

1190/V 62 PSI 83/(LSD)

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau/Bern (Direktor: Professor *Max Müller*)

Hans Heimann:

**Zur Behandlung therapieresistenter Neurosen mit Modellpsychosen
(Psilocybin)**

Die Behandlung der Neurosen mit Modellpsychosen wurde bisher vorwiegend unter zwei Gesichtspunkten betrachtet:

1. Abkürzung der langwierigen analytischen Psychotherapie dadurch, daß in der durch Drogen provozierten psychotischen Verfassung verdrängte Erlebnisse leichter bewußt werden und
2. Abreagieren psychischer Energiemengen, welche sich in dem Prozeß des Bewußtwerdens entladen.

Fest steht, daß in wiederholten Modellpsychosen bei Neurotikern – zum Beispiel mit LSD, über welches die größten Erfahrungen vorliegen – verdrängte Erlebnisse szenenhaft auftauchen, zu starken affektiven Entäußerungen führen und anschließend, weil das Bewußtsein nicht wesentlich getrübt ist und keine Amnesie besteht, mit dem Patienten besprochen werden können. Diese Tatsachen stimmen zunächst mit der klassischen psychoanalytischen Auffassung der Neurosebehandlung insofern überein, als diese die Hauptaufgabe der Therapie darin sieht, bewußt zu machen, was unbewußt ist, eine Aufgabe, die mit dem Wiedererwecken alter verdrängter Erinnerungen erfüllt sei. *Numberg* ist zum Beispiel in der kürzlich erschienenen 2. Auflage seiner Allgemeinen Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage dieser Ansicht, und er stellt sogar ausdrücklich fest: «Die alte Theorie des Abreagierens scheint also immer noch weitgehend gültig, nur verstehen wir darunter nicht bloß die Entladung in Affekten, sondern auch im Akte des Erinnerns.» Diesem Akte des Erinnerns und seiner abreagierenden Entladung psychischer Energiemengen folge automatisch eine Korrektur der Synthese des Ichs.

Gegen jeden Versuch der Abkürzung des psychoanalytischen Behandlungsverfahrens wurde aber von jeher geltend gemacht, daß das Entscheidende der Behandlung der allmähliche unter der Leitung des Analytikers erfolgende Abbau des Widerstandes durch den Patienten selbst sei und daß jede Erleichterung, sei es nun durch Hypnose oder in der Subnarkose, gerade dieses entscheidende Moment der Therapie verfehlen müsse. Derjenige, welcher eine Neurosetherapie mit Modellpsychosen betreibt, kann diesen wesentlichen Einwand nicht dadurch entkräften, indem er den eigenartigen psychischen Zustand seines Patienten unter der Wirkung eines Phantastikums von demjenigen in der Hypnose oder Subnarkose abgrenzt und hervorhebt, daß in der Modellpsychose eine Abhängigkeit von einem Hypnotiseur und eine klar abgrenzbare Bewußtseinumschaltung oder stärkere Bewußtseinstrübung fehlen, so daß die Erlebnisse nach Abklingen der psychotischen Verfassung in viel eindrucklicherer Weise in der Erinnerung haften. Eine solche Argumentation würde nämlich die Vorgänge übersehen, die sich in der analytischen Verarbeitung ereignen und die sowohl für das Resultat der Therapie als auch für das Verständnis des Wesens einer Neurose entscheidend sind. Diese Vorgänge sind unseres Erachtens mit bewußtseins-topographischen und energetischen Vorstellungen nicht zu erfassen, weil sie mit der Person und ihrem Werden zu tun haben. Sie müssen deshalb in irgendeiner Weise auch bei der Behandlung von Neurosen mit Modellpsychosen, hier vielleicht unter andern Bedingungen als in der regelrecht durchgeführten analytischen Behandlung, geleistet werden. Wir sind aus diesem Grunde der Überzeugung, daß die eingangs erwähnten zwei Gesichtspunkte, unter welchen die Psychotherapie mit Hilfe von Modellpsychosen heute allgemein betrachtet wird, nicht genügen, weil sie das Schwergewicht von der Auseinandersetzung mit dem Psychotherapeuten in der Übertragungsanalyse auf das Wiedererwecken verdrängten Konfliktmaterials verlagern.

