

Tiefenpsychologische Aspekte der Drogenerfahrung

Hanscarl Leuner

Die vorliegende Arbeit gibt einen kurzen Überblick über eigene Untersuchungen und die Ergebnisse einer internationalen Forschungsgruppe, halluzinogene Substanzen unter definierbaren psychologischen und medizinischen Voraussetzungen der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie zugänglich zu machen: psycholytische Therapie. Die relevanten Erlebniskategorien werden dargestellt, aufgrund deren Halluzinogene in besonderem Maße geeignet sind, die Selbsterkenntnisse über die unbewußte Psychodynamik zu fördern. Damit liegt ein starkes Instrument der Therapie von oft unbehandelbaren und chronischen emotionalen Störungen wie Psychoneurosen, Charakterneurosen und psychotischen Grenzfällen vor.

Die therapeutisch-technischen Schritte der psycholytischen Therapie werden skizziert und am Beispiel kurzer Behandlungsprotokolle eines typischen Falles veranschaulicht. Die Ergebnisse werden durch kurze Fallskizzen, eine Sammelstatistik und eine Indikationsliste charakterisiert. Die möglichen Gefahren dieser Therapieform, die ihre größte Verbreitung in einer Zeit fand, in der Halluzinogene noch als experimentelle Pharmaka galten, werden mit Hinweis auf die strikt einzuhaltenden Therapiekriterien erörtert. Die weiterführende Standardliteratur dieser vom Autor als hilfreiche Ausweitung des bisherigen Psychotherapieangebotes aufgefaßten Behandlung wird nachgewiesen.

Einleitendes

Es bereitet Schwierigkeiten, den Leser in einem kurzen Kapitel in das Thema einzuführen, liegt doch eine eigentümliche Verquickung zweier ganz unterschiedlicher Wissens- und Erfahrungsbereiche des Erlebens und der Einwirkung auf die Psyche vor: die Wirkungen einer ganz speziellen Gruppe von Psychopharmaka, mit schwer überschaubaren, außerordentlich mannigfaltigen Einflüssen auf die Psyche, in der tiefenpsychologischen Psychotherapie, angewandt bei schwer gestörten Menschen, vorwiegend mit psychischen Charakterstörungen. Ich werde in diesem Aufsatz also nur einen kurzen Überblick geben können und muß mich auf die Akzentuierung einiger wichtiger Positionen beschränken, die durch Behandlungsprotokolle veranschaulicht werden sollen. Der Leser, zumal wenn er tiefenpsychologisch und psychotherapeutisch nicht vorgebildet ist, wird aus der Evidenz der Zusammenhänge mehr oder weniger intuitiv Rückschlüsse ziehen können. Die theoretischen Grundlagen der durch Halluzinogene aktivierten unbewußten Psychodynamik des Patienten können in diesem Rahmen nicht vermittelt werden. Ich kann jedoch den an Einzelheiten interessierten Leser auf mein in Kürze erscheinendes Buch verweisen mit dem Titel: „Halluzinogene — Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie“, Hans Huber, Bern.

Meine ersten Versuche, Halluzinogene als Hilfe in der Psychotherapie anzuwenden, gehen in das Jahr 1956 zurück. Sie schlossen sich an die Entwicklung der Tagtraumtechnik, des katathymen Bilderlebens an, einer effektiven tiefenpsychologisch orientierten Kurz-Psychotherapie. Die große Zahl schwer gestörter neurotischer und psychosomatischer Patienten einer psychiatrischen Klinik und das Mißverhältnis zwischen der Aufenthaltsdauer der Patienten und der erforderlichen langen Behandlungszeit ließen mich auf eine weitere Intensivierung der Tagtraumtechnik sinnen.

Dabei lag naturgemäß nichts näher, als die imaginativen Erlebnisse des Tagtraumes durch ein Medikament zu verstärken. Auf der Suche danach stieß ich auf das damals in Forscherkreisen bekannt gewordene Halluzinogen Lysergsäurediäthylamid, das in der medizinischen Öffentlichkeit als experimentelle Droge galt. Über meine ersten Ergebnisse habe ich dann erstmals auf dem Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Barcelona 1958 referiert. In der Literatur fand ich analoge, bestätigende Berichte aus England, den USA, Australien und aus der Tschechoslowakei. 1960 organisierte ich ein erstes europäisches Symposium in Göttingen, aus dem sich später eine europäische Arbeitsgruppe mit achtzehn Behandlungszentren bildete. Der Schwerpunkt dieser neuen Behandlung lag darin, daß nun das Spektrum der Psychotherapie auf bislang unbehandelbare chronische Fälle und auf Patienten mit der Unfähigkeit, ihre Gefühle und Konflikte wahrzunehmen, beträchtlich ausgeweitet wurde. Bestimmte Krankheitsbilder wie Homosexualität, Alkoholismus und manche andere waren mit Erfolg und in relativ begrenzter Zeit sehr günstig beeinflusst worden. Der Höhepunkt dieser Arbeit lag in den sechziger Jahren.

Diese Forschungseinrichtung, deren Entwicklung meines Erachtens noch bei weitem nicht abgeschlossen war, fand ein unerwartetes und relativ abruptes Ende bei der unglücklichen Verbreitung halluzinogener Substanzen in der Öffentlichkeit durch das missionarische Wirken des US-amerikanischen Psychologen Leary. Er führte sie als „Vitamin des Gehirnes“ in die Rauschmittelszene der amerikanischen Massenuniversitäten ein. Daraus entwickelte sich die besorgniserregende „Rauschmittelwelle“ bei Jugendlichen.

