PETER GASSER

Die psycholytische Psychotherapie in der Schweiz von 1988 - 1993. Eine katamnestische Erhebung

Zusammenfassung

Die psycholytische Psychotherapie ist eine tiefenpsychologisch orientierte Gesprächstherapie, ergänzt durch Erfahrungen im veränderten Wachbewußtseinszustand. Diese werden durch psychedelische Substanzen (hier kamen Methylendioxymethamphetamin (MDMA) und Lysergsäurediäthylamid (LSD) zur Anwendung) induziert. In den Jahren 1988-1993 konnten im Rahmen einer Ausnahmebewilligung des *Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheitswesen* psycholytische Psychotherapien durchgeführt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden 121 Patienten nachuntersucht. Die Dauer der Psychotherapie betrug im Durchschnitt etwa drei Jahre. In dieser Zeit fanden durchschnittlich 70 psycholytische Sitzungen als Einzel- oder Gruppengespräche und darin eingebettet zusätzlich 7 psycholytische Sitzungen statt, was bedeutet, daß die 121 Patienten insgesamt 818 psycholytische Sitzungen absolvierten. Die Katamnesedauer betrug im Durchschnitt zwei Jahre.

91% der Patienten beschrieben sich zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung als „leicht" (26%) oder „gut gebessert" (65%). Während der Therapie kam es zu keinen schweren Zwischenfällen, zu keinem Suizid und zu keiner psychiatrischen Hospitalisation.

Gliederung

Einleitung
1. Anlage der Untersuchung
2. Ergebnisse der Befragung der Patienten und der Erhebung aus den Aufzeichnungen der Therapeuten.
3. Fallbeispiele
4. Ausblick
5. English Summary
6. Tabellen
7. Fragebogen
8. Literatur

Einleitung

Die klinische und therapeutische Anwendung halluzinogener Substanzen in der Psychiatrie hat in der Schweiz bereits eine lange Tradition. In einer frühen Phase der Forschung Mitte der vierziger bis Mitte der fünfziger Jahre wurde in Selbstversuchen und an gesunden Probanden zum Thema Modellpsychose geforscht. Außerdem wurde die Wirkung der halluzinogenen Substanzen auf Geisteskranke erforscht (STOLL 1947; CONDRAU 1949). Selbst als 1972 als Reaktion auf den massenhaften Gebrauch in der Hippieszene LSD und Psilocybin als Betäubungsmittel deklariert wurden, behielt FÄSSLER, ein Psychiater und Klinikleiter in Zug eine Ausnahmebewilligung für die Verwendung von Psilocybin, welche er bis zu seinem Tod Ende der achtziger Jahre behielt (BENZ 1989: 35).

1985 wurde die *Schweizerische Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT)* gegründet. Ziel der Vereinigung ist es, die Psycholytische Psychotherapie (mit psychedelischen Substanzen unterstützte, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Vgl LEUNER 1981: 247ff und GROF 1983: 42ff) als Behandlungsverfahren in der Praxis zu ermöglichen und qualifizierte TherapeutInnen auszubilden.

Dank einer Ausnahmebewilligung des Bundesamtes für Gesundheitswesen (oberste Gesundheitsbehörde) war es in der Schweiz in den Jahren 1988-1993 möglich, mit halluzinogenen Substanzen (hier sind LSD und MDMA gemeint) Psychotherapien durchzuführen. 1989-1990 erfolgte vorübergehend ein kollektiver Entzug der Bewilligungen, da es bei einem der erwähnten Therapeuten im Rahmen eines psychotherapeutischen Workshops zu einem Todesfall kam. Da in diesem Fall aber weder LSD noch MDMA als Substanzen verwendet wurden und es zunächst nicht gesichert war, ob der Tod auf eine Substanzeinwirkung zurückzuführen sei, wurden die Bewilligungen 1990 mit strengeren Auflagen (ausführlichere Dokumentation und wissenschaftliche Auswertung) und zeitlich bis Ende 1993 befristet wieder erteilt. Der Therapeut, in dessen Gruppentherapie sich der Todesfall ereignete, führte in der Folge bis zu einer abschließenden gerichtlichen Beurteilung des Falles keine psycholytischen Psychotherapien mehr durch. Ein weiterer Therapeut wandte sich angesichts der zunehmend strengen forschungsorientierten Auflagen anderen therapeutischen Verfahren zu und verzichtete auf eine Weiterführung der psycholytischen Psychotherapie.

