

Zusammenfassung

Die Autoren geben anhand eines Beispiels eine Beschreibung der Durchführung des Brachfeldschen Verfahrens: die gelenkten Tagträume als Methode zur Ergänzung einer psychodiagnostischen Untersuchung. Sie ermöglicht gewisse Einblicke in die tieferen Schichten der Persönlichkeit innerhalb kurzer Zeit.

Literatur

- 1 Abe, Zyunhiti: Über das Essenbewußtsein. Tohoku Psychologica Folia, Sendai, Japan, Tom. X, Fasc. 1-2, 1942
- 2 Brachfeld, O.: Die gelenkten Wadträume als Hilfsmittel der Psychotherapie. Z. Psychother. Psychol. 4 (1954), 79
- 3 Brachfeld, O.: Über gelenkte Tagträume. Acta Psychotherap. 2 (1954), 29
- 4 Binet, A.: L'étude expérimentale de l'intelligence. Alfred Costes, 1922
- 5 Desoille, R.: Le rêve éveillé en Psychothérapie. Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif. Paris 1945
- 6 Desoille, R.: Aperçu sur la technique du rêve éveillé dirigé en psychothérapie. L'Evolution Psychiatrique, Oct. Déc. fasc. IV (1959), 575; vide id. id., Déc. 1961
- 7 Happich, C.: Zbl. Psychother. 5 (1932), 633
- 8 Herrtwich, W.: Ein diagnostisches und psychagogisches Verfahren der Wadtraumforschung. Vortrag geh. an der Freiburger Arbeitstagung Deutscher Psychologen, 1956. Psychol. Rundschau 10 (1959)
- 9 Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie, S. 124. 11. Aufl. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1956
- 10 Lewner, H.: Das Landschaftsbild als Metapher dynamischer Strukturen. In: Arzt im Raum des Erlebens, S. 50. I. F. Lehmann Verlag, München 1959. S. auch Z. Psychother. med. Psychol. 5 (1955), 108, Ib. 7 (1957), 221
- 11 Schultz, J. H.: Das autogene Training. Handbuch der Neurosenlehre u. Psychother., Bd. 4, 156, 183. München 1961

Anschrift: Prof. Dr. O. Brachfeld, 4400 Münster, Rosenstraße 9, Psycholog. Institut der Universität:

Doz. Dr. Berthold Stokvis, Psychosomatische Zentrale der Reichsuniversität, Leiden (Holland)

Psychotherapeutische Möglichkeiten zur Überwindung einer Behandlungsresistenz unter besonderer Berücksichtigung der psycholytischen Methode¹

Von G. W. ARENDSSEN HEIN

In Kliniken, in denen stationäre Psychotherapie getrieben wird, sieht man regelmäßig eine Anzahl zuvor mit verschiedenen Formen ambulanter Psychotherapie erfolglos behandelter Patienten. Sie werden hospitalisiert, weil sie sich für die üblichen ambulanten psychotherapeutischen Möglichkeiten ungeeignet erwiesen haben. Oft konsultierten diese Patienten eine Reihe von Ärzten oder Psychotherapeuten und weisen eine lange Liste verschiedenster Behandlungsversuche auf; schließlich haben sie nur noch wenig Vertrauen in die Fortsetzung der Therapie.

Unter diesen Patienten kann man gewisse Typen unterscheiden:

1. Die emotionalen „Analphabeten“. Es sind Patienten, die sich der Beziehungen zwischen ihrem Gefühlsleben und ihren Symptomen nicht bewußt sind, die von ihrer emotionalen Problematik nichts wissen wollen, keinerlei Kontakt mit sich selbst haben und denen jede Form der Introspektion zu fehlen scheint. Oft zeigen sie eine gewisse Neigung zur Projektion oder zum „acting out“. Unter ihnen findet man manche sog. Psychopathen und psychosomatischen Fälle.

¹ Nach einem auf dem V. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Wien im August 1961 gehaltenen Referat.