Die medizinische Gefahr, die in der unkontrollierten Einnahme von Halluzinogenen liegt, erstreckt sich im wesentlichen auf die Überdosierung und zu häufige Einnahme. In hoher Dosis

können durch Halluzinogene auch beim Gesunden toxisch bedingte Modellpsychosen hervorgerufen werden, die Gegenstand eingehender psychiatrischer Grundlagenforschung waren. Sie können auch bei Disponierten ganz selten einmal eine echte Psychose auslösen oder bleibende Charakterveränderungen hervorrufen. Es entspricht allgemeiner psychopharmakologischer Erfahrung, daß bei fast jedem Medikament die gewünschte therapeutische Wirkung in eine schädigende umschlagen kann.

Tiefenpsychologische Anwendung der Halluzinogene

Worin besteht nun die tiefenpsychologische Anwendung der Halluzinogene und worauf beruht sie?

Halluzinogene Substanzen unterscheiden sich von allen anderen psychopharmakologischen Mitteln dadurch, daß ihr Wirkungsspektrum grundsätzlich nicht wie bei diesen auf psychische Zielsymptome gerichtet ist, wie es etwa die Antidepressiva sind. Sie zeichnen sich vielmehr durch ihre „produktive Wirkung“ aus. Tagtraumartige Imaginationen vor geschlossenen Augen, bei höherer Dosis auch Visionen bei offenen Augen, treten auf, und Veränderungen der optischen Wahrnehmungen werden beobachtet. Man hat die Mittel deshalb auch als *Phantastica* bezeichnet. Andere Wirkungen äußern sich in der Herabsetzung der höheren und abstraktiven Denktätigkeit. An ihre Stelle tritt eine stark gefühlsgetragene, assoziative Denkweise mit Gedankenreihen, deren Glieder durch Gefühle verbunden sind. Diese regressive Denkform ist uns vor allem vom Kleinkindalter her geläufig. Das gesamte Spektrum unserer Gefühlswelt, die in Stimmungen, Gefühle und Affekte eingeteilt werden kann, ist verstärkt und zugleich gelokert, so daß die verschiedenen affektiv-emotionalen Erlebnisformen durch Anregung von außen oder aus dem inneren Gefühlsbereich stimuliert werden. Daraus ergeben sich eine Reihe wichtiger Einflußgrößen (Parameter),

die beachtet werden müssen. Da die Gefühlsaktivierung zu einer vermehrten Sensibilität der Umgebung gegenüber führt und die Reaktionen steigert, fällt das Verhalten der Versuchspersonen ganz unterschiedlich aus:

1. Es besteht eine Abhängigkeit von der Art der Umgebung und dem Verhalten des Versuchsleiters (z.B. wird der Unterschied zwischen einem EEG-Laboratorium, einem kahlen Krankenzimmer oder einer anheimelnden Wohnzimmeratmosphäre, zwischen einem kühl-sachlich oder einem warmherzig eingestellten psychologischen Versuchsleiter deutlich. Extremreaktionen finden wir, wenn der Versuch in völliger Einsamkeit durchgeführt wird). Die äußere Umgebung wird mit dem englischen Begriff des *setting* belegt. Aus der Nichtbeachtung des Parameters *setting* erklären sich die häufig widersprüchlichen Reaktionen auf das Halluzinogen.

2. Ebenso wurde lange Zeit das *Set* übersehen, das für Halluzinogene als Hilfe für tiefenpsychologische Psychotherapie ebenfalls wichtig ist. Gemeint ist die oft unbewußte Einstellung oder Einstimmung und die Zielsetzung der Person. Das *set* beeinflusst die Erlebnisinhalte der Halluzinogenwirkung und kann durch den Versuchsleiter oder Therapeuten maßgeblich gelenkt werden. Das *set* steht naturgemäß in enger Beziehung zum *setting* der wahrgenommenen äußeren Bedingungen. Beispiel: Ist das *set* eine religiöse Einstellung und die Erwartung, an einem religiösen Gottesdienst teilzunehmen, und das *setting* ein religiöser Gottesdienst mit den entsprechenden sinnlichen Einwirkungen wie Kirche und Orgelspiel, so kann das eingenommene Halluzinogen zu profunden religiösen Erfahrungen führen, wie Untersuchungen gezeigt haben (Pahnke et al.).

Übertragen auf unser Thema erhält die tiefenpsychologische Wirkung des Halluzinogens erst dann ihren Schwerpunkt, wenn das *set*, die eingehende Vorbereitung des Patienten

durch Erhebung der tiefenpsychologischen Anamnese und eine vorbereitende tiefenpsychologische Behandlung, zu der Überzeugung führt, daß seine Erkrankung durch früh gestörte emotionale Beziehungen zu den nächsten Angehörigen entstanden ist. Das *setting* einer psychotherapeutischen Behandlung sind ein freundlich gestalteter Wohnraum und die Gegenwart des Therapeuten, der verständnisvoll auf den Patienten eingeht.

Weiterhin bestimmen pharmakologische Parameter den Einfluß.