Die verbleibenden Therapeuten, die während des ganzen beschriebenen Zeitraumes mit psycholytischer Psychotherapie arbeiteten, sind Dr. MARIANNE BLOCH, Luzern; Dr. JURAJ STYK, Basel; und Dr. SAMUEL WIDMER, Solothurn, – alle Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. WIDMER hat seine Arbeitsweise in einem von ihm geschriebenen Buch ausführlich dargelegt (1989: 251ff). Die Arbeitsweisen von STYK und vor allem von BLOCH sind in SAUNDERS Buch "E for ecstasy" (1993: 61ff) beschrieben.

Das Setting, in dem die Substanzen eingenommen wurden, war ein Gruppensetting. Zehn bis sechzehn Klienten trafen sich jeweils an einem Samstagvormittag. Nach einer Einstimmung und einem Ritual (z.B. Singen eines gemeinsamen Tones in einer Kreisanordnung oder sich im Kreis die Hände reichen), das helfen soll mit seinen Gefühlen und seinem Körper in Kontakt zu kommen und die Aufmerksamkeit mehr nach innen zu richten, wurden die Substanzen verabreicht. Die Klienten erhielten die Empfehlung, sich gegen aufkommende Gefühle, Bilder, körperliche Erfahrungen und Fantasien nicht zu wehren, sondern alles möglichst in beobachtender Ruhe geschehen zu lassen. Das Gruppensetting erlaubte, mit den anderen Anwesenden real in Beziehung zu treten, um eine Gemeinschaftserfahrung zu machen.

Die beiden anwesenden Therapeuten unterstützten mit körpertherapeutischen Interventionen wie einfaches Berühren oder Halten den individuellen Prozeß. Neben Phasen der Ruhe wurde auch Musik über eine Stereo-Anlage abgespielt. Die Musik diente einerseits als stützendes Element, damit sich der einzelne wieder sammeln und zentrieren kann, anderseits kann Musik bestimmte Gefühle und Stimmungen wecken. Die Sitzung dauerte i.d.R. bis sechs Uhr abends, unterbrochen von einer kurzen Essenspause. Die Klienten konnten noch im Therapieraum bleiben und gingen erst im Verlaufe des Abends nach Hause. Sie wurden aufgefordert, von ihren Erfahrungen ein Protokoll zu schreiben, welches in den nachfolgenden Therapiesitzungen bearbeitet wurde.

Die psycholytische Psychotherapie ist nicht unumstritten. Kritiker befürchten eine unnötige, möglicherweise risikoreiche Belastung für den Patienten, sei es durch vermeintlich toxische Wirkungen der verwendeten Substanzen oder durch Schwächung der Ich-Funktionen (z.B. Realitätsprüfung) oder aber, daß die Behandlung ihn zu Therapieerfolgen führt, die auch auf anderem Wege erreichbar wären. Die Befürworter, beispielsweise die *Schweizerische Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT)*, sehen in der psycholytischen Therapie eine sinnvolle

Ergänzung des therapeutischen Spektrums und eine wirksame Methode, eine psychotherapeutische Behandlung mit befriedigenden Resultaten auch bei sonst schwer zu behandelnden Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) aufrecht zu erhalten und zu Ende zu führen.

Die vorliegende Arbeit hat explorativen Charakter, d.h. sie sagt nichts aus über die Effizienz der psycholytischen Psychotherapie, ein Vergleich mit anderen Therapieverfahren ist nicht möglich. Ich versuche, mit der vorliegenden Arbeit eine Bestandesaufnahme vorzunehmen. Wesentliche Fragestellungen waren: Was führte die Patienten in die Therapie? Wie ging es ihnen vor und während der Therapie und wie heute? Welchen Stellenwert hatten die psycholytischen Erfahrungen aus ihrer Sicht? Die Betroffenen selbst , die diese Therapie kennenlernten, sollen erfaßt werden und ihre Haltung zu dieser Behandlung ausdrücken. Außerdem könnte die Arbeit Hinweise geben, in welcher Richtung in Zukunft geforscht werden könnte.

