.</i> | 182 (7,9%) | 330 (14,4%) | 972 (42,4%) | 542 (23,6%) | 269 (11,7%) | 14 (0,8%) | 24 (1,4%) | 918 (51,8%) | 434 (24,5%) | 381 (21,5%) |
| <i>Umysł może istnieć niezależnie od materii/fizyczności.</i> | 308 (13,4%) | 373 (16,2%) | 968 (42,1%) | 454 (19,7%) | 197 (8,6%) | 25 (1,4%) | 32 (1,8%) | 971 (54,8%) | 436 (24,6%) | 307 (17,3%) |
| <i>Nauka jest jedynym sposobem na poznawanie rzeczywistości.</i> | 284 (12,4%) | 577 (25,1%) | 301 (13,1%) | 713 (31,0%) | 424 (18,4%) | 294 (16,6%) | 350 (19,8%) | 881 (49,8%) | 136 (7,7%) | 108 (6,1%) |
| <i>Istnieje tylko to, co fizyczne (materia).</i> | 602 (26,2%) | 682 (29,7%) | 410 (17,8%) | 370 (16,1%) | 236 (10,3%) | 440 (24,9%) | 316 (17,9%) | 833 (47,1%) | 105 (5,9%) | 76 (4,3%) |
| <i>Niektóre zachowania są obiektywnie dobre albo złe.</i> | 136 (5,9%) | 253 (11%) | 358 (15,6%) | 994 (43,3%) | 554 (24,1%) | 152 (8,6%) | 211 (11,9%) | 1161 (65,4%) | 150 (8,5%) | 100 (5,6%) |
| <i>Wszystko jest Jednym.</i> | 355 (15,4%) | 364 (15,8%) | 1141 (49,6%) | 288 (12,5%) | 152 (6,6%) | 28 (1,6%) | 30 (1,7%) | 882 (49,7%) | 410 (23,1%) | 424 (23,9%) |
| <i>Ostatecznie nie ma żadnych rzeczy, są tylko procesy.</i> | 198 (8,6%) | 332 (14,5%) | 1372 (59,7%) | 297 (12,9%) | 97 (4,2%) | 15 (0,8%) | 32 (1,8%) | 1264 (71,3%) | 306 (17,3%) | 156 (8,8%) |
| <i>Obserwowalna rzeczywistość jest wytworem naszych umysłów.</i> | 279 (12,1%) | 367 (15,9%) | 747 (32,5%) | 689 (29,9%) | 219 (9,5%) | 25 (1,4%) | 65 (3,7%) | 839 (47,3%) | 489 (27,5%) | 357 (20,1%) |
| <i>Nic nie dzieje się bez powodu.</i> | 199 (8,6%) | 299 (13%) | 498 (21,6%) | 855 (37,1%) | 453 (19,7%) | 38 (2,1%) | 53 (3%) | 926 (52,1%) | 381 (21,5%) | 378 (21,3%) |
| <i>Wiele różnych światopoglądów może być prawdziwych jednocześnie.</i> | 92 (4%) | 197 (8,5%) | 451 (19,6%) | 981 (42,5%) | 585 (25,4%) | 9 (0,5%) | 17 (1%) | 842 (47,5%) | 454 (25,6%) | 452 (25,5%) |

6. Charakterystyka wybranego przez respondentów doświadczenia psychodelicznego

Badanych poproszono, aby przywołali w pamięci jedno, wybrane przez siebie doświadczenie pod wpływem psychodeliku/ów i postarali się je opisać udzielając odpowiedzi na kolejne pytania ankiety. Uzyskano w ten sposób dane od 2930 osób.

Wybrane przez respondentów doświadczenia zazwyczaj były wynikiem zażycia grzybów psylocybinowych (43,1%), LSD lub innych lizergamidów (29,9%) lub MDMA lub jej pochodnych (13,0%). Badani najrzadziej przywoływali doświadczenia pod wpływem syntetycznej psylocybiny lub jej pochodnych (0,6%), 5-Meo-DMT (0,6%), meskaliny (0,4%), substancji z grupy 2-CX (0,1%) czy grupy DOx (0,03%). W rubryce „inne” pojawiły się substancje takie jak: szaflwia wieszcza, podtlenek azotu, czy „alfa pvp. Badani, którzy opisywali doświadczenie, którego doznali pod wpływem więcej niż jednej substancji psychodelicznej najczęściej łączyli grzyby psylocybinowe z MDMA, LSD lub ketaminą. Niespełna 1/3 uczestników (32,2%) przyjmowała w dniu opisywanego doświadczenia również inne substancje psychoaktywne. Najczęściej były to marihuana (20,4%) i alkohol (9,7%), najrzadziej opioidy (0,3%) i dysocjanty inne niż ketamina (0,1%).

Okolo połowa (46,6%) respondentów opisywała doświadczenie psychodeliczne, które przeżyli w ciągu roku poprzedzającego badanie, spośród tych osób 1/4 (25,5%) stanowili badani, którzy mieli takie doświadczenie w ciągu ostatniego miesiąca. Niespełna 1/5 badanych (18,6%) przywoływała doświadczenie z ostatnich 2 lat, a co ósmy (12,2%) z ostatnich 3 lat. Z kolei 11,2% osób odnosiło się do doświadczeń, które przeżyli w ciągu ostatnich 5 lat, a 11,4% do doświadczeń jeszcze starszych.

Okolo 1/3 respondentów (33,9%) opisywała swoje pierwsze doświadczenie ze wskazanym psychodelikiem. Dla 14,8% osób było to drugie takie doświadczenie, dla 13,4% trzecie, a dla 7,9% czwarte. Okolo 1/3 respondentów (30%) zadeklarowała, że mieli 5 lub więcej doświadczeń psychodelicznych z wskazaną przez siebie substancją.

Niespełna połowa osób badanych (46,4%) oceniła, że przyjęła średnią dawkę substancji psychodelicznej. Jedynie 10% respondentów uznało przyjętą dawkę za niską lub bardzo niską, a 44,8% za wysoką lub bardzo wysoką. Dla 3/4 badanych (75,1%) działanie zażytej dawki było silne lub bardzo silne. Nieco ponad 1/5 (21,7%) oceniła działanie dawki jako średnie, a 3,2% jako słabe lub ledwie wyczuwalne.

Opisywane przez respondentów doświadczenie miało miejsce najczęściej podczas przyjmowania psychodeliku w ich własnym domu (36,4%), na „łonie natury” (22,5%) lub u znajomych (19,1%). Niespełna 9% badanych deklaroowało, że przeżyło to doświadczenie przebywając na zewnątrz (np. przed domem), podobny odsetek podczas imprezy w klubie lub na festiwalu muzycznym. W ramach zorganizowanej ceremonii lub retreat'u takie doświadczenie miało 2,5% badanych. W przypadku 0,8% osób odbyło się do w ramach tzw. terapii podziemnej (undergroundowej), a dla 0,2% w ramach legalnej terapii z użyciem psychodelików. Jedynie 5 osób (0,2%) przeżyło to doświadczenie w szkole lub w pracy, a 3 osoby (0,1%) w ramach uczestnictwa w oficjalnych badaniach naukowych.

Przywoływane doświadczenie psychodeliczne najczęściej przeżywane było w gronie znajomych (42,1%) lub z partnerką/partnerem (21,0%). Niespełna 1/5 badanych zdecydowała się na doświadczenie psychodeliczne w samotności. Rzadziej doświadczenie to miało miejsce w grupie innych ludzi (11,8%), z doświadczonym opiekunem/tripsitterem (2,9%), członkiem rodziny (1,8%), czy szamanem lub przewodnikiem oraz innymi uczestnikami ceremonii lub retreat'u (1,8%).

Wśród głównych powodów, czy intencji przyjęcia psychodeliku, uczestnicy wymieniali najczęściej rekreację lub zabawę (34,2%), ciekawość (26,2%), samorozwój/samopoznanie (12,2%) oraz poznanie (np. działania mózgu, percepcji rzeczywistości (10,0%). Najrzadziej wskazywano powody związane z poprawą produktywności (0,4%) i zwiększeniem kreatywności (0,5%).

Większość badanych potwierdziła pozytywny wpływ opisywanego doświadczenia psychodelicznego zarówno na zdrowie i samopoczucie psychiczne (69,8%), jak i relacje z innymi (58,9%). W zakresie zdrowia i samopoczucia fizyczne dominowało przekonanie o braku odczuwalnego wpływu (65,6%), choć 28,5% oceniło go jako korzystny. Negatywny wpływ w na stan zdrowia psychicznego zadeklarowało 9,2% uczestników. Około 5% oceniło jako negatywny wpływ na dwa pozostałe obszary.

7. Negatywne konsekwencje używania substancji psychodelicznych

Częstości doświadczania oraz ocena poziomu nasilenia zakłóceń dla życia/funkcjonowania poszczególnych negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików

W tabeli 32 przedstawione są szczegółowe dane dotyczące częstości występowania poszczególnych trudności i problemów związanych z psychodelikami, które utrzymywały się przez co najmniej dzień po użyciu tych substancji. Znajdują się tam również dane dotyczące oceny poziomu nasilenia zakłóceń jakie respondenci odczuwali w swoim codziennym funkcjonowaniu.

Spośród uwzględnionych w badaniu negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem psychodelików do najczęściej potwierdzanych przez respondentów należały: „Zmęczenie”, „Trudności poznawcze”, „Trudne, zmienne i/lub przytłaczające emocje”, „Halucynacje lub zaburzenia widzenia”, „Flashbacki” oraz „Derealizacja lub poczucie odrealnienia” i „Trudności w powrocie z doświadczenia do codziennego życia/funkcjonowania”. Z kolei osoby badane najrzadziej potwierdzały: „Poczucie skrzywdzenia przez kogoś (np. przewodnika, opiekuna) w trakcie doświadczenia lub po nim”, „Myśli samobójcze lub myśli o samookaleczeniu” i „Poczucie obecności zła, bliskości piekła, wrażenie opętania/klątwy”. Jeśli chodzi o wywoływane przez te konsekwencje zakłócenia dla funkcjonowania i życia, za najbardziej dotkliwe respondenci uznawali: „Zmęczenie”, „Trudności poznawcze”, oraz „Halucynacje lub zaburzenia widzenia”, „Kryzysy egzystencjalne” i „Poczucie odłączenia/odcięcia od innych lub społeczeństwa”. Co istotne, w przeważającej mierze wszystkie z badanych negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików nie były oceniane jako znacząco dotkliwe.

Osoby badane zostały ponadto zapytane, czy negatywne konsekwencje podczas przywołanego doświadczenia psychodelicznego były mniej czy bardziej dotkliwe niż podczas innych doświadczeń. Uczestnicy udzielili następujących odpowiedzi: 36,3% wskazało, że doświadczyło wtedy „mniej” lub „znacznie mniej” negatywnych konsekwencji niż w przypadku innych swoich doświadczeń z psychodelikami; 23,3% — że doświadczyło „więcej” lub „znacznie więcej” negatywnych konsekwencji, a 31,8% — że tyle samo; przy czym 8,7% używała psychodelików jedynie jednokrotnie.