2. *Die rationalisierenden Intellektuellen:* Sie besitzen viel theoretisches Wissen, können sich leicht äußern und zeigen eine Fülle verstandesmäßiger Finsichten in ihre Probleme. Sie scheinen aber irgendwie unfähig, mit diesen Einsichten zugehörige Gefühle zu verbinden. Weil sie in den psychotherapeutischen Prozeß nicht wirklich gefühlsmäßig einbezogen waren, hat auch keine wirkliche Korrektur ihrer neurotischen Haltung stattgefunden und sie scheinen unfähig, ihre Kenntnisse im täglichen Leben anzuwenden. Unter ihnen findet man vor allem Charakterneurosen und Zwangsstrukturen bzw. -Syndrome.

3. *Die schweigenden, gespannten und verschlossenen Patienten:* Sie haben derart starke bewußte oder unbewußte Widerstände, daß unüberwindliche Schwierigkeiten den Weg für jeden fruchtbaren Kontakt zu blockieren scheinen, sind sie doch unfähig, ihre Gefühle zu äußern oder mitmenschliche Beziehungen zu entwickeln. Oft wollen oder können sie sich deshalb nicht äußern, weil sie sich fürchten.

Speziell unter diesen Kategorien findet man den refraktären Patienten, den Problemfall, den „Unheilbaren“, der die Versuche des Therapeuten nicht beantwortet, der eine Qual für sich selbst und seine Umgebung ist.

Wir haben nach Modifikationen der therapeutischen Prozeduren mit psychologischen und pharmakologischen Hilfsmitteln gesucht, die auch diesen Patienten eine Hilfe bieten können, um das introspektive Interesse an sich selbst zu fördern, die Widerstandsbarriere zu überwinden und verdrängte Gefühle zu lockern.

Für die klinische Behandlung des neurotischen Patienten ziehen wir eine *soziotherapeutische Gemeinschaft* vor. Sie bildet in emotioneller Hinsicht eine mehr oder weniger stabile soziale Struktur als Hintergrund, vor dem das neurotische Benehmen deutlich kontrastieren kann. Das therapeutische Klima in einer solchen Gemeinschaft ist einerseits toleranter für eine Abreaktion und ein „reality-testing“, andererseits fordert es mehr vom Patienten: er ist dauernd exponiert, sein Benehmen wird fortwährend beobachtet und ist der kritischen Beurteilung seiner Mitpatienten, des Therapeuten und der Co-Therapeuten ausgesetzt. Die Übertragungsverhältnisse treten deutlicher zutage.

Die Gruppentherapie ist eine wichtige Behandlungsform in einer solchen Gemeinschaft. Der einzelne Patient kann von der Gruppe erheblich konfrontiert werden. Gruppenmitglieder greifen die Abwehrmechanismen des Ichs direkter an, als es der Therapeut je tun könnte, ohne eine Schädigung des Übertragungsverhältnisses zu riskieren. Das bedeutet eine stärkere Kraft für den refraktären Patienten, der er sich nicht entziehen kann. Der Therapeut dagegen kann sich darauf beschränken, das Opfer der Gruppenangriffe soweit zu unterstützen, als es geeignet scheint, das Geschehen zu einer fruchtbaren Erfahrung für den Patienten zu machen.

Ein Beispiel: Eine Frau von 42 Jahren konsultierte mich wegen Symptomen, die mit Beschwerden über Vernachlässigung durch ihren Gatten in Beziehung standen, der sich in seine Geschäfte und sein Vergnügen wie Geigespielen in einem Amateur-Orchester vertieft hatte. Sie erzählte in aggressiver Weise, daß sie nicht viel Vertrauen zu Psychiatern hätte, weil sie schon 3 konsultierte und alle die Partei ihres Mannes gewählt hätten. Dabei war deutlich, daß sie mich in die gleiche Position wie meine vorhergehenden Kollegen zu manövrieren suchte. In ihrem Interesse sagte ich, daß ich zu meinem Bedauern keine Zeit für sie hätte und bat sie, die Behandlung bei meinem Assistenten anzufangen. Unsere therapeutische Strategie war folgende: mein Mitarbeiter würde versuchen, sie bis zu dem Augenblick zu behandeln, in

dem die Patientin ihn als den 4. Verräter fortschicken würde. Inzwischen würden wir versuchen, eine Gruppe für Ehe-Probleme zu arrangieren, worin wir unsere Patientin, sobald als es notwendig würde, aufnehmen könnten.