3. Die verabreichte Dosis wird von der Zielsetzung bestimmt, daß der Patient einerseits das gewünschte tiefenpsychologische Material, begleitet von starken Gefühlen und Affekten, fördert, gleichzeitig aber ein Rest seines reflektierenden und beobachtenden Ichs erhalten bleibt (Ich-Spaltung), damit er nicht etwa von der Fülle des Erlebnismaterials überschwemmt wird. Das würde ihn an den Rand einer Modellpsychose führen. Die Dosis muß deshalb jeweils individuell gewählt, unter Umständen auch verändert werden, um eine gleichbleibende Reaktion zur Freisetzung tiefenpsychologischen Materials zu gewährleisten.

4. Die Form der Verabreichung; sie ist naturgemäß für die Schnelligkeit, mit der der Halluzinogenspiegel im Blut ansteigt, maßgeblich (orale Einnahme mit langer Resorptionszeit, also einem langsamen Anstieg, die intramuskuläre Injektion mit einem schnelleren und die intravenöse Verabreichung, etwa zu einer gezielten Steigerung der bereits vorhandenen Wirkung, mit einem steilen Anstieg innerhalb weniger Minuten).

5. Die Wahl des Halluzinogens bestimmt die Dauer des paranormalen Zustands und die Färbung des Erlebens. Die fünf ursprünglich zur Verfügung stehenden Mittel zeigen zwar überraschend ähnliche halluzinogene Wirkungen, Unterschiede liegen jedoch in der Dauer und dem Ausmaß,

in dem sie im Körper vollständig abgebaut werden. LSD-25 wirkt fünf bis sechs, mit einer Nachphase bis zu zwölf Stunden, Psilocybin wirkt fünf Stunden ohne Nachphase, seine Abkömmlinge CEY19 und CZ74 drei Stunden mit abruptem Abfall der Sensationen ohne jegliche Nachreaktion. Letztere sind meines Erachtens die idealen Mittel für psychotherapeutische Zwecke. Zu erwähnen sind noch die verschiedenen Tryptamin-Abkömmlinge. Sie wirken zum Teil nur eine Stunde, sind aber mit unerwünschten Nebenwirkungen wie einem Blutdruckanstieg verbunden.

Häufig wird gefragt, ob eine laufende psycholytische Therapie abgebrochen werden kann, falls das aus besonderem Grunde notwendig sein sollte. Seltene aversive Reaktionen sollten zunächst durch psychotherapeutische Maßnahmen eingedämmt werden. Gelingt das nicht, wird medikamentös durch intravenöse Verabreichung von 10mg Valium in genau abstuftbarer Dosis der Halluzinogeneffekt gebremst.

Halluzinogene Erlebniskategorien tiefenpsychologischer Dynamik

Welches nun sind die Erlebniskategorien, die darauf hinweisen, daß tiefenpsychologische Dynamik im Halluzinogenerleben aktiviert wird?

Vier Grundkategorien können dafür angeführt werden:

1. Tiefenpsychologisches Material wird in Form optischer Imaginationen wie in der Tagtraumtechnik des katathymen Bilderlebens freigesetzt;

2. der Patient erlebt, gelegentlich „mit erschreckender Realität“, Szenen aus der frühen Kindheit, die bis in das erste Lebenshalbjahr, nach Auffassung mancher Autoren sogar bis in die intrauterine Phase zurückreichen. Sie sind begleitet von in der Regel starken, negativ besetzten Gefühlen und Affekten, wie Situationen der Verlassenheit und der negativen Erfah-

rungen mit frühkindlichen Bezugspersonen. Sie werden unter der Ermütigung des Therapeuten durchlebt und durchlitten und verlieren dadurch ihren pathologischen Wert.

3. die genannte Verstärkung der Gefühlswelt führt zu einer Verstärkung von unterdrückten Erlebnisweisen schlechthin. Sie manifestiert sich auch in den Übertragungsgefühlen gegenüber dem Therapeuten. Dieser wird einerseits in die negativen Gefühlserfahrungen der frühesten Kindheit einbezogen. Andererseits kann er eine korrigierende positive Gefühlserfahrung vermitteln, etwa mit den Kategorien des Sichverstandenseins, der warmen mütterlichen Zugewandtheit, der Bestätigung sowie des Gewährens verbotener und tabuierter, damit angstbesetzter Triebimpulse und -handlungen im Bereich des oralen, aggressiven, analen oder auch sexuellen Erlebnisbereiches und der damit verbundenen Phantasien.

4. Im Zusammenhang mit der Fülle des gewonnenen Erinnerungs- und Erlebnismaterials entwickelt der Patient Einfälle und assoziative Querverbindungen und erkennt die psychodynamischen Zusammenhänge seiner Symptome und seine neurotischen Fehlhaltungen. Auch nimmt er seine Widerstände und Abwehrmechanismen wahr, die mit einer bisher ungekannten Überzeugungskraft lebendig werden können.

Technik psycholytischer Therapie

Die Technik der psycholytischen Therapie hat immer zu berücksichtigen, daß das verabreichte Halluzinogen lediglich eine Hilfsfunktion hat. Obgleich der Psychotherapeut Erfahrung und Sicherheit in der pharmakologischen Anwendung der Mittel haben muß, liegt sein Hauptaugenmerk auf der tiefenpsychologisch orientierten Zuwendung zu dem Patienten und Bearbeitung des Materials sowie der Kontrolle und der Analyse der Übertragungsgefühle des Patienten (und umgekehrt der vom Therapeuten auf den

Patienten gegenübertragenen Gefühle). Die Therapie selbst vollzieht sich in drei Schritten: 1. die Vorbereitungsphase, 2. die eigentliche Therapiephase, 3. die Phase der Nachbearbeitung.