Tabela 32. Rozkład odpowiedzi dotyczących doświadczania poszczególnych negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików (które utrzymywały się przez co najmniej jeden dzień po doświadczeniu psychodelicznym; częstości (%); średnie (odchylenia standardowe); min=0, max=4 (z wyłączeniem odpowiedzi „Nie dotyczy”), N=2574

| | Nie dotyczy | Wcale nie było dotkliwie | Niezbyt dotkliwie | Umiarkowanie dotkliwie | Dotkliwie | Bardzo dotkliwie | M (SD) |
|--|-----------------|--------------------------|-------------------|------------------------|---------------|------------------|----------------|
| 1 <i>Poczucie odłączenia/odcięcia od innych lub społeczeństwa.</i> | 1316 (51,1%) | 585 (22,7%) | 294 (11,4%) | 206 (8,0%) | 107 (4,2%) | 66 (2,6%) | 1,02 (1,20) |
| 2 <i>Trudności w komunikacji (np. w rozmawianiu z innymi ludźmi lub rozumieniu ich).</i> | 1338 (52,0%) | 566 (22,0%) | 272 (10,6%) | 233 (9,1%) | 107 (4,2%) | 58 (2,3%) | 1,04 (1,18) |
| 3 <i>Lęk społeczny, obawy przed oceną lub stygmatyzacją (w związku z używaniem psychodelików).</i> | 1515 (58,9%) | 570 (22,1%) | 179 (7,0%) | 135 (5,2%) | 99 (3,8%) | 76 (3,0%) | 1,00 (1,30) |
| 4 <i>Stany lękowe lub atak(i) paniki.</i> | 1820 (70,7%) | 475 (18,5%) | 103 (4,0%) | 68 (2,6%) | 53 (2,1%) | 53 (2,1%) | 0,82 (1,27) |
| 5 <i>Paranoja (uporczywe poczucie bycia obserwowanym/q lub prześladowanym/q).</i> | 1890 (73,4%) | 463 (18,0%) | 79 (3,1%) | 57 (2,2%) | 40 (1,6%) | 45 (1,7%) | 0,72 (1,23) |
| 6 <i>Halucynacje lub zaburzenia widzenia (np. "śnieżenie", "mroczki", falowanie lub wibracje w polu widzenia).</i> | 1200 (46,6%) | 595 (23,1%) | 291 (11,3%) | 215 (8,4%) | 134 (5,2%) | 139 (5,4%) | 1,22 (1,36) |
| 7 <i>Flashbacki (wrażenie ponownego przeżywania momentów z doświadczenia psychodelicznego).</i> | 1280 (49,7%) | 620 (24,1%) | 315 (12,2%) | 176 (6,8%) | 104 (4,0%) | 79 (3,1%) | 1,00 (1,22) |
| 8 <i>Trudne, zmienne i/lub przytłaczające emocje.</i> | 1213 (47,1%) | 558 (21,7%) | 337 (13,1%) | 251 (9,8%) | 130 (5,1%) | 85 (3,3%) | 1,15 (1,23) |
| 9 <i>Stan depresyjny (poczucie smutku, pustki, braku sensu i nadziei, płaczliwość).</i> | 1566 (60,8%) | 481 (18,7%) | 199 (7,7%) | 160 (6,2%) | 94 (3,7%) | 74 (2,9%) | 1,09 (1,29) |
| 10 <i>Poczucie bezbronności, wrażliwości, kruchości.</i> | 1386 (53,8%) | 500 (19,4%) | 279 (10,8%) | 213 (8,3%) | 120 (4,7%) | 76 (3,0%) | 1,15 (1,25) |

| | | | | | | | | |
|----|--|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|--------------|----------------|
| 11 | <i>Strach przed popadaniem w szaleństwo, obłądem, utratą zmysłów.</i> | 1726 (67,1%) | 472 (18,3%) | 145 (5,6%) | 90 (3,5%) | 59 (2,3%) | 82 (3,2%) | 0,98 (1,35) |
| 12 | <i>Strach przed śmiercią.</i> | 1861 (72,3%) | 509 (19,8%) | 85 (3,3%) | 53 (2,1%) | 21 (0,8%) | 45 (1,7%) | 0,61 (1,15) |
| 13 | <i>Strach przed nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu lub trwałą utratą zdrowia psychicznego.</i> | 1679 (65,2%) | 481 (18,7%) | 161 (6,3%) | 116 (4,5%) | 65 (2,5%) | 72 (2,8%) | 0,98 (1,30) |
| 14 | <i>Nadmierne pobudzenie, niemożność zrelaksowania się, zwiększona czujność.</i> | 1500 (58,3%) | 495 (19,2%) | 237 (9,2%) | 195 (7,6%) | 100 (3,9%) | 47 (1,8%) | 1,03 (1,28) |
| 15 | <i>Poczucie przeżywania epizodu psychiatrycznego.</i> | 1810 (70,3%) | 458 (17,8%) | 98 (3,8%) | 82 (3,2%) | 70 (2,7%) | 56 (2,2%) | 0,91 (1,32) |
| 16 | <i>Myśli samobójcze lub myśli o samookaleczeniu.</i> | 2040 (76,3%) | 428 (16,6%) | 35 (1,4%) | 27 (1,0%) | 15 (0,6%) | 29 (1,1%) | 0,47 (1,08) |
| 17 | <i>Kryzys egzystencjalny (poczucie zmagania się z sensem życia i/lub naturą istnienia).</i> | 1322 (51,4%) | 457 (17,8%) | 287 (11,1%) | 285 (11,1%) | 134 (5,2%) | 89 (3,5%) | 1,29 (1,26) |
| 18 | <i>Poczucie obecności zła, bliskości piekła, wrażenie opętania/klątwy.</i> | 1961 (76,2) | 445 (17,3%) | 62 (2,4%) | 52 (2,0%) | 24 (0,9%) | 30 (1,2%) | 0,58 (1,11) |
| 19 | <i>Trudności poznawcze (np. z myśleniem, koncentracją, pamięcią).</i> | 1257 (48,8%) | 523 (20,3%) | 371 (14,4%) | 244 (9,5%) | 113 (4,4%) | 66 (2,6%) | 1,11 (1,17) |
| 20 | <i>Poczucie rozpacz z powodu kondycji świata lub ludzkości.</i> | 1467 (57,0%) | 444 (17,2%) | 249 (9,7%) | 229 (8,9%) | 126 (4,9%) | 59 (2,3%) | 1,20 (1,28) |
| 21 | <i>Poczucie wrogiej, bezosobowej rzeczywistości lub nihilizm (poczucie, że nic nie ma znaczenia i wartości).</i> | 1638 (63,6%) | 456 (17,7%) | 202 (7,8%) | 148 (5,7%) | 72 (2,8%) | 58 (2,3%) | 1,01 (1,23) |

| | | | | | | | | |
|----|--|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
| 22 | <i>Trudności w powrocie z doświadczenia do codziennego życia/funkcjonowania.</i> | 1323 (51,4%) | 581 (22,6%) | 313 (12,2%) | 223 (8,7%) | 81 (3,1%) | 53 (2,1%) | 0,97 (1,13) |
| 23 | <i>Derealizacja lub poczucie odrealnienia (wrażenie, że otaczająca rzeczywistość jest nierealna, odległa lub zniekształcona).</i> | 1349 (52,4%) | 527 (20,5%) | 275 (10,7%) | 217 (8,4%) | 102 (4,0%) | 104 (4,0%) | 1,17 (1,30) |
| 24 | <i>Depersonalizacja (poczucie oddzielenia od samego siebie, własnego "ja", umysłu lub ciała, albo poczucie bycia zewnętrznym obserwatorem samego siebie)</i> | 1432 (55,6%) | 512 (19,9%) | 241 (9,4%) | 173 (6,7%) | 100 (3,9%) | 116 (4,5%) | 1,18 (1,35) |
| 25 | <i>Natrętne, obsesyjne lub zafiksowane myśli, ruminalcje.</i> | 1720 (66,8%) | 463 (18,0%) | 146 (5,7%) | 126 (4,9%) | 78 (3,0%) | 41 (1,6%) | 0,93 (1,22) |
| 26 | <i>Obniżone samoocena lub poczucie własnej wartości.</i> | 1739 (67,6%) | 476 (18,5%) | 130 (5,1%) | 102 (4,0%) | 67 (2,6%) | 60 (2,3%) | 0,93 (1,29) |
| 27 | <i>Problemy ze snem lub koszmary senne.</i> | 1645 (63,9%) | 462 (17,9%) | 184 (7,1%) | 149 (5,8%) | 76 (3,0%) | 58 (2,3%) | 1,01 (1,24) |
| 28 | <i>Zmęczenie.</i> | 880 (34,2%) | 418 (16,2%) | 498 (19,3%) | 456 (17,7%) | 220 (8,5%) | 102 (4,0%) | 1,46 (1,17) |
| 29 | <i>Bóle głowy.</i> | 1591 (61,8%) | 486 (18,9%) | 247 (9,6%) | 146 (5,7%) | 79 (3,1%) | 25 (1,0%) | 0,89 (1,09) |
| 30 | <i>Poczucie skrzywdzenia przez kogoś (np. przewodnika, opiekuna) w trakcie doświadczenia lub po nim.</i> | 2036 (79,1%) | 363 (14,1%) | 48 (1,9%) | 56 (2,2%) | 33 (1,3%) | 38 (1,5%) | 0,76 (1,27) |

Opracowanie narzędzia Post-Psychedelic Difficulties Scale (PPDS)

Opracowywane w niniejszym projekcie narzędzie służące do pomiaru częstości oraz nasilenia negatywnych konsekwencji utrzymujących się po przyjmowaniu psychodelików zostało nazwane roboczo „Post-Psychedelic Difficulties Scale”, w skrócie PPDS.

Test K-M-O = 0,97 oraz test sferyczności Barletta, $\chi^2(435) = 2203,05$, $p < 0,001$ wskazały na adekwatną do przeprowadzenia analizy czynnikowej strukturę macierzy korelacji danych. Metoda skumulowanego procenta wskazała, że strukturę danych wyjaśniają 3 czynniki (Tabela 33). Z kwestionariusza PPDS nie usunięto żadnych pozycji. Analiza rzetelności α Cronbacha = 0,94, wskazała na wysoką spójność skali.

Tabela 33. Rozwiązanie trzyczynnikowe dla kwestionariusza *Post-Psychedelic difficulties scale*

| Czynnik | F1 | F2 | F3 | pozycja |
|--------------|-------|-------|-------|---------|
| PPDS item 1 | | | 0,495 | F3 |
| PPDS item 2 | | | 0,469 | F3 |
| PPDS item 3 | 0,359 | | | F1 |
| PPDS item 4 | 0,816 | | | F1 |
| PPDS item 5 | 0,784 | | | F1 |
| PPDS item 6 | | | 0,429 | F3 |
| PPDS item 7 | | | 0,376 | F3 |
| PPDS item 8 | | 0,349 | 0,315 | F2 |
| PPDS item 9 | | 0,446 | | F2 |
| PPDS item 10 | | | 0,322 | F3 |
| PPDS item 11 | 0,754 | | | F1 |

| Czynnik | F1 | F2 | F3 | pozycja |
|----------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| PPDS item 12 | 0,669 | | | F1 |
| PPDS item 13 | 0,589 | | | F1 |
| PPDS item 14 | 0,372 | | | F1 |
| PPDS item 15 | 0,764 | | | F1 |
| PPDS item 16 | 0,479 | | | F1 |
| PPDS item 17 | | | 0,504 | F3 |
| PPDS item 18 | 0,521 | | | F1 |
| PPDS item 19 | | 0,357 | 0,388 | F2 |
| PPDS item 20 | | | 0,518 | F3 |
| PPDS item 21 | | | 0,543 | F3 |
| PPDS item 22 | | 0,318 | 0,385 | F3 |
| PPDS item 23 | | | 0,764 | F3 |
| PPDS item 24 | | | 0,779 | F3 |
| PPDS item 25 | 0,447 | | | F1 |
| PPDS item 26 | 0,361 | 0,395 | | F2 |
| PPDS item 27 | 0,327 | 0,462 | | F2 |
| PPDS item 28 | | 0,679 | | F2 |
| PPDS item 29 | | 0,476 | | F2 |
| PPDS item 30 | 0,380 | | | F1 |