1. Anlage der Untersuchung

Das Sample

Es wurden 171 Patienten angeschrieben, die in den drei oben beschriebenen Psychotherapiepraxen mindestens eine psycholytische Sitzung mitgemacht und bis Juli 1993 ihre Therapie abgeschlossen hatten. Von den 171 postalisch versandten Fragebogen war einer wegen Abreise ins Ausland unzustellbar. 135 kamen zurück, was einem Rücklauf von 79% entspricht. Davon waren 14 (8%) nicht ausgefüllt, 121 (71%) auswertbar. Der Tabelle 1 kann entnommen werden, welcher Rücklauf sich bezüglich der einzelnen Therapeuten ergab.

Da die Fallzahlen sehr unterschiedlich waren, wird im weiteren nur das ganze Patientenkollektiv und nicht gesondert bezüglich der drei Therapeuten beschrieben.

In Tabelle 2 wird das Sample hinsichtlich soziografischer Merkmale beschrieben. Diese Merkmale sind insgesamt recht stabil wenn man den Anfang der Therapie und den Katamnesezeitpunkt vergleicht. Die Geschlechterverteilung ist ausgewogen (Frauen 53%, Männer 47%). Das Durchschnittsalter beträgt 40.9 Jahre (s = 8.7 Jahre). Der ledige Familienstand nimmt am stärksten ab, der geschiedene am stärksten zu. Bei den Berufen nehmen die sozialen oder pädagogischen Berufe zu. Am häufigsten wohnen die Patienten in partnerschaftlichen Wohnsituationen, auch dieser Wert nimmt während der Therapie zu. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten lebt vom eigenen Verdienst.

Die Erhebungstechnik

Den 171 Patienten wurde ein standardisierter Fragebogen (vgl. Punkt 7) per Post zugesandt. Nach einem Monat wurden diejenigen, die nicht antworteten einmalig schriftlich erinnert.

Der Fragebogen sollte zu folgenden Stichworten Auskunft geben: Soziale Situation, therapeutische Vorerfahrung, Anlaß zur Therapie, Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung während und nach der Therapie, subjektive Besserung während und nach der Therapie, Einflüsse und Inhalte der psycholytischen Sitzungen, Lebensgestaltung nach der Therapie. Außerdem wurde Platz für individuelle Bemerkungen gegeben.

Parallel dazu wurden die Aufzeichnungen der Therapeuten über die Patienten (sog. Krankengeschichten) hinsichtlich persönlicher Daten, Länge und Stundenfrequenz der Gesprächstherapie, Anzahl psycholytischer Sitzungen und Katamnesedauer ausgewertet. Zudem wurde von den Therapeuten eine Diagnose mit Fokus auf den Beginn der Psychotherapie gestellt. Die Diagno-

sen folgten den Kriterien der ICD-10 (DILLING, MOMBOUR & SCHMITT 1993) und wurden zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung in dieser Form gestellt.

Die Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte per EDV unter Verwendung des Statistikprogramms KMSS (Kleiter Microcomputer Statistik System, von E.F. KLEITER, Kiel, 1991) unter Mithilfe und Beratung von Prof. Dr. ADOLF DITTRICH, Zürich. Fehlende oder unauswertbare Daten betrugen weniger als ein Promille bezogen auf die Gesamtmenge der erhobenen Daten.

2. Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Patienten und der Erhebung aus den Aufzeichnungen der Therapeuten

Angaben zur psycholytischen Psychotherapie

Die Therapiedauer lag zwischen null Monaten (Teilnahme an nur einer psycholytischen Therapiesitzung in einem Fall) und neun Jahren und drei Monaten. Im Durchschnitt dauerte die Therapie drei Jahre und einen Monat (s = 23 Mt). Die Katamnesedauer lag zwischen einem Monat und vier Jahren und elf Monaten mit einem Durchschnitt bei einem Jahr und elf Monaten (s = 19 Mt).

Im Durchschnitt kann man von einer dreijährigen Therapiedauer und einer zweijährigen Katamnesedauer bei großer Streuung ausgehen.

Die Patienten hatten im Mittel 70,3 Gesprächs-Psychotherapie-Sitzungen besucht (s = 55,2 Std.), was bei einer mittleren Therapie-Dauer von etwa drei Jahren einem Vierzehn-Tage-Rhythmus entspricht. Darin eingebettet waren die psycholytischen Sitzungen. Deren Zahl variiert zwischen 1 und 16 Sitzungen, im Mittel 6,8 Sitzungen (s = 4,3 Sitzungen).