Wir werden im folgenden am Beispiel eines illustrativen Falles zu zeigen versuchen, inwiefern das Wiedererleben vergessener und verdrängter Erlebnisse in der Modellpsychose nur ein Anfang der zu leistenden psychotherapeutischen Arbeit sein kann, welche Rolle dem Therapeuten in einer solchen Therapie zufällt und weshalb die Erfahrungen mit Modellpsychosen bei Neurotikern nicht etwa als Bestätigung psychoenergetischer Vorstellungen über das Wesen der Neurose betrachtet werden dürfen.

Die heute 26jährige Patientin ist das uneheliche Kind einer schizoiden Psychopathin, welche väterlicherseits aus einer Choreatikerfamilie stammt und von der Mutter her mit Schizophrenie belastet ist. Die Großmutter der Patientin, welche für ihre spätere Entwicklung eine große Rolle spielt, war eine sehr autoritäre, energische und verschlossene Frau. Die 4 noch lebenden Geschwister der Mutter sind intelligente und tüchtige Menschen. Das Familienmilieu, in welchem die Mutter aufwuchs und durch welches später auch unsere Patientin stark geprägt wurde, ist vor allem durch die asketische Lebenshaltung der Großmutter charakterisiert. Selbstbeherrschung und das Ansehen in den Augen der andern waren ihre Maximen. Die Tabuierung des Sexuellen zeigt sich daran, daß zum Beispiel die außereheliche Schwangerschaft der Mutter den im gleichen Haushalt lebenden Familiengliedern verborgen blieb. Sie glaubten, sie werde wegen einer Blinddarmentzündung operiert, als der Arzt sie zur Geburt ins Spital einwies. Erst vom Spitalarzt erfuhren sie die Wahrheit. Der Vater der Patientin ist unbekannt, möglicherweise aber ein Bruder der Mutter, mit welchem sie vorübergehend inzestuöse Beziehungen gehabt hatte. Später versuchte die Mutter, die Familienangehörigen mit dieser Inzestgeschichte zu tyrannisieren, indem sie drohte, die Vaterschaft ihres Bruders an den Tag zu bringen und auch der Patientin mitzuteilen.

Diese war nur in den ersten Wochen bei der Mutter und kam später in ein Kinderheim, wo sie bis zum 7. Altersjahr erzogen wurde. Über diese Zeit fehlen ihr fast alle Erinnerungen. Sie weiß nur, daß sie sich vor den Besuchen der Mutter stets gefürchtet hatte, weil sie in eine unerklärliche Angst geriet, wenn sie in die Nähe der Mutter kam. Von den Angehörigen ist zu erfahren, daß die Mutter die Patientin bei ihren Besuchen sehr kühl behandelte. Im Alter von 7 Jahren, als die Patientin die Schule besuchen

sollte, kam sie in Pflege zu einer begüterten alleinstehenden Frau, welche selber an phobischen Erscheinungen litt. Hier war sie 2 Jahre, welche sie als die glücklichsten ihres Lebens bezeichnet. Später berichtete sie allerdings, daß sie in dieser Zeit zum erstenmal an Angstanfällen gelitten habe, welche bis heute vor allem am Abend auftreten.

Wahrscheinlich aus finanziellen Gründen wurde sie als 9jähriges Kind von ihrem Onkel und mutmaßlichen Vater aufgenommen, lebte eine Zeitlang in dessen Familie und später allein mit der Großmutter zusammen, welche in der Nähe wohnte.