Walidacja narzędzia PPDS

Na wykresie 10 zaprezentowano macierz korelacji (*rho* Spearmana), w tym dla narzędzia PPDS. Wyniki tych analiz wskazują na zgodne z przewidywaniami kierunki korelacji PPDS ze zmiennymi, które mogą świadczyć o trafności tego narzędzia. Konkretnie, jedyną zmienną o pozytywnej korelacji z PPDS był wskaźnik doświadczenia przez respondentów trudnych przeżyć pod wpływem substancji psychodelicznych (mierzonych za pomocą adaptowanego w tym badaniu narzędzia CEQ-7). Natomiast w przypadku wszystkich pozostałych zmiennych stwierdzono związki negatywne. Dotyczy to zarówno wskaźników stosowania strategii ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z psychodelikami (mierzonych za pomocą opracowywanego w tym badaniu narzędzia PROMIS), jak i serii wskaźników dotyczących korzystnych aspektów doświadczeń pod wpływem psychodelików. Chodzi to o subiektywne oceny korzyści płynących z używania psychodelików na jakość życia oraz zdrowie psychiczne i fizyczne, a także wskaźniki wglądu psychologicznego, pozytywnych „rozładowań emocjonalnych”, doświadczeń podobnych do mistycznych oraz poczucia zintegrowania doświadczenia psychodelicznego (mierzonych za pomocą adaptowanych w tym badaniu skal, kolejno: PIS, EBI, MEQ-4 oraz EIS). Wyniki te stanowią więc wstępne potwierdzenie trafności narzędzia PPDS w pomiarze długotrwałych negatywnych konsekwencji przyjmowania psychodelików.

8. Strategie ograniczania szkód oraz maksymalizacji korzyści związanych z używaniem psychodelików

Częstość stosowania poszczególnych strategii oraz ocena poziomu ich przydatności

Poniżej zaprezentowano rozkłady częstości stosowania poszczególnych strategii ograniczania szkód i maksymalizowania korzyści związanych z przyjmowaniem psychodelików, które można zastosować kolejno przed (tabela 34), w trakcie (tabela 35), oraz po (tabela 36) używaniu tych

substancji. Przy czym pytania, jakie zadano uczestnikom dotyczyły ich wybranego doświadczenia z psychodelikami, a nie używania psychodelików w skali ich życia.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby strategii zastosowanych podczas ostatniego doświadczenia: 12% wskazało, że zastosowało wtedy „mniej” lub „znacznie mniej” strategii niż w przypadku innych swoich doświadczeń z psychodelikami; 46,8% — że zastosowało „więcej” lub „znacznie więcej” takich strategii, a 33,8% — że „tyle samo”; przy czym 7,5% używała psychodelików jedynie jednokrotnie.

Strategie stosowane przed używaniem psychodelików

Spośród strategii stosowanych przed użyciem psychodelików respondenci najczęściej potwierdzali korzystanie z następujących: „Zapoznałem(am) się z informacjami na temat substancji psychodelicznej przed jej użyciem”, „Upewniłem(am) się, że będę zażywać substancję psychodeliczną w bezpiecznym dla mnie otoczeniu” oraz „Upewniłem(am) się, że czuję się psychicznie gotowy(a) do doświadczenia psychodelicznego”. Z kolei stosowanymi najrzadziej okazały się: „Skonsultowałem(am) się z kompetentnym psychoterapeutą lub innym specjalistą zdrowia psychicznego, w ramach przygotowania do doświadczenia psychodelicznego”, „Sprawdziłem(am) skład substancji psychodelicznej (np. testem kolorymetrycznym)” i „Zadbałem(am) o to, żeby w trakcie doświadczenia psychodelicznego był przy mnie zaufany i trzeźwy opiekun (tzw. tripsitter)”. Strategiami stosowanymi przed używaniem psychodelików ocenionymi przez badanych jako najbardziej pomocne były: „Upewniłem(am) się, że nie mam żadnych ważnych zobowiązań (np. praca, szkoła, dom, dzieci) w dniu doświadczenia”, „Upewniłem(am) się, że będę zażywać substancję psychodeliczną w bezpiecznym dla mnie otoczeniu”, „Upewniłem(am) się, że podczas doświadczenia będę z osobą (osobami), której (którym) ufam”, a także „Upewniłem(am) się, że czuję się psychicznie gotowy(a) do doświadczenia psychodelicznego”.

Strategie stosowane w trakcie używania psychodelików

Strategiami stosowanymi najczęściej w trakcie używania psychodeliku były: „Unikałem(am) zachowań wiążących się ze znaczną odpowiedzialnością (np. dotyczących pracy, szkoły, domu, dzieci)”, „Unikałem(am) sytuacji, które mogą być ryzykowne podczas doświadczenia psychodelicznego (np. prowadzenie samochodu, pływanie, wspinaczka)” oraz „Przyjmowałem(am) postawę akceptacji i poddawania się (zamiast opierania się) moim myślom, emocjom i odczuciom ciała”. Natomiast najrzadziej stosowano takie strategii jak: „Przez cały czas przebywałem(am) w towarzystwie zaufanego i trzeźwego opiekuna (tzw.

tripsittera)”, „Skupiłem(am) się na oddechu lub praktykach relaksacyjnych aby wpłynąć na swoje samopoczucie/doświadczenie” oraz „Odłożyłem(am) lub wyłączyłem(am) mój telefon na czas doświadczenia psychodelicznego”. Strategiami stosowanymi w trakcie używania psychodelików, które były oceniane jako najbardziej pomocne, okazały się: „Unikałem(am) zachowań wiążących się ze znaczną odpowiedzialnością (np. dotyczących pracy, szkoły, domu, dzieci)”, „Przez cały czas przebywałem(am) w bezpiecznym dla mnie otoczeniu” oraz „Unikałem(am) sytuacji, które mogą być ryzykowne podczas doświadczenia psychodelicznego (np. prowadzenie samochodu, pływanie, wspinaczka)”, a także „Przez cały czas przebywałem(am) w towarzystwie zaufanych osób”.

Strategie stosowane po używaniu psychodelików

Grupa strategii stosowanych po używaniu psychodelików była najmniej liczna. Najczęściej stosowanymi przez respondentów okazały się: „Dałem(am) sobie czas na odpowiedni odpoczynek i/lub regenerację po doświadczeniu”, „Porozmawiałem(am) o swoim doświadczeniu z zaufaną(nymi) osobą(ami)” oraz „Zastanawiałem(am) się nad tym czego mogę się nauczyć ze swojego doświadczenia psychodelicznego”. Z kolei najrzadziej stosowano takie strategie jak: „Zwróciłem(am) się do psychoterapeuty lub innego specjalisty zdrowia psychicznego po wsparcie dotyczące doświadczenia psychodelicznego”, „Spisałem(am) swoje doświadczenie psychodeliczne celem jego utrwalenia i/lub analizy” i „Zaangażowałem(am) się w praktyki oddechowe, medytacyjne lub relaksacyjne celem poprawy samopoczucia i/lub refleksji nad swoim doświadczeniem psychodelicznym”. Jako najbardziej pomocne strategie stosowane po używaniu psychodelików oceniono dokładnie te same strategie, które stosowano najczęściej.

Tabela 34. Rozkład wyników dotyczących stosowania strategii ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z psychodelikami, możliwe do zastosowania **przed użyciem psychodelików**, wraz z subiektywną oceną poziomu pomocności poszczególnych strategii; %, średnie (odchylenia standardowe); częstości (%); średnie (odchylenia standardowe); min=0, max=3 (wyluczając odpowiedź „Nie dotyczy”); N=2503

| | | „Nie dotyczy” | Nie zastosowałem (am) | Zastosowałem (am), ale nie było to pomocne | Zastosowałem (am), ale było to tylko trochę pomocne | Zastosowałem (am) i było to bardzo pomocne | M (SD) |
|---|---|-----------------|-----------------------|--|---|--|----------------|
| 1 | Zapoznałem(am) się z informacjami na temat substancji psychodelicznej przed jej użyciem (np. efekty, zagrożenia, przeciwwskazania, optymalne dawkowanie, itp.). | 242 (10,6%) | 92 (4,0%) | 396 (17,4%) | 399 (17,6%) | 1143 (50,3%) | 2,29 (0,92) |
| 2 | Sprawdziłem(am) skład substancji psychodelicznej (np. testem kolorymetrycznym). | 2010 (88,5%) | 23 (1,1%) | 40 (1,7%) | 42 (1,8%) | 157 (6,9%) | 2,30 (1,01) |
| 3 | Upewniłem(am) się, że substancja psychodeliczna pochodzi z zaufanego źródła. | 491 (21,6%) | 112 (4,9%) | 413 (18,2%) | 184 (8,1%) | 1072 (47,2%) | 2,26 (1,01) |
| 4 | Określiłem(am) cel lub intencję użycia substancji psychodelicznej. | 621 (27,3%) | 122 (5,4%) | 373 (16,4%) | 358 (15,8%) | 798 (35,1%) | 2,11 (1,00) |
| 5 | Upewniłem(am) się, że będę zażywać substancję psychodeliczną w bezpiecznym dla mnie otoczeniu. | 204 (9,0%) | 62 (2,7%) | 129 (5,7%) | 238 (10,5%) | 1639 (72,1%) | 2,66 (0,73) |
| 6 | Upewniłem(am) się, że czuję się psychicznie gotowy(a) do doświadczenia psychodelicznego. | 311 (13,7%) | 65 (2,9%) | 212 (9,3%) | 253 (11,1%) | 1431 (63,0%) | 2,55 (0,82) |
| 7 | Nie używałem(am) innych substancji (np. marihuany, alkoholu, leków) bezpośrednio przed zażyciem substancji psychodelicznej. | 673 (29,6%) | 72 (3,2%) | 412 (18,1%) | 127 (5,6%) | 988 (43,5%) | 2,30 (0,98) |
| 8 | Przed użyciem substancji psychodelicznej upewniłem(am) się, że jestem w odpowiednim do tego nastroju. | 329 (14,5%) | 84 (3,7%) | 242 (10,6%) | 273 (12,0%) | 1344 (59,1%) | 2,48 (0,87) |
| 9 | Upewniłem(am) się, że w razie potrzeby będę mieć dostęp do bezpiecznego miejsca i pomocy. | 561 (24,7%) | 158 (7,0%) | 244 (10,7%) | 196 (8,6%) | 1113 (49,0%) | 2,32 (1,03) |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 10 | <i>Przygotowałem(am) się na ewentualne zmiany w odczuwaniu temperatury pod wpływem psychodeliku (np. dodatkowe ubrania, koc).</i> | 678 (29,8%) | 138 (6,1%) | 174 (7,7%) | 241 (10,6%) | 1041 (45,8%) | 2,38 (0,98) |
| 11 | <i>Zadbałem(am) o odpowiedni wypoczynek przed przyjęciem substancji psychodelicznej.</i> | 877 (38,6%) | 71 (3,1%) | 321 (14,1%) | 216 (9,5%) | 787 (34,6%) | 2,24 (0,97) |
| 12 | <i>Zaplanowałem(am) co zrobię w razie nagłego wypadku bądź sytuacji krytycznej.</i> | 1245 (54,8%) | 223 (9,8%) | 221 (9,7%) | 113 (5,0%) | 470 (20,1%) | 1,83 (1,22) |
| 13 | <i>Upewniłem(am) się, że nie mam żadnych ważnych zobowiązań (np. praca, szkoła, dom, dzieci) w dniu doświadczenia.</i> | 162 (20,7%) | 82 (3,6%) | 136 (6,0%) | 145 (6,4%) | 1747 (77,0%) | 2,68 (0,75) |
| 14 | <i>Zaplanowałem(am) użycie substancji psychodelicznej, tzn. nie sięgnąłem(ęlam) po nią spontanicznie lub pod wpływem impulsu.</i> | 378 (16,6%) | 91 (4,0%) | 252 (11,1%) | 183 (8,0%) | 1368 (60,2%) | 2,50 (0,89) |
| 15 | <i>Poinformowałem(am) kogoś zaufanego o tym, że będę pod wpływem substancji psychodelicznej.</i> | 768 (33,8%) | 168 (7,4%) | 281 (12,4%) | 165 (7,3%) | 890 (39,2%) | 2,19 (1,08) |
| 16 | <i>Przygotowałem(am) coś do picia/jedzenia na czas doświadczenia psychodelicznego.</i> | 527 (23,2%) | 122 (5,4%) | 218 (9,6%) | 313 (13,8%) | 1092 (48,1%) | 2,37 (0,94) |
| 17 | <i>Dokładnie odmierzyłem(am) dawkę (np. za pomocą wagi), aby upewnić się, że wezmę zamierzoną ilość.</i> | 949 (41,8%) | 65 (2,8%) | 195 (8,6%) | 155 (6,8%) | 908 (40,0%) | 2,44 (0,91) |
| 18 | <i>Upewniłem(am) się, że podczas doświadczenia będę z osobą (osobami), której (którym) ufam.</i> | 384 (16,9%) | 90 (4,0%) | 122 (5,4%) | 172 (7,6%) | 1504 (66,2%) | 2,64 (0,81) |
| 19 | <i>Skonsultowałem(am) się z kompetentnym psychoterapeutą, lub innym specjalistą zdrowia psychicznego, w ramach przygotowania do doświadczenia psychodelicznego.</i> | 2172 (95,6%) | 25 (1,1%) | 15 (0,6%) | 13 (0,6%) | 47 (2,1%) | 1,89 (1,22) |
| 20 | <i>Zadbałem(am) o to, żeby w trakcie doświadczenia psychodelicznego był przy mnie zaufany i trzeźwy opiekun (tzw. tripsitter).</i> | 1642 (72,3%) | 80 (3,5%) | 95 (4,2%) | 90 (3,7%) | 365 (16,1%) | 2,18 (1,10) |