Zu 1. Vorbereitungsphase: Sie beginnt mit dem Erstgespräch, der mehrstündigen Erhebung der tiefenpsychologischen Vorgeschichte und einem klärenden Gespräch über das Arbeitsbündnis mit Klärung der Frage, ob und inwieweit die psycholytische Behandlung bei Würdigung aller Umstände angezeigt und technisch durchführbar ist. Erwägungen etwaiger Gegenindikation oder einer möglichen Gefährdung eines ich-schwachen und labilen Patienten durch die sehr intensiv wirkende Methode müssen gegeneinander genau abgewogen werden.

Zu 2. die Behandlungsperiode: a) Sie erstreckt sich nur auf einige wenige Sitzungen, wenn es gilt, eine bereits laufende psychoanalytische oder tiefenpsychologisch orientierte Therapie durch einige eingestreute Halluzinogensitzungen zu fördern. Wenige Sitzungen werden auch vereinbart, wo eine Probebehandlung sinnvoll erscheint, um zu entscheiden, inwieweit ein Patient sich mit Hilfe des Verfahrens für weitere tiefenpsychologische Arbeit aufschließen läßt. Wir legen größten Wert darauf, daß der Patient sich selbst (auch zu einem Behandlungsversuch) entschließt, die Behandlung freiwillig auf sich nimmt und weiß, daß er jederzeit davon zurücktreten kann.

b) Fortlaufende Langzeit-Therapie bei besonders schweren Fällen von 8—40 Sitzungen. Die Behandlungsperiode wird hinsichtlich der Anzahl der Sitzungen und zeitlich vorläufig begrenzt. Nach Abschluß jeder Etappe werden Entschlüsse über das weitere Vorgehen erarbeitet. Die Therapie wird dann entweder voll stationär durchgeführt oder in Form der sogenannten klinischen Intervallbehandlung (die erste kann in die zweite übergeführt werden). Die Therapiesitzung wird anfangs wöchentlich, spä-

ter in vierzehntägigen bis vierwöchigen Abständen durchgeführt. Der Intervallcharakter liegt darin, daß an Stelle vollstationärer Behandlung der Patient nur einen Tag und eine Nacht oder auch zwei Tage aufgenommen wird. Auf diese Weise kann er seinem häuslichen Pflichtenkreis und seiner Arbeit trotz der Behandlung nachgehen.

Die psycholytische Therapiesitzung dauert fünf bis sechs Stunden. Zur Reizabschirmung liegt der Patient in einem freundlich eingerichteten abgedunkelten Raum, und der Therapeut ist während der ganzen Periode (mit Ausnahmen) zugegen. Der Gesamtbehandlungsplan sieht ein ganzes Set von Maßnahmen vor. Die Gruppe von drei bis fünf Patienten trifft sich morgens in der Klinik zu einem kurzen Gruppengespräch. Der größere Teil hatte bereits am Vorabend je eine Einzelsitzung mit dem Therapeuten, in der aktuelle Probleme, der Stand der Behandlung usw. bearbeitet wurden.

Nach der psycholytischen Sitzung sind die Patienten in der Regel erschöpft und ruhen sich aus. Später wird ihnen in der Gruppe eine Gestaltungstherapie angeboten, in der sie Inhalte der halluzinogenen Erfahrungen malend oder tonknetend darstellen. Am späten Nachmittag findet eine gemeinsame Gruppensitzung in Gegenwart der Therapeuten statt, in der Absicht, die individuellen Erfahrungen untereinander auszutauschen und zu ersten Einfällen, Assoziationen und interpretativen Ansätzen mit Hilfe der Therapeuten zu gelangen. Die während der Halluzinogensitzung aufgenommenen Tonbandprotokolle hört sich der Patient zu Hause an und fertigt ein Transskript. Es wird in der darauffolgenden Woche mit dem Therapeuten durchgearbeitet. Diese Tätigkeit gehört bereits der

Zu 3. Nachbearbeitungsphase an. Der Vorzug der psycholytischen Erfahrungen liegt, wie schon angedeutet, überwiegend in der Aufdeckung der genetischen Phasen der frühen und

frühesten Kindheit. Die Durcharbeitung mit den Therapeuten zielt darauf ab, diese in den Kontext der aktuellen Problematik und der Verhaltensstörungen des Patienten einzugliedern.

Am folgenden Tage erhält jeder Patient, bevor er die Klinik verläßt, ein Einzelgespräch, in dem Material nachgetragen und erste Schlüsse über die Behandlung gezogen werden.

Die eigentliche Nachbehandlungsphase, während der nur noch selten oder gar keine psycholytischen Sitzungen stattfinden, dient ausschließlich der tiefenpsychologischen Charakteranalyse im Sinne des Durcharbeitens des gewonnenen Materials, der aktuellen Situation und der Verfeinerung der Selbsteinsichten des Patienten. Er ist in der Regel durch die psycholytischen Vorerfahrungen dafür besonders gut aufgeschlossen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß der Entwicklungs- und Reifungsprozeß des Patienten durch die gewonnene große emotionale Aufgeschlossenheit sich selbst und seiner Umwelt gegenüber dem Behandlungsprozeß dieser Periode sehr förderlich ist und daß seine Nachwirkungen bis zu einem Jahr reichen. Das bezieht sich auch auf die zunehmend realitätsorientierte Einstellung sowohl Menschen als auch sich selbst und seinen Lebensumständen gegenüber.