Eine individuelle Therapie erwies sich als unmöglich, weil unsere Patientin vollständig blind für ihr eigenes Benehmen war, und sie den Therapeuten nur zur Unterstützung ihrer Interessen benützen wollte. Als der Arzt diesen Tendenzen nicht nachgab, sagte die Patientin ihm nach 4 Wochen, daß sie nicht mehr kommen wolle, weil er die Seite ihres Gatten eingenommen hätte. Nun sagte ich ihr, daß ein solches bedauerliches Ereignis nie wieder stattfinden würde, und daß ich ihr deshalb vorschläge, sie in einer Gruppe aufzunehmen, so daß immer andere Leute anwesend sein würden, um sie zu versichern, daß ich, ihr neuer Therapeut, nicht wieder verräterisch die Seite ihres Gatten wählen würde. Sie stimmte willig zu.

Die Gruppe brauchte nicht viel Zeit, die Tendenz ihres Benehmens zu entlarven. Ich hatte wenig mehr zu tun, als die Patientin vor zu viel Härte der Gruppe zu schützen, indem ich immer wieder die Gesichtspunkte der Patientin erläuterte. Allmählich brach die Widerstandsmauer zusammen. Sie konnte nicht umhin, ihren eigenen Teil des Problems anzuerkennen und eignete sich mehr und mehr für eine individuelle Therapie.

Das Beispiel von Gruppenmitgliedern, die einen geringeren Widerstand bieten, hilft die Verteidigungsmechanismen des Ichs abzuschwächen und solche Faktoren wie „Kreuzbestäubung“ — fruchtbare gegenseitige Beeinflussung — und gegenseitige Identifikation im therapeutischen Prozeß zu fördern. Der Patient zeigt unter dem Einfluß der Gruppe ein vollständigeres Bild seiner Person. Die Beobachtung der Art und Weise, in der fortgeschrittene Gruppenmitglieder mit ihren Problemen umgehen, induziert bei den emotionell rückständigen Patienten ein introspektives Interesse. Patienten, die verschiedene äußerliche Umstände verantwortlich machen, sehen zuerst an den Mitpatienten, dann an sich selbst, daß sie für ihr eigenes Leben verantwortlich sind, und inwieweit sie die Freiheit haben, eine eigene Wahl zu treffen. Besonders projizierende, narzistische und skeptische Patienten mit rigiden Charakterwiderständen, Menschen, die die Versagungen bei einer Abhängigkeitsbeziehung nicht ertragen können, profitieren von der Gruppenpsychotherapie.

Die Gruppenpsychotherapie unterliegt jedoch gewissen Beschränkungen: Freie Assoziation und Regressionen, das Wiedererleben von traumatischen Erfahrungen und das Durcharbeiten von individuellen Übertragungsbeziehungen sind durch die Unterbrechungen bei emotionell gestörten Reaktionen der anderen Patienten kaum möglich. Obwohl viele Patienten, die für eine individuelle Psychotherapie refraktär sind, viel besser in Gruppenpsychotherapie vorankommen, reagiert auch hier eine Anzahl unzureichend. In jenen Fällen, in denen man die Notwendigkeit spürt, tiefer in das Unbewußte des Patienten vorzustoßen, haben wir chemische Hilfsmittel benutzt, um verdrängtes Material an die Oberfläche zu bringen.

Bei einigen Fällen wurden *CO₂-Inhalationen* versucht, allerdings mit wenig Erfolg. Die Freisetzung von Emotionen geschieht in einer ziemlich stürmischen Weise im Zustand vollständigen Bewußtseinsverlustes, wobei dieses Material bald nach der Behandlung wieder vergessen wird. Diese, von MEDUNA empfohlene Methode ist in der Psychotherapie keine große Hilfe.