Tabela 35. Rozkład wyników dotyczących stosowania strategii ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z psychodelikami, możliwe do zastosowania **w trakcie używania psychodelików**, wraz z subiektywną oceną poziomu pomocności poszczególnych strategii; %, średnie (odchylenia standardowe); częstości (%); średnie (odchylenia standardowe); min=0, max=3 (wyluczając odpowiedź „Nie dotyczy”); N=2503

| | | „Nie dotyczy” | Nie zastosowałem (am) | Zastosowałem (am), ale nie było to pomocne | Zastosowałem (am), ale było to tylko trochę pomocne | Zastosowałem (am) i było to bardzo pomocne | M(SD) |
|----|---|-----------------|-----------------------|--|---|--|----------------|
| 1 | Unikałem(am) sytuacji, które mogą być ryzykowne podczas doświadczenia psychodelicznego (np. prowadzenie samochodu, pływanie, wspinaczka). | 133 (5,8%) | 72 (3,2%) | 182 (8,0%) | 98 (4,3%) | 1787 (78,6%) | 2,68 (0,76) |
| 2 | Otwarcie mówiłem(am) o swoich emocjach, odczuciach czy potrzebach zaufanym osobom. | 443 (19,5%) | 88 (3,9%) | 235 (10,3%) | 281 (12,4%) | 1225 (54,0%) | 2,43 (0,89) |
| 3 | Poczekalem(am) aż efekty działania psychodeliku osłabną/ustąpią zanim zażyłem(am) kolejną dawkę bądź nową substancję. | 650 (28,6%) | 96 (4,2%) | 287 (12,6%) | 154 (6,8%) | 1085 (48,0%) | 2,37 (0,97) |
| 4 | Przyjmowałem(am) postawę akceptacji i poddawania się (zamiast opierania się) moim myślom, emocjom i odczuciom ciała. | 182 (8,1%) | 81 (3,6%) | 235 (10,3%) | 251 (11,1%) | 1523 (67,1%) | 2,53 (0,84) |
| 5 | Odłożyłem(am) lub wyłączyłem(am) mój telefon na czas doświadczenia psychodelicznego. | 730 (32,1%) | 72 (32,1%) | 202 (8,9%) | 165 (7,3%) | 1103 (48,5%) | 2,48 (0,89) |
| 6 | Zaufałem(am), że moje ciało i umysł są w stanie bezpiecznie przeprowadzić mnie przez doświadczenie psychodeliczne. | 266 (11,7%) | 81 (3,6%) | 223 (9,8%) | 236 (10,4%) | 1466 (64,5%) | 2,54 (0,85) |
| 7 | Unikałem(am) zachowań wiążących się ze znaczną odpowiedzialnością (np. dotyczących pracy, szkoły, domu, dzieci). | 109 (4,8%) | 46 (2,0%) | 130 (5,7%) | 108 (4,7%) | 1879 (82,7%) | 2,76 (0,65) |
| 8 | Przez cały czas przebywałem(am) w bezpiecznym dla mnie otoczeniu. | 272 (12,0%) | 42 (1,8%) | 119 (5,2%) | 156 (6,9%) | 1683 (74,1%) | 2,74 (0,66) |
| 9 | Przez cały czas przebywałem(am) w towarzystwie zaufanych osób. | 423 (18,6%) | 54 (2,4%) | 100 (4,4%) | 158 (6,9%) | 1537 (67,6%) | 2,71 (0,70) |
| 10 | Przez cały czas przebywałem(am) w towarzystwie zaufanego i trzeźwego opiekuna (tzw. tripsittera). | 1713 (75,4%) | 49 (2,16%) | 85 (3,7%) | 63 (2,8%) | 362 (15,9%) | 2,32 (1,02) |

| | | | | | | | |
|----|--|-----------------|--------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 11 | <i>Nie używałem(am) innych substancji (np. marihuany, alkoholu, leków).</i> | 905 (39,8%) | 59 (2,6%) | 290 (12,8%) | 80 (3,5%) | 938 (41,3%) | 2,39 (0,96) |
| 12 | <i>Słuchałem(am) muzyki, żeby regulować/wpływać na swoje doświadczenie psychodeliczne (np. wzmacniać, uspokoić).</i> | 472 (20,7%) | 62 (2,7%) | 192 (8,4%) | 279 (12,3%) | 1267 (55,8%) | 2,52 (0,84) |
| 13 | <i>Przemieszczałem(am) lub poruszałem(am) się, aby wpłynąć na swoje samopoczucie/doświadczenie.</i> | 484 (21,3%) | 93 (4,1%) | 263 (12,0%) | 313 (13,8%) | 1119 (49,2%) | 2,37 (0,91) |
| 14 | <i>Skupiłem(am) się na oddechu lub praktykach relaksacyjnych aby wpłynąć na swoje samopoczucie/doświadczenie.</i> | 1261 (55,5%) | 78 (3,4%) | 169 (7,4%) | 200 (8,8%) | 564 (24,8%) | 2,26 (0,98) |

Tabela 36. Rozkład wyników dotyczących stosowania strategii ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści związanych z psychodelikami, możliwe do zastosowania **po używaniu psychodelików**, wraz z subiektywną oceną poziomu pomocności poszczególnych strategii; %, średnie (odchylenia standardowe); częstości (%); średnie (odchylenia standardowe); min=0, max=3 (wyłączając odpowiedź „Nie dotyczy”); N=2503

| | | „Nie dotyczy” | Nie zastosowałem (am) | Zastosowałem (am), ale nie było to pomocne | Zastosowałem (am), ale było to tylko trochę pomocne | Zastosowałem (am) i było to bardzo pomocne | M(SD) |
|---|--|----------------|-----------------------|--|---|--|----------------|
| 1 | <i>Dąłem(am) sobie czas na odpowiedni odpoczynek i/lub regenerację po doświadczeniu.</i> | 319 (14,1%) | 60 (2,6%) | 229 (10,1%) | 244 (10,7%) | 1420 (62,5%) | 2,56 (0,81) |
| 2 | <i>Szukałem(am) informacji o specyficznych efektach i/lub konsekwencjach mojego doświadczenia psychodelicznego (np. z książek, internetu lub doświadczeń innych osób).</i> | 752 (33,1%) | 80 (3,5%) | 265 (11,7%) | 317 (14,0%) | 858 (37,8%) | 2,30 (0,93) |
| 3 | <i>Nie podejmowałem(am) żadnych wiążących decyzji bezpośrednio po doświadczeniu psychodelicznym.</i> | 346 (14,2%) | 92 (4,0%) | 565 (24,9%) | 166 (7,3%) | 1103 (48,6%) | 2,18 (1,01) |
| 4 | <i>Porozmawiałem(am) o swoim doświadczeniu z zaufaną(nymi) osobą(ami).</i> | 317 (14,0%) | 87 (4,0%) | 318 (14,0%) | 328 (14,4%) | 1222 (53,8%) | 2,37 (0,91) |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 5 | Zwróciłem(am) się do psychoterapeuty lub innego specjalisty zdrowia psychicznego po wsparcie dotyczące doświadczenia psychodelicznego. | 2073 (91,2%) | 34 (1,5%) | 29 (1,3%) | 39 (1,7%) | 97 (4,3%) | 2,01 (1,14) |
| 6 | Obserwowałem(am) stan swojego zdrowia przez kilka dni do doświadczeniu psychodelicznym. | 711 (31,3%) | 152 (6,7%) | 442 (19,4%) | 262 (11,5%) | 705 (31,0%) | 2,00 (1,06) |
| 7 | Zaangażowałem(am) się w praktyki oddechowe, medytacyjne lub relaksacyjne celem poprawy samopoczucia i/lub refleksji nad swoim doświadczeniem psychodelicznym. | 1586 (69,8%) | 40 (1,8%) | 112 (4,9%) | 151 (6,7%) | 383 (16,1%) | 2,28 (0,93) |
| 8 | Zaangażowałem(am) się w wysiłek fizyczny (np. ćwiczenia, taniec, joga, masaż) w celu poczucia osadzenia w swoim ciele i/lub poprawy samopoczucia. | 1480 (65,1%) | 45 (2,0%) | 153 (6,8%) | 158 (6,9%) | 436 (19,2%) | 2,24 (0,97) |
| 9 | Zaangażowałem(am) się w aktywność twórczą (np. plastyka, muzyka) w celu wyrażenia, utrwalenia i/lub eksploracji swojego doświadczenia psychodelicznego. | 1486 (65,4%) | 44 (2,0%) | 128 (5,6%) | 155 (6,8%) | 459 (20,0%) | 2,30 (0,93) |
| 10 | Spisałem(am) swoje doświadczenie psychodeliczne celem jego utrwalenia i/lub analizy. | 1688 (74,3%) | 37 (1,6%) | 81 (3,6%) | 109 (4,8%) | 357 (15,7%) | 2,34 (0,94) |
| 11 | Zastanawiałem(am) się nad tym czego mogę się nauczyć ze swojego doświadczenia psychodelicznego. | 372 (16,4%) | 72 (3,2%) | 248 (11,0%) | 360 (16,0%) | 1220 (53,7%) | 2,43 (0,86) |
| 12 | Wprowadziłem(am) do swojego życia wnioski/zmiany płynące z doświadczenia psychodelicznego. | 563 (25,0%) | 39 (1,7%) | 268 (11,8%) | 337 (14,8%) | 1065 (46,9%) | 2,42 (0,84) |

Opracowanie narzędzia Psychedelic Risk-Reduction, Optimization Measures, and Integration Scale (PROMIS)

Skala *Psychedelic Risk-Reduction, Optimization Measures, and Integration Scale* (PROMIS) została pomyślana jako narzędzie składające się z trzech części, które obejmuje w strategię ograniczania szkód i maksymalizowania korzyści możliwe do zastosowania zarówno przed (PROMIS-before), w trakcie (PROMIS-during), jak i po (PROMIS-after) przyjmowaniu psychodelików. Zgodnie z założeniami teoretycznymi i pragmatycznymi, każda z tych części może być stosowana również z osobna, a w związku z tym posiadać także własną strukturę czynnikową. Poniżej przedstawiono wyniki eksploracyjnych analiz czynnikowych dla poszczególnych części narzędzia PROMIS.