Im Durchschnitt wurden also etwa alle 5 Monate, das heißt nach 10 Gesprächstherapiesitzungen eine psycholytische Sitzung durchgeführt.

Die Therapeutin BLOCH arbeitete nur mit MDMA in einer Dosierung von 125 mg, die anderen Therapeuten, STYK und WIDMER, arbeiteten in den ersten ein bis drei Sitzungen mit MDMA 125 mg, danach mit LSD in Dosierungen von 100-400 Mikrogramm. Im Vergleich zur Studie von MASCHER (1967: 20ff) waren die Therapien zeitlich bedeutend länger, hatten jedoch eine niedrigere Stundenfrequenz und eine geringere Zahl an psycholytischen Sitzungen (s. Tabelle 3).

Diagnosen

Von den Therapeuten wurde eine Hauptdiagnose gestellt. Allfällige begleitende Krankheiten oder Probleme wurden als Nebendiagnosen aufgeführt. Die größte diagnostische Gruppe machten die Persönlichkeitsstörungen aus, sowohl wenn man nur die Haupt- als auch wenn man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen ansieht. Innerhalb dieser Gruppe sind es vor allem die narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, welche 17% aller Haupt- und Nebendiagnosen ausmachten. Am zweithäufigsten waren innerhalb der Persönlichkeitsstörungen die Borderline-Persönlichkeitsstörungen, welche mit 9% diagnostiziert wurden. Die Anpassungsstörungen (22,2%) mit Angst- (14,6%), Zwangs- (2,9%) und Konversionssymptomen (4,7%) machten wie die affektiven Störungen rund einen Viertel der Diagnosen aus.

Psychotherapeutische Vor- oder Nachbehandlung

(Fragen 9 und 10 des Fragebogens)
45% der Patienten hatten psychotherapeutische Vorerfahrung. Sie durchliefen vorher zwischen einer und fünf Psychotherapien. Die Gesamtdauer der absolvierten Psychotherapie betrug im Durchschnitt 2,5 Jahre. 8 Patienten waren vorher schon psychiatrisch hospitalisiert. Einer davon dreimal, die andern einmal, mit einem Durchschnitt von 8,2 Monaten Hospitalisierungsdauer.

13% der Patienten beanspruchten nach Beendiung der psycholytischen Therapie erneut eine Psychotherapie beim selben oder bei einem anderen Therapeuten. 2 Patienten mußten nochmals psychiatrisch hospitalisiert werden. Während der Therapie kam es jedoch bei keinem der untersuchten Patienten zu stationärer psychiatrischer Behandlung.

Grund für die Aufnahme der Therapie

(Frage 11 des Fragebogens)
Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, so daß etwa zwei Drittel der Patienten psychische Symptome und zwischenmenschliche Probleme angaben (s. Tab. 5).

Sucht wurde in 21,5% genannt, wobei hier auch Arbeitssucht oder Sexsucht genannt wurden. Eigentliche Suchtmittelabhängigkeit lag nur in wenigen Fällen vor, wie die Tabellen 4 und 10 zeigen. Bei „andere Gründe" (18,2%) der Nennungen waren unter anderem die „Therapie des Partners" oder „Familientherapie", „angeordnete therapeutische Maßnahme", „Probleme im Militärdienst" und „HIV-Infektion" angegeben worden.

Subjektive Veränderungen

Die Fragen 12 und 13 betrafen die subjektiv verspürten Veränderungen während und nach der Therapie. 5% der Patienten bezeichneten den Verlauf während der Therapie als stark schwankend mit Besserung und Verschlechterung. Dieser Wert ging nach Beendigung der Therapie auf 2,5% zurück. Eine gute Besserung verzeichneten 65% der Patienten nach der Therapie. Während der Therapie betrug der Wert nur 46%. Korrespondierend dazu waren es während der Therapie 39%, die leichte Besserung verzeichneten und nach der Therapie nur noch einen Wert von 26% ausmachten. Die Nennungen „leichte Besserung" und „gute Besserung" waren zusammen sowohl während (85%) als auch nach der Therapie (91%) hoch. In der Arbeit von MASCHER (1966: 53ff) gaben 62% der befragten Patienten „wesentliche Besserung" oder „gute Besserung" an. In der vorliegenden Studie gaben „keine Veränderung" durch die psycholytische Therapie retrospektiv 6% während und 4% nach der Therapie an. Starke Verschlechterung gaben 2% sowohl für die Zeit während als auch nach der Therapie an. Leichte Verschlechterung wurde von 2,5% während und 1% nach der Therapie angegeben.