Obwohl die *Narko-Analyse* ihren Wert bei der Auflösung rezenter traumatischer Erfahrungen bewiesen hat, zeigt sie sich für die Exploration tieferer Schichten bei infantilen Neurosen ungeeignet.

Methedrine (analog *Pervitin*) hat sich uns in den Fällen als nützlich erwiesen, in denen der Patient schon vorbewußt seiner Konflikte inne wird und gerne seine Gefühle äußern möchte, ohne freilich zu wissen, wie er das machen soll. *Methedrine* bzw. *Pervitin* beschleunigt das Assoziationsvermögen und kann das Bedürfnis nach verbaler Expression stark fördern. Das verdrängte Material sollte aber mehr oder weniger in der durch diese Mittel aktivierten Schicht liegen. Wenn der richtige Augenblick gewählt wurde, bewährte sich *Methedrine* bzw. *Pervitin*. Der Patient ist dabei imstande, eine klare Übersicht über die aktuelle Lage zu gewinnen oder er findet den Mut, seine Gefühle zu äußern, besonders im Schutz der Übertragung zum Therapeuten. Das Mittel kann stark mobilisierend wirken, wenn die Therapie zu einem vorläufigen Stillstand gekommen ist.

Nachteile dieser chemischen Hilfsmittel sind: der euphorisierende Charakter, die Notwendigkeit parenteraler Verabreichung, die Gefahr von Gewöhnung und der Rückfall in einen verstärkten Widerstand oder in ein „bad hangover“, wenn der Augenblick der Anwendung nicht richtig gewählt wurde.

Die Einführung von *Lysergsäure-Diäthylamid*, *LSD-25*, als Hilfsmittel der Psychotherapie, hat ganz neue Perspektiven eröffnet. Ob die Behandlung mit *LSD* als eine Therapie an sich oder als ein Hilfsmittel bei aufdeckender, analytisch orientierter Psychotherapie betrachtet werden soll, ist eine Frage der persönlichen Wertung. Unter dem Einfluß von *LSD* können aber derartig einmalige Erfahrungen wie z. B. die Überschreitung der Ich-Grenze und das Erleben universeller, kosmisch-religiöser Art, gemacht werden. Dies wirkt überaus anregend und kann dem Leben des Pat. eine neue existentielle Dimension erschließen helfen.

Beispiel: Eine narzistische Patientin, unfähig, eine tiefere mitmenschliche Gefühlsbeziehung einzugehen oder jemanden zu lieben, ihren Gatten oder ihre Kinder, erfuhr sich selbst wegen ihres Egoismus und geistigen Leerheit als affektiv impotent, wie es während der Analyse klar zutage gekommen war. Daraus ergab sich ihr ein Gefühl der Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit. Während dieser Periode hatte sie eine *LSD*-Behandlung. Sie erfuhr sich selbst als über sich herausgestiegen und als in der Luft schwebend, während konvergierende Wellen von Wärme und Licht zu ihr kamen. Sie fühlte, daß diese Wellen Liebe, selbstlose göttliche Liebe waren, und daß das einzige, was sie zu tun hatte, sich zu eröffnen war, damit die Wellen in sie eingingen, sie durchströmten, um dann wieder divergent von ihr ausströmen zu können. Dies war für sie eine mystische Erfahrung, eine religiöse Transformation, die sie wie folgt beschrieb: „Ich fühlte, daß ich nur empfänglich sein sollte für die Wellen, die zu mir kommen wollten; meine Leerheit würde dauernd gefüllt werden, wenn ich bereit wäre, eine Vermittlerin der Liebe zu sein.“

Der Glaube an das Leben und an sich selbst ist bei den meisten unserer Patienten untergraben oder verloren gegangen, entweder weil sie enttäuschende Erfahrungen gemacht haben oder aber, weil sie die Erfahrungen infolge ihrer Einstellung falsch gedeutet und unrichtige Schlußfolgerungen daraus gezogen haben.