Analizy czynnikowe i rzetelności

PROMIS-before. Strategie stosowane przed używaniem psychodelików

Test K-M-O = 0,94 oraz test sferyczności Barletta, $\chi^2(190) = 1434,18$ ($p < 0,001$) wskazały na adekwatną do przeprowadzenia analizy czynnikowej strukturę macierzy korelacji danych. Metoda skumulowanego procenta wskazała, że strukturę danych wyjaśnia 5 czynników (Tabela 37). Na podstawie wartości ładunków czynnikowych z kwestionariusza zostały usunięte pozycje nr 7 („*Nie używałem(am) innych substancji (np. marihuany, alkoholu, leków) bezpośrednio przed zażyciem substancji psychodelicznej*”). Dodatkowo, ze skali została usunięta również pozycja nr 19 („*Skonsultowałem(am) się z kompetentnym psychoterapeutą, lub innym specjalistą zdrowia psychicznego, w ramach przygotowania do doświadczenia psychodelicznego*”) ponieważ była jedyną, która była ujemnie skorelowana z wynikiem na skali a ponadto nie była istotnie związana z żadnym z czynników. Test rzetelności na pozostałych 18 pozycjach skali wykazał wysoką spójność (α Cronbacha = 0,94).

Tabela 37. Czteroczynnikowe rozwiązanie dla kwestionariusza PROMIS-before

| Czynnik | F1 | F2 | F3 | F4 | pozycja |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| PROMIS before item 1 | 0,486 | | | 0,355 | F1 |
| PROMIS before item 2 | | | | 0,350 | F4 |
| PROMIS before item 3 | | | | 0,651 | F4 |
| PROMIS before item 4 | 0,432 | | | | F1 |
| PROMIS before item 5 | 0,846 | | | | F1 |
| PROMIS before item 6 | 0,889 | | | | F1 |
| PROMIS before item 7 | | | | | |
| PROMIS before item 8 | 0,805 | | | | F1 |
| PROMIS before item 9 | 0,565 | 0,360 | | | F2 |
| PROMIS before item 10 | 0,502 | | 0,314 | | F3 |
| PROMIS before item 11 | 0,358 | | 0,431 | | F3 |
| PROMIS before item 12 | | 0,306 | 0,428 | | F3 |
| PROMIS before item 13 | 0,792 | | | | F1 |
| PROMIS before item 14 | 0,552 | | | | F1 |
| PROMIS before item 15 | | 0,588 | | | F2 |
| PROMIS before item 16 | 0,501 | | | | F1 |
| PROMIS before item 17 | | | | 0,616 | F4 |
| PROMIS before item 18 | 0,772 | | | | F1 |
| PROMIS before item 20 | | 0,525 | | | F2 |

PROMIS-during. Strategie stosowane w trakcie używania psychodelików

Test K-M-O = 0,89 oraz test sferyczności Barletta, $\chi^2(91) = 547,91$ ($p < 0,0010$) wskazały na adekwatną do przeprowadzenia analizy czynnikowej strukturę macierzy korelacji danych. Metoda skumulowanego procenta wskazała, że strukturę danych wyjaśniają 3 czynniki (Tabela 38). Na podstawie wartości ładunków czynnikowych z kwestionariusza zostały usunięte pozycje nr 10 („Przez cały czas przebywałem(am) w towarzystwie zaufanego i trzeźwego opiekuna (tzw. tripsittera)”) oraz 14 („Skupiłem(am) się na oddechu lub praktykach relaksacyjnych, aby wpłynąć na swoje samopoczucie/doświadczenie”). Test rzetelności na pozostałych 12 pozycjach skali wskazuje na wysoką spójność (α Cronbacha = 0,93).

Tabela 38. Trzyczynnikowe rozwiązanie dla kwestionariusza PROMIS-during

| pozycja | F1 | F2 | F3 | czynnik |
|----------------------------------|-------|-------|-------|---------|
| PROMIS during item 1 | 0,644 | | | F1 |
| PROMIS during item 2 | | | 0,556 | F3 |
| PROMIS during item 3 | 0,561 | | | F1 |
| PROMIS during item 4 | | 0,665 | | F2 |
| PROMIS during item 5 | 0,407 | | | F1 |
| PROMIS during item 6 | | 0,668 | | F2 |
| PROMIS during item 7 | 0,682 | | | F1 |
| PROMIS during item 8 | 0,672 | | | F1 |
| PROMIS during item 9 | | | 0,565 | F3 |
| PROMIS during item 10 | | | | |
| PROMIS during item 11 | 0,577 | | | F1 |

| pozycja | F1 | F2 | F3 | czynnik |
|----------------------------------|----|-------|----|---------|
| PROMIS during item 12 | | 0,322 | | F2 |
| PROMIS during item 13 | | 0,348 | | F2 |
| PROMIS during item 14 | | | | |

PROMIS-after. Strategie stosowane po używaniu psychodelików

Test K-M-O = 0,97 oraz test sferyczności Barletta, $\chi^2(66) = 465,97$ ($p < 0,001$) wskazały na adekwatną do przeprowadzenia analizy czynnikowej strukturę macierzy korelacji danych. Metoda skumulowanego procenta wskazała, że strukturę danych wyjaśniają 3 czynniki (Tabela 39). Z kwestionariusza PROMIS after nie usunięto żadnych pozycji. Test rzetelności wskazał na wysoką spójność skali (α Cronbacha = 0,97).

Tabela 39. Trzyczynnikowe rozwiązanie dla kwestionariusza PROMIS-after

| Czynnik | F1 | F3 | F2 | pozycja |
|---------------------|----|-------|-------|---------|
| PROMIS after item 1 | | 0,625 | | F3 |
| PROMIS after item 2 | | 0,306 | | F3 |
| PROMIS after item 3 | | 0,607 | | F3 |
| PROMIS after item 4 | | 0,452 | | F3 |
| PROMIS after item 5 | | | 0,318 | F2 |
| PROMIS after item 6 | | | 0,323 | F2 |
| PROMIS after item 7 | | | 0,607 | F2 |
| PROMIS after item 8 | | | 0,475 | F2 |
| PROMIS after item 9 | | | 0,390 | F2 |

| Czynnik | F1 | F3 | F2 | pozycja |
|----------------------|-------|----|-------|---------|
| PROMIS after item 10 | | | 0,337 | F2 |
| PROMIS after item 11 | 0,836 | | | F1 |
| PROMIS after item 12 | 0,794 | | | F1 |

Walidacja narzędzia PROMIS

Zgodnie z przedstawioną na wykresie 10 macierzą korelacji (*rho* Spearmana), każda ze skal PROMIS wykazała zgodne z przewidywaniami kierunki korelacji z wybranymi zmiennymi badania. Stwierdzono bowiem negatywne korelacje z pomiarami niekorzystnych efektów używania psychodelików, jak i pozytywne korelacje ze wskaźnikami korzystnych aspektów doświadczeń psychodelicznych. W pierwszym przypadku dotyczyło to zarówno trudnych doświadczeń pod wpływem psychodelików (mierzonych za pomocą adaptowanej w tym badaniu skali CEQ-7), jak i trudności/problemów utrzymujących się po doświadczeniach z tymi substancjami (mierzonych za pomocą opracowywanym w tym badaniu skali PPDS). Natomiast w drugim przypadku dotyczyło to subiektywnych ocen korzystnego wpływu używania psychodelików na jakość życia oraz zdrowia psychiczne i fizyczne, a także wskaźników wglądu psychologicznego, pozytywnych „rozładowań emocjonalnych”, doświadczeń podobnych do mistycznych i poczucia zintegrowania doświadczenia psychodelicznego (mierzonych za pomocą adaptowanych w tym badaniu skal, kolejno: PIS, EBI, MEQ-4 oraz EIS). Wyniki te stanowią więc wstępne potwierdzenie trafności narzędzia PROMIS, zarówno w pomiarze strategii ograniczania negatywnych jak i maksymalizowania pozytywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików.

9. Adaptacja oraz walidacja wybranych narzędzi pomiarowych

Analizy czynnikowe i rzetelności

Challenging Experiences Questionnaire Brief (CEQ-7) oraz Mystical Experiences Questionnaire Brief (MEQ-4)

Skale CEQ-7 oraz MEQ-4 nie były poddane analizom czynnikowym, gdyż są to skrócone wersje oryginalnych skal Challenging Experiences Questionnaire (CEQ) oraz Mystical Experiences Scale (MEQ); struktury tych skróconych skal składają się z odpowiedników zmiennych latentnych w skalach oryginalnych. Dla skal CEQ-7 oraz MEQ-4 ograniczono się więc do analiz rzetelności (α Cronbacha), które w obydwu przypadkach wykazały dobrą spójność wewnętrzną (odpowiednio $\alpha=0.88$ oraz $\alpha=0.63$).

Emotional Breakthrough Inventory (EBI)

W przypadku kwestionariusza EBI wyniki TLI oraz RMSEA były poniżej wymaganego punktu odcięcia, co wskazuje na niedostateczne dopasowanie modelu CFA do danych. Niemniej jednak wskaźniki dopasowania są dostatecznie dobre, aby kwestionariusz ten mógł być wykorzystywany w badaniach naukowych. Analiza rzetelności $\omega=0,922$ wskazuje na dobrą spójność wewnętrzną narzędzia. Szczegółowe wyniki analizy czynnikowej zostały przedstawione w tabeli 40.

Psychological Insight Scale (PIS)

Podobnie, w przypadku kwestionariusza PIQ jedynie wskaźnik SRMR był powyżej wymaganej wartości, choć wskaźniki CFI i TLI wskazały na akceptowalne dopasowanie modelu. Ponownie analiza rzetelności $\omega=0,939$ wykazała dobrą spójność wewnętrzną. Szczegółowe wyniki analizy czynnikowej prezentuje tabela 40.

Experience Integration Scale (EIS)

W przypadku kwestionariusza EIS wszystkie wskaźniki poza SRMR były poniżej wymaganego punktu odcięcia co wskazuje na niedostateczne dopasowanie modelu CFA do danych. Wyniki wskazują na konieczność zmiany struktury kwestionariusza. Jednocześnie analiza rzetelności $\omega = 0,905$ wskazała na wysoką spójność wewnętrzną. Szczegółowe wyniki analizy czynnikowej zostały zamieszczone w tabeli 40.