In der 4. Primarklasse erkrankte sie an einer Chorea minor im Anschluß an Masern und soll damals auch vorübergehend an den Beinen Lähmungserscheinungen gezeigt haben. Sie mußte deshalb diese Klasse wiederholen, absolvierte dann aber als intelligente Schülerin die Primar- und nachher 3 Jahre die Bezirksschule. Ihre Leistungen wurden jedoch im Zusammenhang mit immer größer werdenden Spannungen zu Hause allmählich schlechter. In diese Zeit fallen nämlich ein paar unzweideutige Annäherungsversuche ihres Onkels, vor allem aber schwerste Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter, welche nach Hause zurückgekehrt war und sich nun in sehr unvernünftiger und sogar brutaler Weise in die Erziehung der Patientin einmischte. Eine gewisse Entlastung ergab sich erst, als die Mutter nach schweren Auseinandersetzungen mit den Angehörigen und Suizid- und Skandalandrohungen in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen wurde und später nicht mehr in den Haushalt der Großmutter der Patientin zurückkehrte. Wohl ebenfalls im Zusammenhang mit diesen häuslichen Verhältnissen traten bei der Patientin vom 18. Altersjahr an starke Kopfschmerzen auf. Dennoch konnte sie eine kaufmännische Lehre in einer Karosserie absolvieren. Sie zeigte in verschiedenen Stellen bis im Januar 1958 befriedigende Leistungen.

Im Juli 1957 ließ sie sich durch einen Orthopäden 4 Exostosen an den Füßen entfernen. Sie hatte schon als kleines Kind infolge einer leichten Fußdeformation Gehbeschwerden gehabt und mußte Einlagen tragen. Im Anschluß an diese Operation erkrankte sie an einer anikterischen Hepatitis, und es traten erstmals Gangstörungen auf, welche sich in den folgenden Monaten allmählich verschlimmerten. Von den Ärzten wurden sie von Anfang an als psychogen aufgefaßt. In die gleiche Zeit fällt die Erkrankung ihrer Großmutter, welche im Januar 1958 starb. Die Patientin, die damals trotz ihrer Gehbeschwerden noch arbeiten und sich selbständig bewegen konnte, hatte es versäumt, die Großmutter am Sonntag vor ihrem Tode noch zu besuchen und war statt dessen mit einer Freundin ins Kino gegangen, was sie sich bis heute nicht verzeihen kann. Im Anschluß an die Beerdigung, wo sie der Mutter nach 4 Jahren zum erstenmal wieder begegnete, und im Zusammenhang mit Streitigkeiten wegen der Erbschaft, kam es schließlich zu einer Krise, und die Patientin entschloß sich, in eine Heil- und Pflegeanstalt einzutreten. Vorübergehend wurde sie noch auf eine Neurologische Klinik verlegt, wo man mit Sicherheit eine organische Affektion ausschließen konnte und die Gangstörungen als hysterische Neurose auffaßte. Man versuchte hierauf eine Behandlung mit Hypnose, es traten aber sehr bald starke Widerstände auf, welche den Fortgang dieser Behandlung verunmöglichten. Nach einer Serpasilkur besserte sich der Zustand vorübergehend, so daß sie schließlich zur Erholung in einen Höhenkurort geschickt wurde. Dort kapselte sie sich von ihrer Umgebung mehr und mehr ab und war sehr bald wieder fast gehunfähig. Sie suchte dann eine andere HPA auf, wo man verschiedene erfolglose Therapieversuche machte und die Patientin nach monatelanger Betreuung als Pflegefall in das Kantonsspital ihres Heimatkantons verlegte. Da man auch dort an der psychogenen Natur der Körpersymptome nicht zweifeln konnte, wurde sie zur Psychotherapie in unserer Klinik verlegt.

Die asthenische Patientin war inzwischen vollständig gehunfähig geworden, bewegte sich in einem Rollstuhl und wies ähnliche Erscheinungen auch an den oberen Extremitäten auf. Bei Schreibversuchen machte sie nur ausführende kitzelnde Bewegungen. In ihrem Verhalten zeigte sie eine sehr sanfte, leicht resignierte und leidensbereite Fassade, verriet aber durch gelegentliche Blicke und Ausdrucksbewegungen deutlich

starke, verhaltene Aggressionen. Ihre Lebensgeschichte erzählte sie ziemlich knapp und sachlich. Sie beklagte sich einzig in heftigen Worten über die Mutter und äußerte Heimweh nach der verstorbenen Großmutter.