Im *LSD*-Rausch, in dem das logisch-abstrahierende Denken stark zugunsten eines prälogisch-bildhaften Denkens zurücktritt und das Bewußtsein von der Außenwelt stark abgeschwächt ist zugunsten eines Bewußtseins der Innenwelt, treten manchmal luzide Momente einer Art Bewußtseinserhellung von großer Gefühlsintensität und absoluter Evidenz auf, die eine blitzartige und eine ganz andersartige Einsicht in das Wesen des eigenen Selbst und dessen Verbundenheit mit der Totalität des Lebens

geben, oft begleitet von einem Gefühl der Offenbarung und überaus großer Freude über diese „Einsicht“. Zwar ist hier nicht eine verstandesmäßige logische Einsicht gemeint, sondern vielmehr eine unmittelbare Erfahrung der Gesamtpersönlichkeit, die aus einer anderen Bewußtseinsschicht stammt. Man könnte von einem universellen Bewußtsein sprechen, zu dem man normalerweise keinen Zugang hat. Es liegt auf der Hand, hier die Frage zu erheben, ob diese Erlebnisqualität nicht dieselbe ist wie die von Mystikern beschriebene, die z. B. von den „Zen-Buddhisten“ „Satori“ (Weg zur Erleuchtung) genannt wird. Man findet den „Satori“-Prozeß als einen Durchbruch von dem ichbeschränkten Bewußtsein nach einem nicht vom Ich gefangenen Selbst beschrieben (C. G. JUNG) oder als eine Lösung des Ichs durch das Selbst, das göttliche Universalität erwirbt — oder als Subjektverlust des Ichs zugunsten eines anderen Subjekts, das für das Ich eintritt.

Es scheint also, daß eine gewisse Leerheit, eine Reduktion des Ich-Bewußtseins, Voraussetzung für den Durchbruch dieser Inhalte ist. In diesem Sinne wird mit dem Unbewußten nicht nur das triebhafte und verdrängte Infantile gemeint, sondern vielmehr der Brunnen metaphysisch-kreatürlicher Lebenskräfte.

Vom analytischen Standpunkt erscheint es berechtigt, gewisse Bedenken bezüglich des praktischen Wertes solcher künstlicher Prozeduren zu erheben. Wird der Patient imstande sein, das Material zu integrieren, das ihm sozusagen in einem vielleicht prämaturen Augenblick, wenn er es noch nicht verdauen kann, entwendet wird? Wird das Ich nicht überströmt werden durch solche unerträglichen Gefühle, daß Panik, Desintegration oder sogar eine Psychose auftreten können? Unsere Erfahrungen weisen nicht in diese Richtung. Außer bei Psychotikern scheint das Ich in der Regel imstande zu sein, das Material, das vom Unbewußten dem Bewußten angeboten wird, mit Hilfe des Therapeuten zu verarbeiten, vorausgesetzt, daß das Mittel nicht überdosiert wird und die Ich-Funktionen teilweise intakt bleiben.

Das Ich ist geneigt, das Material mit einer auffallenden Tendenz zur Selbstregulation und Autosynthese schichtenweise freizugeben. Die Quantität und Qualität des verdrängten emotionalen Materials, das wiedererlebt wird, scheint dem momentanen Vermögen der Integration in subtiler Weise angepaßt zu sein. Auch kann man eine fraktionierte Integration im Laufe von Stunden oder Tagen, von mehr symbolischen Formen zur Realität fortschreitend, beobachten.

Die Wichtigkeit der teilweise intakten Ich-Funktionen wird deutlich im Vergleich zwischen CO₂-Inhalation und LSD-Behandlung. Während man hier selten von dem Patienten hört, daß er sich seiner Erfahrungen nicht mehr erinnern kann, ist das nach CO₂-Inhalation die Regel. Hier wird das Material sofort verdrängt, wenn das Bewußtsein wiederkehrt und das Ich seine Funktionen ausübt.

Kurz gefaßt hat LSD folgende *Vorteile*: Die totale Erfahrung des Lebens ist erweitert, die Beziehung zum Therapeuten wird mit einer neuen Qualität der Kommunikation bereichert, intensiviert und erhält mit tieferen Sinngehalten eine mehr existentielle Beziehung.