Tabela 40. Wskaźniki dopasowania dla czterech kwestionariuszy testowanych konfirmacyjną analizą czynnikową (CFA)

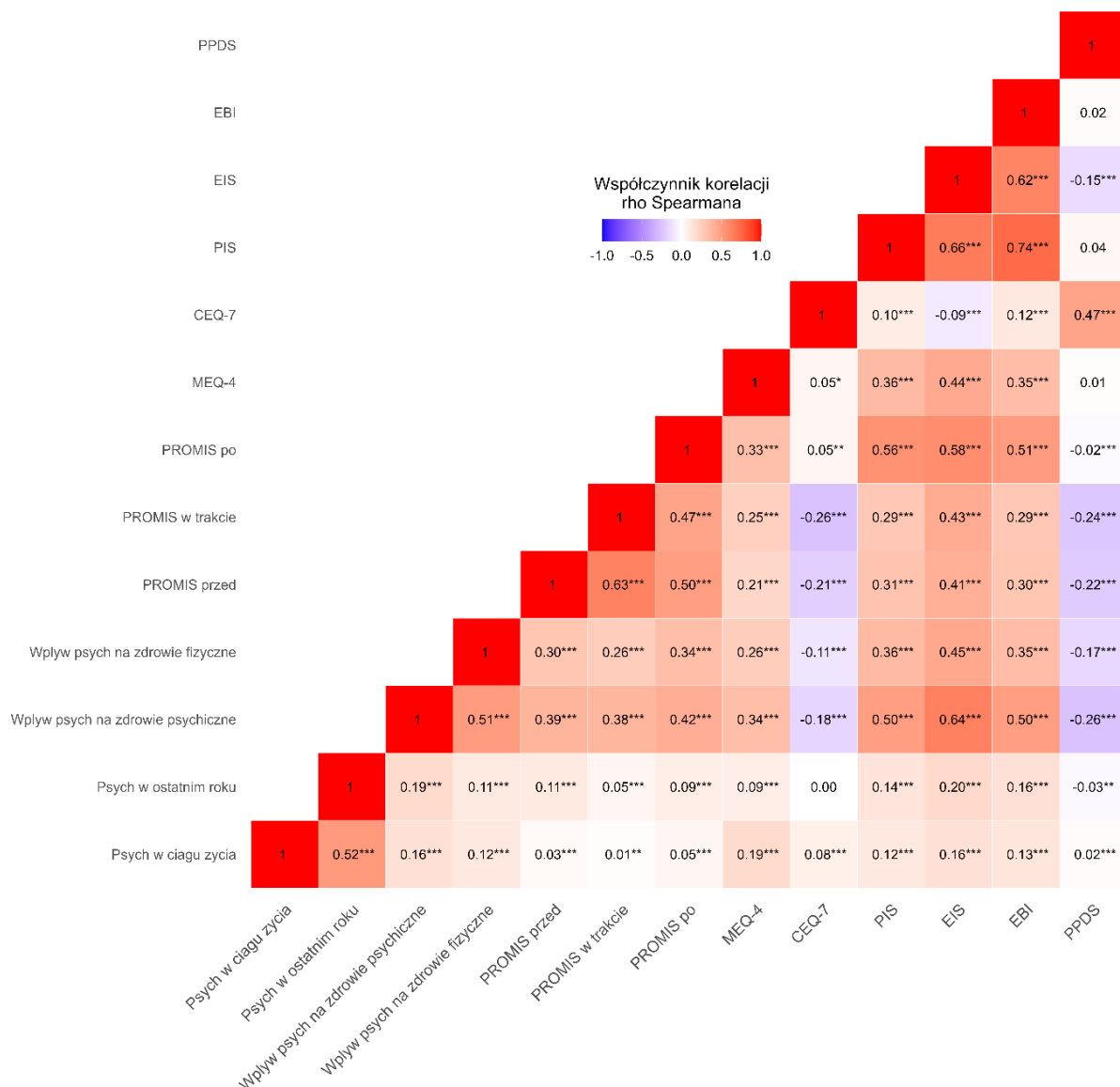
| Kwestionariusz | χ^2 (DF) | CFI | TLI | RMSEA | SRMR | ω |
|----------------|---------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| EBI | 266,3 (9) | 0,961 | 0,935 | 0,095 | 0,043 | 0,909 |
| EIS | 1173,79 (54) | 0,843 | 0,808 | 0,081 | 0,059 | 0,905 |
| PIS | 367,5 (14) | 0,945 | 0,917 | 0,089 | 0,036 | 0,939 |

Walidacja adaptowanych skal

W ramach analiz trafności zastosowano analizy korelacji pomiędzy adaptowanymi skalami a wybranymi zmiennymi badania, tj. częstości używania psychodelików w skali życia i ostatniego roku, subiektywną ocenę wpływu stosowania psychodelików na jakość życia oraz zdrowie psychiczne i fizyczne, a także skale PROMIS i PPDS. Wyniki tych analiz (*rho* Spearmana) zostały przedstawione w zbiorczej macierzy na zamieszczonym poniżej wykresie 10. W przypadku każdej ze skal poddawanych adaptacji wyniki korelacji ze zmiennymi badania miały przewidywalny kierunek. Stanowi to wstępne potwierdzenie trafności tych skal w badaniach na próbie polskich użytkowników substancji psychodelicznych. Konkretnie, w przypadku skali mierzącej trudne doświadczenia pod wpływem psychodelików (CEQ-7) zaobserwowano negatywną korelację ze stosowaniem strategii ograniczania szkód i maksymalizacji korzyści (PROMIS) oraz subiektywnej oceny wpływu używanych psychodelików na różne aspekty zdrowia (przy czym korelacje te osiągnęły istotność statystyczną jedynie w przypadku skali

PROMIS oraz oceny wpływu psychodelików na ogólną jakość życia. Natomiast pozostałe skale (MEQ-4, EBI, PIS i EIS), przeznaczone do pomiaru korzystnych aspektów doświadczeń psychodelicznych, wykazały pozytywne korelacje z wszystkimi uwzględnionymi w analizach zmiennymi.

Wykres 10. Macierz korelacji (ρ Spearmana) dla opracowywanych (PROMIS, PPDS) i adaptowanych (EBI, EIS, PIS, CEQ-7, MEQ-4) skal oraz wybranych zmiennych badania



Legenda:

„Psych w ciągu życia” – częstość używania substancji psychodelików w skali życia; „Psych w ostatnim roku” – częstość używania substancji psychodelicznych w skali ostatnich 12 miesięcy; „Wpływ psych na zdrowie psychiczne” – subiektywna ocena wpływu używania psychodelików na ogólny, aktualny stan zdrowia psychicznego; „Wpływ psych na zdrowie fizyczne” – subiektywna ocena wpływu używania psychodelików na ogólny, aktualny stan zdrowia fizycznego.

VI. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Projekt „Psychodeliki nad Wisłą” to pionierskie, wszechstronne badanie wzorów używania substancji psychodelicznych w Polsce. Projekt ten został zrealizowany z wykorzystaniem internetowych badań ankietowych przeprowadzonych wśród osób dorosłych, które przynajmniej jednokrotnie w swoim życiu używały jakichkolwiek substancji psychodelicznych. Wyniki analiz statystycznych dostarczają istotnych danych na temat wzorów używania, mikrodawkowania, specyficznych efektów subiektywnych, oceny wpływu używania psychodelików na jakość życia i zdrowie psychiczne, opinii na temat tych substancji oraz stosowania strategii ograniczania szkód, a także charakterystyki psychospołecznej i socjodemograficznej łącznej liczby 3390 respondentów.

Zgodnie z uzyskanymi danymi w badanej próbie najpowszechniej używanymi psychodelikami były grzyby psylocybinowe oraz MDMA. Natomiast około jedna trzecia respondentów stosowała psychodeliki w mikrodawkach. Analiza wzorów używania wskazuje, że doświadczenia psychodeliczne mają zazwyczaj miejsce w kontrolowanym, bezpiecznym otoczeniu domowym lub na „łonie natury”, zaś użytkownicy wykazują dużą świadomość ryzyka, a ponadto stosują rozmaite behawioralne strategie chroniące. Badania umożliwiły zidentyfikowanie negatywnych konsekwencji, które utrzymywały się przez co najmniej jeden dzień od przyjęcia danej substancji psychodelicznej. Dotkliwość tych konsekwencji oceniana była jednak przez większość respondentów jako niewielka. Wśród motywów sięgania po psychodeliki dominowały intencje samorozwojowe, poznawcze oraz samoleczenie. Większość badanych (ok. 60%) przypisywała swoim doświadczeniom psychodelicznym pozytywny wpływ na ogólną jakość życia i zdrowie psychiczne. Około połowa (44,5%) uczestników badania potwierdziła historię diagnoz psychiatrycznych (w tym głównie zaburzenia depresyjne, lękowe oraz ADHD); osoby te deklarowały najczęściej, że używanie substancji psychodelicznych przyczyniło się do złagodzenia ich objawów. Odpowiedzi respondentów wskazują na duże poparcie dla zmian legislacyjnych na rzecz dekryminalizacji, medykalizacji i/lub legalizacji psychodelików w naszym kraju. Większość uczestników badania deklarowała zamiar używania psychodelików w przyszłości oraz oceniała dostępność tych substancji jako łatwą.

Jednym z celów niniejszego projektu było opracowanie dwóch skal pomiarowych (dotyczących negatywnych konsekwencji oraz strategii ograniczania szkód związanych z używaniem psychodelików), a także adaptacja i walidacja zestawu pięciu skal badawczych. Narzędzia te wykazały obiecujące parametry psychometryczne. Publiczna dostępność polskich wersji tych narzędzi może przyczynić się do ułatwienia oraz podniesienia jakości przyszłych badań epidemiologicznych czy klinicznych nad stosowaniem psychodelików w Polsce.

VII. REKOMENDACJE

Rekomendacje dla działań profilaktycznych i redukcji szkód

W świetle wyników naszych badań rekomenduje się podejmowanie oddziaływań profilaktycznych, edukacyjnych i redukcji szkód, które będą bazować na specyficznych motywach sięgania po psychodeliki oraz na wysokiej wiedzy na temat zagrożeń związanych z tymi substancjami wśród użytkowników. Dane empiryczne na temat wzorów używania wskazują na duże zróżnicowanie ze względu na motywy i konteksty przyjmowania psychodelików. Przy czym stosunkowo częstym motywem używania jest samoleczenie. Dlatego oferta interwencji profilaktycznych i terapeutycznych powinna brać pod uwagę nie tylko problemy wynikające z przyjmowania psychodelików, ale także pomoc w ograniczaniu problemów zdrowia psychicznego użytkowników tych substancji.

Działania o charakterze edukacyjnym prawdopodobnie będą najskuteczniejsze, jeśli zostaną zrealizowane przy wsparciu rówieśniczym (*peer-support*) oraz z wykorzystaniem kanałów internetowych. Wymaga to docierania do forów internetowych czy grup w mediach społecznościowych, które organizują się wokół tematyki psychodelików. Z kolei profilaktyka selektywna i wskazująca, a także same oddziaływania terapeutyczne (w tym wsparcie w zakresie integracji doświadczeń psychodelicznych) powinny być z kolei profilowane pod kątem konkretnych wzorów i motywów stosowania substancji psychodelicznych. Działania adresowane do osób, które używają substancji psychodelicznych powinny być ukierunkowane na urealnianie oczekiwań dotyczących efektów tych substancji, informowaniu o powiązanim z tym ryzyku oraz promowanie specyficznych dla tych substancji behawioralnych strategii chroniących. Szczególną uwagę należy skupić na substancjach takich jak grzyby psylocybinowe, MDMA i jej pochodne, LSD oraz ketamina, które, jak wskazują niniejsze badania są najczęściej używanymi psychodelikami. Przy czym na uwagę zasługuje również zainteresowanie grzybami typu *Amanita Muscaria* (tzw. muchomory czerwone), choć rozpowszechnienie ich używania wśród uczestników tego badania było stosunkowo niewielkie.