Bei der Aufnahme der Sexualanamnese fiel ihre starke Hemmung auf, über diese Dinge zu sprechen. Nach eindringlichem Explorationsversuchen berichtete sie schließlich, daß sie im Alter von 5 Jahren zu masturbieren angefangen habe. Von der Vorsteherin des Kinderheims entdeckt und ausgescholten, habe sie vergeblich dagegen zu kämpfen versucht, und die Schuldgefühle seien noch gewachsen, als sie in einem Aufklärungsbuch las, dies sei eine menschenunwürdige Erniedrigung. Mit 19 Jahren lernte sie einen verheirateten Mann kennen. Als es schließlich auf sein Drängen zu intimen Beziehungen kam, bei welchen sie völlig frigid blieb, machte sie sich schwere Selbstvorwürfe wegen des Ehebruches und trennte sich von ihm. In diesem Zusammenhang äußerte sie sich sehr abfällig über die Männer und zeigte zugleich eine kindliche Verzagtheit, welche in dem Ausspruch deutlich wird, sie wäre lieber mit ihrem «Grosi» gestorben, weil sie dann bei ihm sein könnte und Ruhe hätte.

Versuchte man die Patientin auf die Beine zu stellen, traten heftige ausfahrende Bewegungen der untern Extremitäten und des Rumpfes auf, welche ein Stehen verunmöglichten. Dabei war ihr ganzer Körper verkrampft, und sie gab an, das Gefühl zu haben, der Boden schwanke unter ihren Füßen. Passive Beugungen der untern Extremitäten führten zu einem aktiven krampfartigen Abwehren und Überkreuzen der Beine. Eine nochmalige genaue neurologische Abklärung erwies die psychogene Natur dieser motorischen Störungen. Reflexe und Sensibilität waren intakt.

Die Intelligenz der Patientin mit einem Quotienten von 116 im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest ist überdurchschnittlich. Im Rorschachschen Formdeutungsversuch zeigten sich neben einem forcierten Leistungs- und Qualitätsstreben unreife Triebwünsche und Angstsymptome. Das Protokoll weist auf eine starke Gefühlsambivalenz und massive aggressive Tendenzen hin sowie auf eine erhöhte innere Labilität mit starker Projektionsneigung. Bemerkenswert sind neben labilen Farbwerten 5 gute Bewegungsantworten, das heißt eine Tendenz zu produktiver innerer Verarbeitung. Am Vorliegen einer schweren neurotischen Entwicklung bei gleichzeitiger Beteiligung reaktiver Momente und konstitutioneller Faktoren war nicht zu zweifeln.

Gegen eine psychotherapeutische Beeinflussung erwies sich die Patientin zunächst völlig refraktär, indem sie erklärte, sie habe alles gesagt, was sie sagen könne und sehe nicht ein, worüber noch zu sprechen sei. Auch der Versuch einer suggestiven Elektrophotherapie und systematisches Üben scheiterten kläglich. Wir entschlossen uns dann zu einer Reihe von narchoanalytischen Sitzungen. Dabei trat schon bei der ersten Narkose, ohne daß die Patientin Wesentliches geäußert hätte, ein schwerer hysteriformer Erregungszustand auf, welcher mehr als eine Stunde nachdauerte. Die Patientin glitt vom Bett auf den Boden und warf sich dort mit drehenden Rumpfbewegungen herum, riß an den herabhängenden Betttüchern und schrie: Ich will gehen, ich will gehen, ich habe genug von diesem ekelhaften Leben! Dabei hielt sie die untern Extremitäten völlig steif. Auch in den folgenden Sitzungen, bei welchen wir, um den unmittelbaren Übergang in den hysterischen Ausnahmezustand zu vermeiden, zunächst tiefer narkotisierten, ergab sich nichts Neues. Die Patientin erklärte, sie bekomme Angst und müsse sich gegen etwas wehren. Später trat bei ihr wieder ein Bewegungsturm auf, der massiv gedämpft werden mußte. In leicht narkotisiertem Zustand rief sie dauernd nach ihrer verstorbenen Großmutter und wünschte bei ihr zu sein. Immerhin hatten wir in dieser Zeit Gelegenheit, mit ihr die Vorgeschichte mehrfach durchzubesprechen; sie wurde etwas gelöster und verlor die motorischen Störungen ihrer Hände und Arme, so daß sie wieder schreiben und Handarbeiten verrichten konnte.