Fallbeispiele

Zur Veranschaulichung möchte ich den psychotherapeutischen Prozeß des Verfahrens an einem stark gekürzten Fallbeispiel veranschaulichen.

Frau L., eine 23jährige amerikanische Universitätslektorin aus den Südstaaten, ist eine gebildete, einseitig intellektualisierte junge Dame von schizothymem, hyperästhetischem Typ. Die Diagnose lautet: schwere rezidivierende Depression mit Suizidalität auf neurotischer Grundlage.

Anamnese: Seit 8 Wochen schwer depressiv, gleichgültig, ratlos, suizidal

mit aggressiven Ausbrüchen gegen die Eltern und der Tendenz zur Selbstschädigung, Inappetenz und abgemagert. Sie hatte bereits seit dem 14. Lebensjahr unter sechs ähnlichen leichteren depressiven Perioden von kürzerer Dauer gelitten, die immer in unmittelbarem Zusammenhang mit Enttäuschungen durch männliche Freunde standen. Die Diagnose einer neurotischen Depression wurde unabhängig von uns zuvor an der Wiener Psychiatrischen Klinik von Professor Hoff gestellt. Hinsichtlich der Neurosestruktur überwogen starke depressive und schizoide Anteile.

Therapie: Dauer knapp 3 Monate, 12 psycholytische Sitzungen mit 60 bis 280mg LSD-25 in wöchentlichen Abständen und etwa wöchentlich vier psychotherapeutischen Einzelsitzungen.

Ergebnis: Sehr gute Sofortheilung

Katamnese nach 10 Jahren: Niemals, auch nicht andeutungsweise, wieder depressiv reagiert, dagegen bestehen deutliche Zeichen einer Umstrukturierung der Person: erfolgreiche Betätigung im Beruf als Universitätslektorin, normale Reaktion beim Tod des Vaters; sie heiratete, lebt inzwischen seit sieben Jahren in glücklicher Ehe und nimmt mit Befriedigung an sozialen Tätigkeiten teil.

Die nun folgenden Passagen der Therapie können nur Schlaglichter auf die Dynamik des vielschichtigen therapeutischen Prozesses werfen. Auch die Kommentare sind nur kurze Hinweise auf die tiefenpsychologischen Positionen. In den Erfahrungen der Patientin tritt häufig die psychoanalytische Problematik offen zutage. Die Patientin gewinnt mancherlei Einsichten in der Regel von selbst, ohne daß sie eine entsprechende Vorbildung besitzt.

Protokoll aus der ersten Sitzung: 1/27. „Mein zweites Erlebnis beschäftigte sich mit der Kindergartenzeit. Ich erinnerte mich der Spielkameraden,

der Basteleien, der Spiele und des Raumes, in dem diese stattfanden, der Spielzeuge und des Spielplatzes. Ich erinnerte mich, wie ich auf meine Mutter wartete, die mich abholte, und daß sie oft die letzte Mutter war, die ankam. Ich rief mir auch traurig in Erinnerung, daß mein Freund James mehr mit meiner Freundin Eva spielte, die wie Joice, meine Schwester, aussah und schönere Zöpfe hatte als ich."

Kommentar: Typische Altersregression unter Einfluß von LSD, die das zentrale Thema von Verlassenheit und das persönliche Problem der Rivalität um einen männlichen Partner darstellt, eine infantile Wurzel der depressiven Reaktionen.

Aus der zweiten Sitzung: II/36. „Ich gewann aus meiner zweiten Behandlung viel Befriedigung, vor allem deshalb, weil ich eine Menge Zeitungspapier und Pappkartons zerriß und damit meine aggressiven Gefühle los wurde. Hinterher fühlte ich mich befreit von der Welt. Ich fühlte, daß nichts sonst mir etwas anhaben könnte und daß ich nicht mehr länger unter dem Druck stand, den ich immer wieder zu Hause und auch sonstwo erlebt hatte. Ich fühlte ein außerordentliches Bedürfnis nach Liebe."

Kommentar: Charakteristisch für gewisse therapeutisch hilfreiche Passagen ist die Abreaktion aggressiver Impulse, mit der Befreiung von konformistischer Einengung und übermäßigem pädagogischem Druck. Das Problem des Liebesmangels wird erstmals deutlich.

„... Ich sah Hitler verschiedene Male. Dann ereignete sich ein sehr merkwürdiges Phänomen: Hitler wurde zu meinem Vater, fuhr unser Auto und kam in unser Haus ..."

Kommentar: Freudsche Traumarbeit: Hitler als Symbol männlicher Brutalität überhaupt wird mit dem Vater kontaminiert.

Nach der vierten Sitzung: IV/48. „In

meinem Hotel (nach der Sitzung angekommen) entdeckte ich einen Brief meines Freundes John. Es war deutlich, daß John alle Gefühle, die er jemals für mich hegte, gänzlich verloren hat. Ich war tief verletzt durch den Brief, wurde aggressiv und wollte alles durch das Zimmer werfen. Eine tiefe Depression setzte ein, und für die nächsten 24 Stunden war ich voller Groll, mißtraute jedermann, sogar dem Erfolg meiner psychotherapeutischen Behandlung. Ich hatte starke Selbstmordwünsche und bat meine Mutter, daß sie mir helfen sollte, mich umzubringen."