Wyniki niniejszych badań wskazują, że znacząca grupa użytkowników sięga po psychodeliki w intencji samoleczenia, łagodzenia objawów problemów zdrowotnych, poprawy samopoczucia bądź funkcjonowania. Sugeruje to, że działania interwencyjne powinny uwzględniać udział oraz szkolenie specjalistów zdrowia psychicznego. W tym kontekście niezbędne wydaje się podjęcie działań mających na celu podniesienie kwalifikacji psychologów, psychoterapeutów,

psychiatrów oraz innych specjalistów pracujących w tym obszarze, którzy mogą mieć kontakt z osobami zainteresowanymi psychodelikami bądź użytkownikami tych substancji. Kwalifikacje te powinny obejmować, przede wszystkim, specyficzne dla psychodelików efekty subiektywne i zagrożenia, a także praktyczną wiedzę z zakresu behawioralnych strategii chroniących oraz praktyki integracji psychodelicznej.

Stwierdzona w badaniu powszechność stosowania przez użytkowników substancji psychodelicznych indywidualnych strategii chroniących wskazuje na duże możliwości w zakresie praktycznego wykorzystania tych strategii w działaniach profilaktycznych i terapeutycznych. Znaczna grupa użytkowników psychodelików dysponuje dużą wiedzą o zagrożeniach związanych z ich stosowaniem i ma „naturalną” skłonność do dbania o bezpieczeństwo własne oraz osób w swoim otoczeniu. Dlatego rodzaj i zakres stosowania indywidualnych strategii chroniących może być istotnym przedmiotem konsultacji i sesji terapeutycznych prowadzonych z osobami, które używają psychodelików.

Z kolei w obliczu stosunkowo rozpowszechnionego mikrodawkowania psychodelików, konieczne staje się dostarczanie rzetelnych informacji o związanych z tym zagrożeniach, w tym potencjalnych interakcjach z lekami. Istotne jest również opracowanie zaleceń dotyczących strategii ograniczających szkody związane z mikrodawkowaniem.

Rekomendacje dla przyszłych badań naukowych

Ze względu na ograniczenia niniejszego badania, w kolejnych przedsięwzięciach naukowych dotyczących używania psychodelików w Polsce należałoby zastosować schemat badań podłużnych (które umożliwią określenie związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy wzorami używania psychodelików a konsekwencjami ich działania) i/lub losowy dobór próby (który zapewni reprezentatywność wyników dla szerszej populacji lub ogółu społeczeństwa polskiego). Opracowane w ramach tego projektu narzędzia badawcze (PROMIS, PPDS) powinny zostać poddane dalszej walidacji, w tym - między innymi- wśród uczestników badań klinicznych nad terapią wspomaganą psychodelikami, którzy w niniejszej próbie badawczej stanowili zdecydowaną mniejszość. Samoleczenie w naszym badaniu (w tym za pomocą mikrodawkowania psychodelików) było mierzone wyłącznie za pomocą wskaźników samoopisowych. Ważnym kierunkiem przyszłych badań jest więc dalsza eksploracja wpływu psychodelików na łagodzenie objawów problemów zdrowia psychicznego, a także na poprawę funkcjonowania, samorozwój czy zmianę poglądów i postaw, z uwzględnieniem „twardszych” metod pomiaru oraz bardziej zaawansowanych metodologicznie metod weryfikacji hipotez.

VIII. PODZIĘKOWANIA

Niniejszy projekt nie mógłby przybrać obecnej formy gdyby nie wsparcie wielu życzliwych osób, które zaangażowały się w jego realizację. W związku z tym pragniemy serdecznie podziękować Damianowi Sobczykowi („Mestosław”), Adzie Stokowskiej, Maciejowi Lorencowi, Joannie Wojsiat oraz Piotrowi Marcinowiczowi za aktywną promocję badań w przestrzeni mediów społecznościowych oraz w ramach prowadzonych przez siebie podcastów. Szczególne podziękowania kierujemy również do dr Agnieszki Pisarskiej, Anny Boruckiej oraz dr Justyny Hobot, które udzieliły nam nieocenionej pomocy w adaptacji wybranych skal pomiarowych oraz przygotowaniu całościowego narzędzia do badań właściwych.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Aday, J. S., Davis, A. K., Mitzkovitz, C. M., Bloesch, E. K., & Davoli, C. C. (2021). Predicting reactions to psychedelic drugs: A systematic review of states and traits related to acute drug effects. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 424-435.
- Aixalà, M. (2022). *Psychedelic integration: Psychotherapy for non-ordinary states of consciousness*. Synergetic Press.
- Andersen, K. A., Carhart-Harris, R., Nutt, D. J., & Erritzoe, D. (2021). Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(2), 101-118.
- Argyri, E. K., Evans, J., Luke, D., Michael, P., Michelle, K., Rohani-Shukla, C., ... & Robinson, O. C. (2025). Navigating Groundlessness: An interview study on dealing with ontological shock and existential distress following psychedelic experiences. *PLoS One*, 20(5), e0322501.
- Barrett, F. S., Bradstreet, M. P., Leoutsakos, J. M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). The Challenging Experience Questionnaire: Characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1279-1295.
- Barrett, F. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2017). Neuroticism is associated with challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Personality and individual differences*, 117, 155-160.
- Bartlett, C. W., Klamer, B. G., Buyske, S., Petrill, S. A., & Ray, W. C. (2019). Forming big datasets through latent class concatenation of imperfectly matched databases features. *Genes*, 10(9).
- Bender, D., & Hellerstein, D. J. (2022). Assessing the risk–benefit profile of classical psychedelics: A clinical review of secondwave psychedelic research. *Psychopharmacology*, 1-26.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in public health*, 6, 149.
- Bouso, J. C., Andión, Ó., Sarris, J. J., Scheidegger, M., Tófoli, L. F., Opaleye, E. S., Schubert, V., & Perkins, D. (2022). Adverse effects of ayahuasca: Results from the Global Ayahuasca Survey. *PLOS Global Public Health*, 2(11), Article e0000438.

Calder, A. E., & Hasler, G. (2024). Validation of the Swiss Psychedelic Side Effects Inventory: Standardized assessment of adverse effects in studies of psychedelics and MDMA. *Journal of Affective Disorders*, 365, 258-264.

Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barrett, F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of psychopharmacology*, 30(12), 1268-1278.

Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2019). REBUS and the anarchic brain: toward a unified model of the brain action of psychedelics. *Pharmacological reviews*, 71(3), 316-344.

Carhart-Harris, R. L., & Nutt, D. J. (2013). Experienced drug users assess the relative harms and benefits of drugs: a web-based survey. *Journal of psychoactive drugs*, 45(4), 322-328.

Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Haijen, E., Erritzoe, D., Watts, R., Branchi, I., & Kaelen, M. (2018). Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of psychopharmacology*, 32(7), 725-731.

CBOS - Centrum Badania Opinii Społecznej (2021). Młodzież 2021. Materiały prasowe – wybrane wyniki. Warszawa: *Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom*.

Davis, A. K., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2020). Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. *Journal of contextual behavioral science*, 15, 39-45.

de Deus Pontual, A. A., Senhorini, H. G., Corradi-Webster, C. M., Tófoli, L. F., & Daldegan-Bueno, D. (2023). Systematic review of psychometric instruments used in research with psychedelics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(3), 359-368.

Doyle, M. A., Ling, S., Lui, L. M., Fragnelli, P., Teopiz, K. M., Ho, R., ... & McIntyre, R. S. (2022). Hallucinogen persisting perceptual disorder: a scoping review covering frequency, risk factors, prevention, and treatment. *Expert Opinion on Drug Safety*, 21(6), 733-743.

Drozd, S. J., Goel, A., McGarr, M. W., Katz, J., Ritvo, P., Mattina, G. F., ... & Ladha, K. S. (2022). Ketamine assisted psychotherapy: a systematic narrative review of the literature. *Journal of Pain Research*, 1691-1706.

Dutton, C., North, E., Chun Tie, Y., Oliva, J., & Skeffington, P. (2025). Harm reduction practises for users of psychedelic drugs: a scoping review. *Harm reduction journal*, 22(1), 158.

EMCDDA – Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia. *Urząd Publikacji Unii Europejskiej*, Luksemburg.

Frymann, T., Whitney, S., Yaden, D. B., & Lipson, J. (2022). The Psychedelic Integration Scales: Tools for Measuring Psychedelic Integration Behaviors and Experiences. *Frontiers in Psychology*, 13, 863247.

Głuszczyk, K.M. (2023). *Psyloocybina: magiczne / święte grzyby psyloocybinowe, psychodeliczne lekarstwo natury*. Polska: niezależne wydawnictwo.

Gołombiowska, K. (2021). Psychedelics—a better alternative for depression treatment?. *Nauka*, (4).

González-Ponce, B. M., Rojas-Tejada, A. J., Carmona-Márquez, J., Lozano-Rojas, Ó. M., Díaz-Batanero, C., & Fernández Calderón, F. (2022). Harm reduction strategies among university students who use alcohol and cannabis, and related psychological variables: a systematic review. *Journal of psychoactive drugs*, 54(5), 403-418.

Gottfried, J., Ježek, S., Králová, M., & Řiháček, T. (2022). Autocorrelation Screening: A Potentially Efficient Method for Detecting Repetitive Response Patterns in Questionnaire Data. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 27(2).

Greń, J. D., Kirouac, M., Pearson, M. R., Ostaszewski, K. (2024). Exploring patterns of polysubstance use among Polish young adults: A latent profile analysis. *Drugs: Prevention, Education and Policy*, 32(2):1-9.

Greń, J., Gorman, I., Ruban, A., Tylš, F., Bhatt, S., & Aixalà, M. (2024). Call for evidence-based psychedelic integration. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 32(2), 129.

Greń, J., Ostaszewski, K. (2023d). Behavioral strategies chroniące związane z używaniem substancji psychoaktywnych w różnych kontekstach i populacjach. Przegląd literatury. *Alkoholizm i Narkomania*, 36(2).

Greń, J., Ostaszewski, K., Pearson, M. R. (2023b). Resilience through Harm Reduction? Protective Behavioral Strategies as a Factor of Resilience among Young Adults Using Various Psychoactive Substances. *Journal of Psychoactive Drugs*.

Greń, J., Ostaszewski, K., Wiczorek, Ł., Dąbrowska, K. (2022). “It’ll Never Be Safe, But You Can Limit the Harms”. Exploring Adolescents’ Strategies to Reduce Harms Associated with Psychoactive Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 57(3), 380- 391.

- Greń, J., Richards, D. K., Pearson, M. R., & Ostaszewski, K. (2023a). Development and validation of the Substance Use Protective Strategies Scale (SUPSS) among Polish young adults using various psychoactive substances. *International Journal of Drug Policy*, 104216.
- Greń, J., Tylś, F., Lasocik, M., Kiraly, C. (2023c). Back from the rabbit hole. Theoretical considerations and practical guidelines on psychedelic integration for mental health specialists. *Frontiers in Psychology*, 14, 1054692.
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., Jesse, R., MacLean, K. A., ... & Klinedinst, M. A. (2018). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of psychopharmacology*, 32(1), 49-69.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187, 268-283.
- Grund, S., Lüdtke, O., & Robitzsch, A. (2021, January 29). Pooling methods for likelihood ratio tests in multiply imputed data sets. <https://doi.org/10.31234/osf.io/d459g>
- Hall, W. (2022). Why was early therapeutic research on psychedelic drugs abandoned?. *Psychological Medicine*, 52(1), 26-31.
- Hearne, E., & Van Hout, M. C. (2016). "Trip-sitting" in the black hole: a netnographic study of dissociation and indigenous harm reduction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 48(4), 233-242.
- Herrmann, Z., Earleywine, M., De Leo, J., Slabaugh, S., Kenny, T., & Rush, A. J. (2023). Scoping review of experiential measures from psychedelic research and clinical trials. *Journal of psychoactive drugs*, 55(4), 501-517.
- Holas, P., & Kamińska, J. (2025a). Psychedelic use in Poland: prevalence, correlates and social attitudes. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 34(1).
- Holas, P., Kamińska, J., & Zajenkowski, M. (2025b). Societal perspectives on psychedelics use in clinical context: Development of Concerns and Openness towards Psychedelic Scale (COPS). *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 27(1), 11-21.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of psychopharmacology*, 22(6), 603-620.