Da sich nach 10 narchoanalytischen Sitzungen eine Vertiefung des psychotherapeutischen Gespräches als unmöglich herausstellte, entschlossen wir uns zu einem Behandlungsversuch mit Psilocybin, einem neuen Phantastikum aus einem mexikanischen

Rauschpflanz, welches sich für Behandlungszwecke besonders gut eignet, weil es im Gegensatz zu LSD eine kürzere Wirkungsdauer und geringere vegetative Nebenerscheinungen hat. Wir wiederholten die Behandlungen in etwa wöchentlichen Abständen, ließen die Patientin anschließend einen freien Bericht schreiben und schalteten mehrere gewöhnliche psychotherapeutische Behandlungsstunden dazwischen. Die Dosierung betrug in der ersten 6, in den folgenden 9 mg Psilocybin, das heißt 0,12 beziehungsweise 0,18 mg pro kg Körpergewicht.

In der ersten Behandlung zeigte die Patientin zunächst die üblichen Erscheinungen des Psilocybinrausches, wie wir sie aus Versuchen an Normalpersonen kennen. Die Stimmung änderte sich allmählich in der Richtung der Euphorie. Sie erhielt das Gefühl des Befreitseins und äußerte kindliche Wunschträume, zum Beispiel sie möchte reisen, fliegen, heim zur Großmutter. Dabei erlebte sie die entsprechenden Situationen teilweise plastisch. Zum Beispiel war sie glücklich und gelöst bei einer Alphütte, umgeben von grünen Weiden. Oder sie war an einem schönen Herbstnachmittag in ihrem Zimmer in der Wohnung der Großmutter und hörte diese draußen mit andern Frauen sprechen. Im Bericht schrieb sie nachher darüber: «Es war wie Ferien vom Ich im Grünen.» Andererseits traten dazwischen aber auch immer wieder erschreckende und düstere Erlebnisse auf: der Friedhof, die Beerdigung der Großmutter, Selbstvorwürfe wegen der ehebrecherischen Beziehung und Angst, weil halluzinierte Strahlen und Pfeile auf sie zukamen. Immerhin vermochte sie sich an ihrer gewohnten Lebenshaltung zu orientieren und äußerte mehrfach ihr Motto, nämlich Selbstbeherrschung unter allen Umständen, wie die Großmutter immer gesagt habe. Sie möchte sein wie ein Brot, das eine harte Rinde hat, welche das Innere verbirgt.

In der zweiten Sitzung versuchten wir im einleitenden Gespräch die Patientin mehr auf die neuralgischen Punkte zu lenken, was zur Folge hatte, daß diesmal keine euphorische, sondern eine depressiv-ängstliche Stimmung das Bild beherrschte. Der Kontakt wurde dadurch immer schwieriger, indem sie sich allmählich versteifte und starr vor sich hinschaute. Ihre Erlebnisse kreisten um verschiedene Schuldthemen, den Ehebruch, den Tod der Großmutter und ihr Gelähmtsein. Die halluzinierten Ornamente und Muster waren jetzt von düsterer Farbe und Kreuzformen überwogen. Unter starken Angstaffekten erlebte sie erneut die sexuellen Annäherungsversuche ihres Onkels und die Verfolgung als Kind durch einen stotternden Burschen, der den Mädchen Angst machte. Auf dem Rückweg in die Klinik glaubte sie anzügliche Bemerkungen von Männern zu hören.