Kommentar: In der Nachphase der Sitzung reagiert die Patientin auf Enttäuschung ihrer Liebeserwartung mit starker Aggressivität. (Derartige Ausbrüche können zu Nachreaktionen führen, deshalb die Notwendigkeit der klinischen Nachbetreuung, z.B. im Rahmen der Gruppe.) Ein Einblick in die Dynamik der Depression (Abwehr der Umkehrung von Aktivität in Passivität) zeigt sich im Umschlag von Aggression in Depression mit Übertragung der Gefühle auf den Therapeuten und die Behandlung. Die Aggressionen wenden sich schließlich gegen die eigene Person.

Aus der fünften Sitzung: IV/58. „Meine Gedanken wandten sich dann der Königin Elisabeth von England zu. Ich projizierte mich selbst in die Queen. Ihr Blick voller Autorität sprach mich an. Ich liebte die Idee, daß eine Frau Macht über so viele Männer hat. Auf dem Felsen von Gibraltar blickte ich herab auf die britische Flotte, die augenscheinlich dabei war, eine Schlacht zu gewinnen ... als ob ihre Männer gegen Hitlers Macht kämpften."

Kommentar: Die Identifikation mit dem hoheitsvollen und zugleich männlich-mächtigen Ideal-Ich der Queen verbindet sich mit der Abwehr der brutalen Vater-Imago Hitlers.

Aus der sechsten Sitzung: VI/98. „In dieser Behandlung wurde mir völlig

klar, daß ich einen Minderwertigkeitskomplex habe. Ich wollte das nicht gern akzeptieren. Ich sehe Dinge gern in ihren Extremen, derart etwa, daß, wenn ich augenscheinlich mit einem schwierigen Problem beschäftigt bin, ich sofort zu sterben wünsche, um mich von den Härten dieses Lebens zu befreien. Es ist wahr, daß ich ein Leben wünschte, als sei dauernd Weihnachten ... Diese Behandlung war sehr deprimierend und die unangenehmste, die ich jemals hatte."

Kommentar: Erste Einsicht in bisher verdrängte Selbstwertstörungen und in die Abwehr der Realitätsforderungen mit der Reaktionsbildung in Form einer narzißtischen Wunschwelt. Die Neigung zur Resignation mit Flucht in die Isolierung (Depressionen) ist die Folge und wird hier erstmals als therapeutisch fruchtbare emotionale Einsicht bewußt.

„Ich hing von meinem Vater ab, weil er mich versorgte. Ich fühlte, daß ich mit ihm stehe und falle ... als ob ich ihm gehörte, als ob ich sein Eigentum sei. Ich fürchtete seine Gefühle zu verletzen bei meinen Versuchen, erwachsen zu werden. Ich fühlte Liebe zu ihm trotz allem ... Es wurde mir klar, daß meine Beziehungen zu meinem Vater die Beziehungen zu jungen Männern beeinträchtigt hatten. Ich hatte immer unbewußt Ausschau gehalten nach einem neuen Vater, wenn ich einen Freund kennenlernte."

Kommentar: Die emotional enge, aber ambivalente Bindung an den Vater wird stark empfunden und ihre Projektion auf alle möglichen männlichen Partner erkannt. Die imaginären Behinderungen in der Partnerwahl werden deutlich.

Aus der elften Sitzung: XI/177. „Mein Widerstand brachte hervor, daß ich gegenüber dem Doktor ein leichtes Mißtrauen hatte. Ich fühlte starke Aggressionen gegen ihn, seine Indifferenz tötete mein Bestreben, eine mitarbeitende Patientin zu sein. Ich fiel in eine Depression. Ich fühlte, die ganze

Behandlung ist ein Mißerfolg. Ich wußte rational, das ist eine Übertreibung, aber mein Gefühl war stärker als meine Argumente, so daß ich machtlos war, mich selbst zu kontrollieren . . . Meine Aggressionen gegen den Vater richteten sich gegen den Doktor als einen Juden, der mich in seine Abhängigkeit bekommen wollte, als einen Deutschen, d.h. einen Nazi, also einen brutalen Mann . . . mit kalten gleichgültigen Gefühlen gegenüber einer Frau. Er wurde für mich die Verkörperung all dessen, was ich in einem Mann verachte und fürchte."

Kommentar: Die emotional enge, aber ambivalente Bindung an den Vater wird als starke Imago auf den Arzt projiziert, Angst und Haß gegen männliche Partner werden realistisch wiedererlebt und abreagiert. Im Kontrast dazu steht die rationale Kontrolle.

Das Beispiel des in knappen Linien skizzierten Falles veranschaulicht die folgenden dynamischen Faktoren des therapeutischen Prozesses bei der psycholytischen Behandlung:

1. Unbewußtes psychisches Material, einschließlich traumatisierender Wurzerlebnisse der frühesten Kindheit, wird aktiviert. Verdrängungen und psychische Abwehrmechanismen werden gelockert. Dabei kann es zu affektiven Reaktionen mit fruchtbaren Durchbrüchen von in Verdrängung gehaltenen Vitalimpulsen und Antrieben kommen.

2. Ansichten sowohl in verdrängtes neurotisches Konfliktmaterial als auch in die Dynamik der mitunter verstärkten Abwehrvorgänge, der Ersatzbildungen und neurotischen Fehleinstellungen werden gewonnen. Imaginäre infantile Fehleinschätzungen und Erwartungen können an der Realität korrigiert werden.