Außer diesen Erfahrungen, die eine außergewöhnliche Qualität haben, hilft LSD insbesondere in den Bereichen, von denen wir in unserer psychotherapeutischen, d. h. psychoanalytischen, Arbeit so abhängig sind:

1. *Freisetzung von unbewußtem Material:* Während es in Träumen spontan geschieht, kann es jetzt planmäßig gefördert werden.

2. *Reduktion der Widerstände:* Dies äußert sich in der Intensivierung des Assoziationsvermögens, demzufolge in einer starken Abreaktion von verdrängtem Material, manchmal in symbolischen Formen, manchmal in allegorischen Vorstellungen. LSD fördert die Einsichtsfähigkeit und die emotionelle Weite der Persönlichkeit.

3. *Ausweitung des introspektiven Vermögens:* Sie ist begleitet von einer gewissen Bewußtseinszerhellung, die es dem Patienten ermöglicht, die Beziehung zwischen seinem neurotischen Verhalten und seinen Erfahrungen aus der Vergangenheit zu erkennen.

Manchmal werden Abwehr-Mechanismen deutlich demonstriert, z. B. wenn einer meiner Patientinnen ihre obstinate Haltung und ihr Trotz bewußt geworden sind, indem sie während der LSD-Behandlung in einer Zimmerecke in katatoniformer Haltung stand, die sie später als eine Selbstdemonstration ihrer Unbeugsamkeit beschrieb;

4. *Erleichterung von regressiven Vorgängen:* Sie geben dem Patienten die Möglichkeit, nicht nur kindliche Erinnerungen wachzurufen, sondern sie auch als aktuelle Erfahrung wiederzuerleben. Dadurch wird das Interesse des Patienten für seine innere Welt und seine Probleme gefördert, so daß er anfängt, die Therapie ernster zu nehmen. Daraus resultiert:

5. *eine abnehmende Tendenz, seine Probleme auszuleben.* Dieser Prozeß, die Probleme zu verinnerlichen, ist besonders für Psychopathen wertvoll, die i. a. geneigt sind, ihre Probleme in der Umwelt auszuleben.

6. *Die Aktivierung und Intensivierung der psychoanalytischen Prozedur* wirkt sich besonders dann unter allgemeiner Aufrechterhaltung der analytischen Situationen aus, wenn die Therapie sich verlangsamt hat oder gar kein Fortschritt zu verzeichnen ist. Auch in der letzten Behandlungsphase und während der Entwöhnung von Übertragungssituationen kann LSD von großer Hilfe sein. Obwohl eine Verstärkung der Übertragung häufig stattfindet, ist im allgemeinen die Beziehung des regredierten Patienten zum Therapeuten eine menschlichere als in der rein analytischen Situation. Es ist der warme, menschlich-affektive Kontakt, der es dem Patienten möglich macht, traumatische Erfahrungen wieder zu erleben, ihnen voll ins Auge zu sehen und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, die er sich allein nicht zutrauen kann. In manchen Fällen ist der Patient so tief und realistisch von dem Wiedererleben originaler, affektbeladener Kindheitssituationen ergriffen, daß während der Aktualisierung einer solchen Lage die Beziehungspersonen, die Menschen, gegen die die Gefühle gerichtet waren, sozusagen lebhaft anwesend, zur Hand sind, so daß eine Übertragung von Gefühlen auf den Therapeuten selbst nicht mehr notwendig ist. Eine andere Möglichkeit besteht darin, daß zwar eine Übertragung stattfindet, aber nicht auf den Therapeuten, sondern auf symbolische Figuren, die der Patient in seiner Phantasiewelt selbst geschaffen hat und die gewisse wichtige Beziehungspersonen aus seiner Kindheit beinhalten.

Obgleich Dissoziationen des Ichs stattfinden und verschiedene Ich-Funktionen reduziert sind, erlebt der Pat. die ganze Prozedur als Hauptdarsteller und als Zuschauer zugleich, d. h., daß ein Teil des Ichs intakt und den Aktivitäten des regredierten Teils des Ichs als Zuschauer gegenüber bestehen bleibt. Darin liegt ein

fundamentaler Unterschied gegenüber der Psychose, in der die Erfahrungen einen ich-fremden Charakter haben.