In der dritten Behandlung erzählte sie erstmals einleitend einen Traum, in welchem sie durch den Onkel überwältigt wird und sich nicht bewegen kann. Es fiel ihr dabei ein, daß sie eines Abends in einen heftigen Angstzustand geraten war, als der Onkel vorbei kam und den Schlüssel zur Wohnung verlangte, während die Großmutter schon schlafen gegangen war. Sie berichtete völlig vergessene Erlebnisse, die ihr nach der zweiten Behandlung wieder eingefallen waren und sie nicht losließen. Alle bezogen sich auf die sexuelle Thematik. Als 12jährige wurde sie einmal von einem Mann in einer Anlage auf eine Bank gezogen, worauf dieser vor ihr exhibierte und onanierte. Sie habe sich damals nicht wehren und nicht schreien können. Als sie 18jährig war, hatte sie einen Freund, der ihr einen Heiratsantrag machte und mit Erschießen drohte, als sie ihn ablehnte. Ein Lehrer hatte sich ihr auf einem Ausflug der kaufmännischen Berufsschule in sexueller Absicht genähert, worauf es später durch eine Beschwerde von Mitschülerinnen eine Untersuchung gab.

Während dieser dritten Behandlung nahm die Angst allmählich zu. Die illusionären Erlebnisse waren deutliche Sexualsymbole: Fische kamen auf sie zu. Frösche, die immer größer wurden, bis sie die Größe eines Menschen hatten, mit einem ekelerregenden Kopf und hervorquellenden Augen. Stets wiederholten sich ein Klopfen am Fenster und Schritte vor der Tür. Sie verharrte schließlich völlig starr und erschreckte beim geringsten Laut. Später bezeichnete sie diesen Zustand als «naßkalte Verzweiflung». Dabei kamen erstmals auch sehr massive Aggressionen zu Tage. Sie glaubte, die Beherr-

schung zu verlieren und setzte sich zur Wehr, als man sie auf die Abteilung zurückführen wollte.

An diese Behandlung schloß sich eine Serie von 4 Träumen, wovon der erste endlich etwas hoffnungsvoller tönt. Sie steht vor einem neuen Haus, das sie anschaut. Ein Kind kommt ihr entgegen, sie kann gehen. In der vierten Behandlung nahmen Angst und Aggressionen noch zu. Die Patientin bezeichnete den Zustand später in ihrem Bericht als «aufwühlende heiße Verzweiflung». Die aggressiven Momente überwogen. Sie sah jetzt Teufelsfratzen und glaubte sich in der Hölle. Erstmals gestand sie sich ein, daß sie mit sich selbst nicht allein fertig werden könne. Sie erlebte eine Auseinandersetzung mit ihrem früheren Geliebten, kurz bevor sie ihn endgültig verließ. Er habe ihr damals erklärt, er möchte sich und die Patientin am liebsten erschießen, damit sie sich nicht trennen müßten. Damals sei ihr so recht zum Bewußtsein gekommen, wie schlecht sie gehandelt hätte. Was hätten die Leute gesagt, wenn man sie mit einem verheirateten Mann tot gefunden hätte.

Unmittelbar an diese Behandlung folgte wieder eine Traumserie, in welcher sich erstmals die Übertragungsproblematik ankündigt: Die Patientin kann nicht recht gehen, tritt dauernd auf Scherben und Stacheln, die ihr die Füße zerschneiden und zerstecken. Das macht ihr aber nicht viel aus; sie zieht die Fremdkörper aus den Füßen und kommt in die Klinik zurück, wo ihre Verwandten aus Zürich auf Besuch sind. Diese sagen ihr, man werde sie nur noch einen Monat hier lassen, denn wenn die Ärzte alles wissen, machen sie ja sowieso mit ihr, was sie wollen!