3. Die Übertragung auf den Therapeuten wird aktiviert, und frühkindliche Ängste, Projektionen und Ansprüche werden im *hic et nunc*, in der Beziehung zum Therapeuten erlebt.

Ergänzend sollen zwei Fälle kurz skizziert werden, bei denen vorausgegangen, zum Teil langdauernde anderweitige Behandlungsversuche nicht zum Erfolg geführt hatten.

Fall 1: H. H., 26jähriger technischer Angestellter, der seit acht Jahren unter einer sich mehr und mehr verstärkenden Angstneurose mit hypochondrischen Herzangstzuständen leidet, die zur Arbeitsunfähigkeit führten. Vieljährige psychoanalytische Kuren bei wechselnden Therapeuten blieben ohne Erfolg. Vielmehr verschlimmerte sich das Leiden. Wegen Suizidalität wurde die Aufnahme in einer geschlossenen Abteilung notwendig. Der Patient bot das Bild einer psychopathischen, überaus schwierigen und verwöhnten Person. Nach 11/2jähriger psycholytischer Behandlung, kombiniert mit Gruppentherapie, Symptomfreiheit einschließlich wesentlicher Besserung seiner schweren Kontaktstörung: Der Patient ist voll berufsfähig und verbessert seine soziale Stellung.

Fall 2: I. R., 41jähriger Studienrat, der seit der Ehescheidung vor zwölf Jahren an einer absoluten *impotentia coeundi* leidet. Dabei bestehen erhebliche charakterneurotische Züge. Psychotherapeutische Kuren, z.T. bei namhaften Analytikern, über mehr als sechs Jahre blieben ohne Erfolg. Der Patient kann noch kaum in psychoanalytischen Kategorien denken. Nach vierzehn psycholytischen Sitzungen innerhalb von neun Monaten, kombiniert mit Gruppen- und Einzeltherapie, deutlicher Wandel des Charakterbildes: Der Patient ist freier, aufgeloockter, kontaktbereiter, und seine prüde Scheu in *sexualibus* ist zurückgetreten. Erfolgreiche und anhaltende sexuelle Kontakte. Katamnese nach acht Jahren ohne Rückfall. Ausweitung der persönlichen Entwicklung nach Fortsetzung durch eine Behandlung ohne LSD.

Insgesamt wurden in der Literatur von 1953 bis 1965 in 42 Arbeiten von 28 Autoren 1600 Fälle behandelt, nach-

untersucht und publiziert. 68% der Fälle wurden als besonders schwer und chronisch ausgewiesen. Die hauptsächlichsten Indikationen waren in absteigender Reihe (Prozentzahlen geben die Erfolgsschätzungen der Therapeuten) Angstneurosen (70%), depressive Zustände (62%). Charakterneurosen, Psychopathie (61%), psychotische Grenzfälle (53%), sexuelle Perversionen (50%), Zwangsneurosen (42%), Hysterie und Konversionssymptome (32%), Alkoholiker und Mittelsüchtige (31%). Die ersten drei Diagnosen mit der höchsten Prognoseziffer können wohl als Kerngruppe der für diese Behandlung am besten geeigneten Diagnosen gelten.

Indikation/Kontraindikation

An anderer Stelle habe ich folgende *Indikationsliste* zusammengestellt, die sich aus Literatur und Eigenerfahrungen ergeben hat (Leuner 1971).

Psychopathologische Zustände

Charakterneurosen (alle Autoren)
psychopathische Personen
kriminelle Psychopathen (ausgelesene Heranwachsende)
Zwangsneurosen
neurotische Depressionen
endo-reaktive Depressionen
Angstneurosen
Herzphobien bzw. Herzneurosen
Phobien
psychotische Grenzfälle
schizophrene Restwahnzustände
pathologisches Streunen
Transvestitismus (versuchsweise)

Sexualstörungen

chronische Impotenz
chronische Frigidität
Homosexualität
Päderastie
Exhibitionismus

Psychosomatische Zustände

Migräne
Psoriasis

Colitis ulcerosa (nicht im akuten Stadium)

Pubertätsmagersucht (versuchsweise) hysterische Konversionssymptomatik (einschl. Schreikrampf)

Wie in jeder Psychotherapie hängt die Indikation, d.h. die Behandlungsprognose, weniger von der Diagnose als vielmehr von einzelnen Faktoren der Person des Patienten und seiner sozialen Situation ab. Im Zweifelsfall kann an eine kurze Probebehandlung gedacht werden. Das Behandlungsalter reicht vom 5. Lebensjahr (Kinderbehandlungen sind bei einzelnen Extremfällen berichtet worden) bis zum 50. Lebensjahr. Darüberhinaus sollte von der Behandlung abgesehen werden.

Absolute Kontraindikationen sind: hirnorganische Zustände, beginnende oder fragliche Schwangerschaft, Leberparenchymschädigung, die weniger als zwei Jahre zurückliegt, endogene Depression und Manie, akute oder chronische Schizophrenie, begleitender Schwachsinn (10 unter 85).

Relative Kontraindikationen sind: mangelnde Motivation zu einer Psychotherapie, Hysterie mit der Neigung zum Ausagieren, Psychopathen mit mangelndem Leidensdruck, das Vorliegen von Verwahrlosungstendenzen, ausgesprochen infantile Persönlichkeit.