Fähigkeiten wie Wünschen, Wollen, abstraktes und logisches Denken sind vermindert. Die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Ich und Außenwelt können abgeschwächt sein. Das prälogische, autistische, magische und visionäre Denken hat zugenommen.

Wenn LSD in therapeutischer Dosierung unter geeigneter klinischer Überwachung verabreicht wird, erweist es sich als gefahrloser Stoff ohne praktische toxische Nebenwirkungen.

Zu den *wichtigsten Indikationen* der psycholytischen Therapie gehören: Charakterneurosen, psychotische Grenzfälle, Zwangssyndrome verschiedener Genese, sexuelle Perversionen, chronische Angstzustände und Psychopathien. Im Rückblick auf etwa 650 LSD-Behandlungen bei Patienten, die in der Mehrzahl gegenüber anderen psychotherapeutischen Methoden unzugänglich waren, z. B. Charakterneurosen, Zwangskranke, kriminelle Psychopathen usw., halte ich die Verwendung von LSD für einen Fortschritt. Freilich darf man nicht vergessen, daß es nicht der pharmakologische Effekt dieses Stoffes allein ist, der den Erfolg herbeiführt. Außer der richtigen Indikation, der adäquaten Dosierung, die ich an dieser Stelle nicht näher ausführen kann, der Vorbereitung des Patienten, der Schaffung einer guten Beziehung zum Therapeuten und der Wahrung gewisser technischer Bedingungen ist es wichtig, daß der Therapeut selbst eine Anzahl von LSD-Experimenten durchgemacht hat, und zwar aus denselben Gründen, aus denen eine Lehr-Analyse für den Psychoanalytiker erforderlich ist.

Zusammenfassung

Nachdem als Prototyp des refraktären Patienten der „emotionelle Analphabet“, der „rationalisierende Intellektuelle“ und der schweigsam-gespannt verschlossene Patient geschildert wurden, erfolgt eine Darstellung einiger gruppentherapeutischer Aspekte. Dann wird über einige Möglichkeiten zusätzlicher medikamentöser Behandlungen berichtet und schließlich die Psychotherapie mit Hilfe von LSD-25 ausführlicher dargestellt. Der Vorteil dieser Behandlung wird gesehen in der besseren Freilegung von unbewußtem Material, der Verringerung des Widerstandes, Ausweitung des introspektiven Vermögens, Erleichterung der regressiven Vorgänge und somit in eine Aktivierung und Intensivierung der Psychotherapie selbst.

Literatur

- Chandler, A. L., M. A. Hartman: Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) as a facilitating agent in Psychotherapy. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.* 2 (1960), 286-299
- Cohen, S.: Lysergic acid diethylamide. Side effects and complications. *The Journal of nervous and mental disease*, Vol. 130, No. 1, Jan. 1960, U.S.A.
- Leuner, H.: Psychotherapie in Modellpsychosen. in: *Kritische Psychotherapie*, herausgeg. E. Speer, Lehmann Verlag, 1959
- Leuner, H.: *Die experimentelle Psychose*. Springer-Verlag, 1962
- Martin, A. J.: LSD-treatment of chronic psychoneurotic patients under Day-Hospital conditions. *Int. Journal of social psychiatry*, Vol. III, No. 3, Winter 1957
- Sandison, R. A., A. M. Spencer, J. D. A. Whitelaw: *J. Ment. Sci.* (1954), 100, 491
- Sandison, R. A., J. D. A. Whitelaw: Further studies in the therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *Journal of mental science*, Vol. 103, No. 431, April 1957
- The use of LSD in psychotherapy. *Transaction of a conference on LSD*, Princetown 1959
- Hallucinogenic drugs and their therapeutic use. *Transactions of a conference of the Royal Medicop Psychological Ass.*, London 1961

Anschrift: Dr. med. et jur. G. W. Arendsen Hein, Privatklinik „Stichting Ueluweland“, Klomperweg 113, Edeveen (Holland)