In den folgenden Behandlungsstunden ohne Psilocybin war es möglich, mit der Patientin ihre sexuellen Probleme, soweit diese ihre schweren Schuldgefühle betrafen, zu besprechen. Sie war dabei nicht mehr so völlig festgerannt, sondern kam schließlich zur Einsicht, daß ihre unbewußte Einstellung zu diesem Lebensbereich nicht ohne Einfluß auf die zahlreichen sexuellen Attacken geblieben war, unter denen sie gelitten hatte. Es folgte nun ein Traum, den die Patientin selbst als schön bezeichnet: ihre Pflegetante hält einen Säugling auf den Armen.

In der fünften Behandlung versuchten wir die Patientin in die Zeit ihrer Freundschaft mit dem verheirateten Mann zu lenken, wobei sich herausstellte, daß sie vor allem Schutz und Geborgenheit bei ihm gesucht hatte, weil sie den häuslichen Spannungen mit Mutter und Großmutter nicht gewachsen war. Im Verlaufe dieses Psilocybinrausches geriet sie wiederum in einen schweren Angstzustand.

Aus der folgenden Traumserie nahmen wir zur Einleitung der sechsten Behandlung einen Traum, in welchem die Patientin bei ihrer Großmutter und den Verwandten zu Hause war, sich aber als Angestellte fühlte und durch die Tischordnung verletzt war, welche ihr einen Platz bei den Dienstboten anwies. Beim Essen sprach man über sie wie von einem Stück Ware und wollte sie als Dienstmädchen dem Besuch verschachern. Der Abschied von der Großmutter, die ihr nicht beigestanden war, bedrückte sie sehr. Als wir während des Psilocybinrausches wieder auf diesen Traum zurückkamen, geriet sie in einen heftigen Haßausbruch auf die Großmutter. Die Patientin berichtete, daß sie unter dem autoritären verschlossenen Wesen dieser Frau schrecklich gelitten habe. Sie sei manchmal fast geplatzt vor Wut, habe das aber nie zeigen, ja nicht einmal selber daran denken dürfen. Sie habe diese Gefühle aber völlig vergessen gehabt.

Nachdem sich schon an die letzten Psilocybinbehandlungen Verstimmungszustände angeschlossen hatten, in welchen sie zeitweise depressiv, zeitweise erregt und innerlich stark gespannt war, kam es nach dieser sechsten Behandlung zu einer ganz schweren Verstimmung mit großen hysterischen Anfällen in der Nacht. Am dritten Tag nach der Behandlung geriet sie durch eine unvorsichtige Äußerung einer Schwester völlig außer sich und schrie, man solle sie prügeln. Kurz darauf gelang es ihr, in suizidaler Absicht mit dem kleinen Messerchen eines Bleistiftspitzers eine Arterie im Radialisgebiet aufzuritzen. Wir hatten nicht bedacht, daß das Gewaltsame dieses Erlebenlassens verdrängter Aggressionen gegen die Großmutter über die Kräfte unserer Patientin ging und daß sich diese Aggressionen schließlich gegen sie selbst richten mußten. Wir schäl-

teten nun eine Behandlungspause ein, in welcher wir sie mit Taractan beruhigten. Später folgte eine Traumserie, in welcher die Übertragungsproblematik sich endlich in positivem Sinne anzeigte. Sie ist Mutter eines 4jährigen Mädchens und kommt mit diesem nach Einkäufen nach Hause. Das Mädchen fällt im Lift ein Stockwerk hinunter, verläßt aber unten unversehrt an der Hand eines Mönchs das Haus. Und ein zweiter Traum: Sie besucht mit einer großen Gesellschaft eine Schlucht. Es ist ein kleines Kind da an der Hand eines fremden Mannes, das nicht richtig gehen kann und Angst hatte. Er beschwichtigt es und sagt ihm, es müsse keine Angst haben, er nehme es nun bei der Hand und es werde sehen, daß es gehen könne.