- Jorgensen, T. D. (2024). Fit structural equation models to multiplu imputed data.
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). semTools: Useful tools for structural equation modeling.
- Jylkkä, J., Krabbe, A., & Jern, P. (2024). Endorsement of metaphysical idealism mediates a link between past use of psychedelics and wellbeing. *Scientific Reports*, 14, Article 13276.
- Killion, B., Hai, A. H., Alsolami, A., Vaughn, M. G., Oh, P. S., & Salas-Wright, C. P. (2021). LSD use in the United States: Trends, correlates, and a typology of us. *Drug and alcohol dependence*, 223, 108715.
- Klimas, P. (2021). Skale pomiaru: Konstrukcja i walidacja skal nowych versus weryfikacja i adaptacja skal replikowanych. *Metody badań ilościowych w zarządzaniu*, 123-160.
- Kozłowska, U., Nichols, C., Wiatr, K., & Figiel, M. (2022). From psychiatry to neurology: Psychedelics as prospective therapeutics for neurodegenerative disorders. *Journal of Neurochemistry*, 162(1), 89-108.
- Krebs, T. S., & Johansen, P. Ø. (2013). Over 30 million psychedelic users in the United States. *F1000Research*, 2(98). DOI: 10.12688/f1000research.2-98.v1.
- Kruger, D. J., Mersereau, G., Sullivan, A., Barron, J., Herberholz, M., Pouyan, N., ... & Boehnke, K. F. (2025). Best practices for first psychedelic experiences: harm reduction advice from the psychedelic community. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 191.
- Lerner, M., & Lyvers, M. (2006). Values and beliefs of psychedelic drug users: A cross-cultural study. *Journal of psychoactive drugs*, 38(2), 143-147.
- Lim, A. J. M., & Cheung, M. W. L. (2022). Evaluating FIML and multiple imputation in joint ordinal-continuous measurements models with missing data. *Behavior Research Methods*, 54(3), 1063–1077. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01582-w>
- Lorenc, M. (2019). *Czy psychodeliki uratują świat?* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Lorenc, M. (2023). *Grzybobranie. Kulturowa historia psylocybiny*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Lorenc, M. (2025). *Czy psychodeliki uratują Polskę?* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

- Lutkajtis, A., & Evans, J. (2023). Psychedelic integration challenges: Participant experiences after a psilocybin truffle retreat in the Netherlands. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(3), 211-221.
- Martens, M. P., Taylor, K. K., Damann, K. M., Page, J. C., Mowry, E. S., & Cimini, M. D. (2004). Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 390.
- Mian, M. N., Altman, B. R., Low, F., & Earleywine, M. (2024). Development of the Protective Strategies for Psychedelics Scale: A novel inventory to assess safety strategies in the context of psychedelics. *Journal of psychopharmacology*, 38(1), 101-109.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2007). A time and a place for incremental fit indices. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 869–874. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.022>
- Moskalewicz, J., Wciórka, J. (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Móró, L., Simon, K., Bárd, I., & Rácz, J. (2011). Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users. *Journal of psychoactive drugs*, 43(3), 188-198.
- Nassiri, V., Lovik, A., Molenberghs, G., Verbeke, G., & Busch, T. (2025). mifa Multiple Imputation for Exploratory Factor Analysis. <https://github.com/teebusch/mifa>
- Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological reviews*, 68(2), 264-355.
- Nichols, D. E., Nichols, C. D., & Hendricks, P. S. (2023). Proposed consensus statement on defining psychedelic drugs. *Psychedelic Medicine*, 1(1), 12-13.
- Noorani, T., Bedi, G., & Muthukumaraswamy, S. (2023). Dark loops: contagion effects, consistency and chemosocial matrices in psychedelic-assisted therapy trials. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Olson, D. E. (2020). The subjective effects of psychedelics may not be necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 563-567.
- Ona, G. (2018). Inside bad trips: Exploring extra-pharmacological factors. *Journal of psychedelic studies*, 2(1), 53-60.
- Ona, G., & Bouso, J. C. (2020). Potential safety, benefits, and influence of the placebo effect in microdosing psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119, 194-203.

- Orłowski, P., Ruban, A., Szczypiński, J., Hobot, J., Bielecki, M., & Bola, M. (2022). Naturalistic use of psychedelics is related to emotional reactivity and self-consciousness: The mediating role of ego-dissolution and mystical experiences. *Journal of Psychopharmacology*, *36*(8), 987-1000.
- Osmond, H. (1957). A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Annals of the New York academy of sciences*, *66*(3), 418-434.
- Palmer, M., & Maynard, O. M. (2022). Are you tripping comfortably? Investigating the relationship between harm reduction and the psychedelic experience. *Harm reduction journal*, *19*(1), 81.
- Pearson, M. R. (2013). Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review. *Clinical psychology review*, *33*(8), 1025-1040.
- Pedersen, E. R., Hummer, J. F., Rinker, D. V., Traylor, Z. K., & Neighbors, C. (2016). Measuring protective behavioral strategies for marijuana use among young adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *77*(3), 441-450.
- Piercey, C. J., Gray, B., Sung, A., Henry, D., & Karoly, H. C. (2024). Protective behavioral strategies for psychedelic use: A Mini review of the evidence. *Psychedelic Medicine*, *2*(4), 234-242.
- Pilc, A., Machaczka, A., Kawalec, P., Smith, J. L., & Witkin, J. M. (2022). Where do we go next in antidepressant drug discovery? A new generation of antidepressants: a pivotal role of AMPA receptor potentiation and mGlu2/3 receptor antagonism. *Expert Opinion on Drug Discovery*, *17*(10), 1131-1146.
- Preller, K. H., & Vollenweider, F. X. (2019). Modulation of social cognition via hallucinogens and “entactogens”. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 881.
- Psychedelic Alpha (2025). Psychedelic Legalization & Decriminalization Tracker: psychedelicalpha.com/data/psychedelic-laws [Dostęp: 30/01/2025]
- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.
- Radoń, S. (2014). Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności (polska adaptacja The Rumination-Reflection Questionnaire). *Psychoterapia*, *2*(169), 61-72.
- Raison, C. L., Jain, R., Penn, A. D., Cole, S. P., & Jain, S. (2022). Effects of naturalistic psychedelic use on depression, anxiety, and well-being: associations with patterns of use, reported harms, and transformative mental states. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 232.

- Rennie, J. P., Sjöstedt-Hughes, P., & Morgan, C. J. A. (2023). *The Metaphysics Matrix Questionnaire: The development of an accessible measure of belief change for the general population* [Preprint].
- Revelle, W. (2020). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. Evanston, Illinois.
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354–373.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2). <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rucker, J. J., Iliff, J., & Nutt, D. J. (2018). Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future. *Neuropharmacology*, 142, 200-218.
- Schenberg, E. E. (2018). Psychedelic-assisted psychotherapy: a paradigm shift in psychiatric research and development. *Frontiers in pharmacology*, 9, 733.
- Schlag, A. K., Aday, J., Salam, I., Neill, J. C., & Nutt, D. J. (2022). Adverse effects of psychedelics: From anecdotes and misinformation to systematic science. *Journal of Psychopharmacology*, 36(3), 258-272.
- Schultes, R. E. (1969). Hallucinogens of Plant Origin: Interdisciplinary studies of plants sacred in primitive cultures yield results of academic and practical interest. *Science*, 163(3864), 245-254.
- Sessa, B. (2012). *The psychedelic renaissance: Reassessing the role of psychedelic drugs in 21st century psychiatry and society*. Muswell Hill Press.
- Sierosławski, J. (2020). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.* (Alcohol and drug use among school children. The ESPAD Polish report) Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Simon, G., Tadmor, N., Skragge, M., Evans, J., & Robinson, O. C. (2025). The experience of recalled trauma during psychedelic experiences and perceived links to subsequent extended difficulties: A mixed-methods study. DOI: 10.21203/rs.3.rs-7255362/v1
- Singer, E. O., & Schensul, J. J. (2011). Negotiating ecstasy risk, reward, and control: A qualitative analysis of drug management patterns among ecstasy-using urban young adults. *Substance use & misuse*, 46(13), 1675-1689.

Sipowicz, K. (2013). *Encyklopedia polskiej psychodelii. Od Mickiewicza do Masłowskiej, od Witkacego do street artu*. Warszawa: Krytyka Polityczna.

Sjöstedt-Hughes, P. (2023). On the need for metaphysics in psychedelic therapy and research. *Frontiers in Psychology, 14*, Article 1128589.

Soar, K., Turner, J. J. D., & Parrott, A. C. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of psychopharmacology, 20*(3), 417-424.

Strickland, J. C., Garcia-Romeu, A., & Johnson, M. W. (2024). The Mystical Experience Questionnaire 4-Item and Challenging Experience Questionnaire 7-Item. *Psychedelic Medicine, 2*(1), 33-43.

Swanson, L. R. (2018). Unifying theories of psychedelic drug effects. *Frontiers in pharmacology, 172*.

Szczypiński, J., Jakubczyk, A., Kopera, M., Trucco, E., & Wojnar, M. (2021). Impulsivity Scale-12 and its utilization in alcohol use disorder. *Drug and alcohol dependence, 225*, 108809.

Śmigielski, L., Scheidegger, M., Kometer, M., & Vollenweider, F. X. (2019). Psilocybin-assisted mindfulness training modulates self-consciousness and brain default mode network connectivity with lasting effects. *NeuroImage, 196*, 207-215.

Tomas, R., & Jaroslav, G. (2021). *responsePatterns: Screening for careless responding patterns*.

Vidal Gine, C., Fernández Calderón, F., & Lopez Guerrero, J. (2016). Patterns of use, harm reduction strategies, and their relation to risk behavior and harm in recreational ketamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 42*(3), 358- 369.

Walsh, Z., Mollaahmetoglu, O. M., Rootman, J., Golsof, S., Keeler, J., Marsh, B., ... & Morgan, C. J. (2022). Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: comprehensive systematic review. *BJPsych Open, 8*(1), e19.

Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2017). Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression. *Journal of humanistic psychology, 57*(5), 520-564.

Więckiewicz, G., & Pudło, R. (2021). Wyniki ogólnopolskiej ankiety „PolDrugs 2021”—kim są polscy użytkownicy substancji psychoaktywnych?. *Psychiatria/Psychiatria, 18*(2).

Worrell, S. D., & Gould, T. J. (2021). Therapeutic potential of ketamine for alcohol use disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *126*, 573-589.

Yaden, D. B., & Griffiths, R. R. (2020). The subjective effects of psychedelics are necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology & Translational Science*, *4*(2), 568-572.

Yaden, D. B., Potash, J. B., & Griffiths, R. R. (2022). Preparing for the bursting of the psychedelic hype bubble. *JAMA psychiatry*, *79*(10), 943-944.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting: the basis for controlled heroin use*. New Haven, CT: Yale University Press.