Prognostisch besonders günstig sind: Individuen, die eine ausreichende Ich-Stärke aufweisen, sich im Berufsleben bewährt haben, unter echtem Leidensdruck stehen und für eine Therapie von sich aus motiviert sind.

Gefahren

Die Gefahren der psycholytischen Therapie sind bei ihrer korrekten Anwendung nach den Gesichtspunkten von *set* und *setting*, der Dosierung, der Berücksichtigung, daß ein tiefenpsychologisch ausgebildeter Therapeut die Behandlung persönlich leitet und das therapeutische Team regelmäßig

betreuen muß, sowie unter klarer Berücksichtigung der Indikation gering, praktisch gleich null. S. Cohen (1960) hat LSD aufgrund einer breiten Umfrage bei Therapeuten als eine „sichere Droge“ bezeichnet. Todesfälle oder Gesundheitsschädigungen sind nie aufgetreten.

In der Literatur sind zwei Schädigungsmöglichkeiten diskutiert worden:

1. Eine latente Psychose oder ein Suizid könnten ausgelöst werden. Mallison (1971) ist der Frage an 5000 in England behandelten Personen mit insgesamt 25000 Sitzungen nachgegangen. Die Selbstmordrate betrug 0,007 %, soweit sie in Verbindung mit der Einnahme von LSD stand. Dabei ist zu bedenken, daß Psychotherapiepatienten stets in einem höheren Grad als Gesunde suizidgefährdet sind. Eine kritische Patientengruppe in dieser Hinsicht stellen Patienten mit typischer *borderline*-Struktur dar, sofern zum Krankheitsbild plötzliche depressive „Einbrüche“ gehören. Psychotische Komplikationen, die länger als 48 Stunden dauerten, wurden in 0,9 % berichtet, von denen zwei Drittel völlig wiederhergestellt wurden.

2. In den USA wurde eine zeitlang die Gefahr von Chromosomenschädigungen diskutiert. Dishotsky et al. (1971) kommen zu dem Ergebnis, daß LSD keine genetischen oder teratogenen sowie karzinogenen Schäden beim Menschen hervorruft. Eigene Untersuchungen mit Eberle (1971) ließen bei Durchführung einer psycholytischen Kur mit Psilocybin an Leukozyten Chromosomenbrüche finden, die, verglichen mit dem Einfluß von Röntgenstrahlen, dem Ausmaß einer Röntgendosis entspricht, die bis vor kurzem die zulässige Expositions-dosis einer Röntgenassistentin war. Auch andere Medikamente, selbst Aspirin und Coffein, rufen analoge Chromosomenbrüche hervor. Dieser Faktor kann dann vernachlässigt werden.

3. Die Gefahr einer Sucht nach Kenntnis der Halluzinogenwirkung

wurde vermutet. Aufgrund der Mißbrauchsforschung ist bekannt, daß Halluzinogene allenfalls eine psychische Abhängigkeit hervorrufen, aber kein eigentliches Suchtpotential haben. Bei 120 von mir behandelten Fällen hat sich eine solche Abhängigkeit nirgends gezeigt, zum Teil sind die therapeutischen Erfahrungen derart tiefgreifend und belastend, daß die Betroffenen kaum einen Anlaß sehen, diese in Eigenregie fortzusetzen. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf den Unterschied zwischen unkontrollierter Einnahme halluzinogener Substanzen vom Schwarzmarkt und der kontrollierten Gabe unter ärztlich-wissenschaftlichen Bedingungen hervorgehoben. Ich darf auf die strikte Einhaltung der oben genannten Gesichtspunkte wie *set* und *setting*, Gegenwart des Therapeuten, sorgfältige Dosierung, Einhaltung der Indikationsregeln hinweisen, im Gegensatz zu den Mißbrauchskonditionen, bei denen all diese Gesichtspunkte unberücksichtigt bleiben und besonders weder die Dosis des Präparates bekannt ist noch ihr Reinheitsgrad (häufige Untermischungen mit anderen Drogen).

Resümee

Zusammenfassend komme ich zu dem Ergebnis, daß halluzinogene Substanzen unter Wahrung einer Reihe wichtiger Behandlungskriterien eine außerordentliche Hilfe in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie sind. Die anzuwendenden Kautelen unterscheiden sich von der landläufigen Verordnung von Psychopharmaka durch die strikte Notwendigkeit, die Gesichtspunkte von *set* und *setting* zu berücksichtigen und den Umstand, daß im Vordergrund das psychotherapeutische, tiefenpsychologisch orientierte Wirken steht und nicht der Drogeneinfluß als solcher. Vielmehr ist er ein verstärkender und ermöglichender Faktor der primär tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch ausgerichteten Therapie. Das fordert von der Ausbildung des Therapeuten, daß er in tiefenpsychologisch orientierter Therapie, möglichst auch

in Psychoanalyse ausgebildet und klinisch erfahren ist und zusätzlich über die nötigen pharmakologischen Kenntnisse und klinischen Erfahrungen mit halluzinogenen Substanzen verfügt. Die Forderung vieler Autoren, daß er auch in der psycholytischen Therapie ein gewisses Ausmaß an Selbsterfahrungen haben sollte, kann ich unterstreichen, weil er dadurch erst das rechte Verständnis für die Eigenart der Erlebnisweisen in der psycholytischen Sitzung gewinnen kann.