Wir haben diese Krankengeschichte und die Behandlungsversuche bis zu diesem Zeitpunkt geschildert, um das Wesentliche der Behandlung mit Modellpsychosen zu veranschaulichen. Es bleibt noch eine völlig offene Frage, ob unsere Patientin fähig ist, die in den Modellpsychosen erlebten verdrängten Strebungen und Tendenzen zu verarbeiten und die Analyse der Übertragungsphänomene erfolgreich zu bewältigen¹. Wir besitzen zwar in den Phantastika zweifellos Mittel, mit welchen wir bei solchen therapiereisistenten, festgefahrenen neurotischen Entwicklungen eine Auseinandersetzung mit den unbewußten und verdrängten Strebungen erzwingen können, die eigentliche psychotherapeutische Arbeit muß dann aber noch geleistet werden, so daß eine Abkürzung der Behandlungsdauer ungewiß bleibt. Das Erstaunliche ist ja gerade, daß verdrängte Haltungen und Tendenzen gewissermaßen nochmals erlebt werden, und zwar anschaulich, lebhaftig, daß dadurch im Anschluß an die Sitzungen assoziativ dazugehörige Begebenheiten erinnert, daß Träume angeregt werden und daß sich starke Affekte entladen. Gleichzeitig zeigt sich aber unseres Erachtens die Zweideutigkeit dieses Wiedererlebens, welche es nicht gestattet, von einem «Bewußtwerden» im psychoanalytischen Sinne zu sprechen. Das Bewußtwerden ist ja ein allmähliches Innwerden der andern Seite der Person, ein Innwerden, das sich Schritt für Schritt und auf vielen Umwegen in der beruhigenden Gegenwart des Therapeuten vollzieht. Bewußtwerden ist nur eine unvollständige Bezeichnung für ein Stück Werdensprozeß der Person. Von Zweideutigkeit des Wiedererlebens verdrängter Erlebnisse und Strebungen in der Modellpsychose sprechen wir deshalb, weil man dieses Wiedererleben ebensowohl unter dem Gesichtspunkt des Wiederholungszwanges neurotischer Grundsituationen betrachten kann, weil ihm keineswegs automatisch eine Integration in das Persönlichkeitsgefüge folgt. Eine solche kann nur erreicht werden, wenn der Therapeut eine aktivdeutende Haltung einnimmt und mit dem Patienten außerhalb der Situation der Modellpsychose seine Erlebnisse und Träume zu verarbeiten versucht. Entscheidend sind dafür nicht nur die integrativen Möglichkeiten der Person des Patienten, sondern die menschliche Nähe und der persönliche Einsatz des Therapeuten, Verhältnisse, welche die Therapie der Neurosen mit Modellpsychosen in die Nähe der Psychotherapie Schizophrener rückt. Wie hier steht dort die Bewältigung der Übertragungsproblematik an erster Stelle, und es ist ein aktiver und zeitraubender Einsatz des Therapeuten gefordert. Als Konsequenz für die Indikation solcher Behandlungen ergibt sich daraus die Einschränkung auf therapieresistente Neurosefälle.

Für die Auffassung des Wesens einer Neurose aber erscheint uns daraus zu folgern, daß topographisch-energetische Vorstellungen dieser Werdensstörung der Person nicht gerecht werden können, weil das Entscheidende der Auflösung neurotischer Fehlhaltungen nicht ein eventuell auch durch Drogen provoziertes Wiedererleben verdrängter Erlebnisse ist, sondern ein Reifungsvorgang der Person, welcher in der kommunikativen Auseinandersetzung mit dem Therapeuten erfolgt. Modellpsychosen können jedoch da, wo der Zugang zu der andern Seite der Person verschüttet ist, die Bedingungen schaffen und unterhalten, welche ein psychotherapeutisches Gespräch ermöglichen.

¹ Nach 12 Behandlungen mit Psilocybin konnte die Psychotherapie analytisch fortgesetzt werden und hat bei der während 4 Jahren gelähmten Patientin nach etwa 1jähriger Therapie zur vollen Gehfähigkeit geführt.