Einfluß auf verschiedene Erfahrungsbereiche

Bei Frage 14 wurde die tiefe emotionale Erfahrung von zwei Dritteln, die verbesserte Beziehungsgestaltung sowie die Einsicht in biografische Zusammenhänge von etwa der Hälfte der Patienten als sehr wichtig beurteilt (Tab. 6).

Bei anderen Erfahrungen (29%) wurden u.a. „spirituelle und religiöse Erfahrungen" (5%), „mehr Selbstwert und Selbstvertrauen" (7%), „mehr Kreativität und Sensibilität" (2,5%) ge-

nannt. Als Einzelnennungen kamen unter anderem vor: „Hintergrund für die eigene Arbeit mit Süchtigen", „verbesserte Beziehung zur Natur", „Aufgeben alter Verhaltensmuster" aber auch „Wecken großer Erwartungen und damit verbunden großer Streß".

36% gaben an, für wichtige Entscheidungen maßgebliche Hilfen aus dem psycholytischen Prozeß gewonnen zu haben. Davon gaben 12% an, sich beruflich verändert zu haben, meist im Sinne einer schulischen oder beruflichen Weiterbildung. 11% gaben an, sich aus einer vordem vorhandenen Beziehung gelöst zu haben bzw. geschieden worden zu sein. 8% der Patienten gaben an, sich auf dem Hintergrund der psycholytischen Erfahrung für eine Partnerschaft oder eine Vertiefung derselben entschieden zu haben.

Erfahrungsinhalte, Gefühlsqualitäten

Bei der Frage 15 nach den Erfahrungen in den psycholytischen Sitzungen versuchte ich die von DITTRICH (1985) beschriebenen Strukturen veränderter Wachbewußtseinszustände zu erfragen („angstvolle Ich-Auflösung", „ozeanische Selbstentgrenzung" und „visionäre Umstrukturierung"). Obwohl das Erleben von körperlicher Angst und Horror von Leere und Sinnlosigkeit für gut einen Drittel der Befragten wichtige oder sehr wichtige Bedeutung hatte, schreibt bei den Anmerkungen nur ein einziger Antwortender, daß diese schwierigen Erfahrungen oder "bad-trips" eine nachhaltige, schädliche Auswirkung für den therapeutischen Prozeß und die Zeit danach gehabt hätten.

Die intensiven, sonst unbekannten Sinneswahrnehmungen wurden von 79% der Befragten als 'wichtig' oder 'sehr wichtig' bezeichnet. Damit sind gemäß den schriftlichen Äußerungen nicht halluzinatorische oder illusionäre Verkennungen gemeint, sondern der Umstand einer bis dahin ungekannten Intensität und Achtsamkeit in allen Wahrnehmungsqualitäten (Tab. 7).

Lebensgestaltung

Die Frage 16 bezog sich auf Lebensqualität und Lebensgestaltung inklusive des Konsums von Genuß- oder Suchtmitteln.

68% empfanden sich selbständiger als vor der Therapie. Die subjektiv empfundene Lebensqualität und die Akzeptanz seiner selbst wurde jeweils von über 80% als verbessert beschrieben (Tab. 8). Diese Begriffe waren allerdings im Fragebogen nicht näher spezifiziert.

81% bewerteten ihre familiären und partnerschaftlichen Beziehungen und 57% ihr Engagement am Arbeitsplatz als gebessert (Tab. 9).

Der Umgang mit Suchtmitteln wurde insgesamt verantwortungsvoller bzw. zurückhaltender. Allerdings schätzten sich die Hälfte der Patienten als von Alkohol- und Nikotinkonsum nicht betroffen ein. Die beschriebene Stichprobe umfaßt praktisch keine Konsumenten von harten Drogen. So gaben 98% an, keine Erfahrung mit solchen zu haben (Tab. 10).

Etwa sieben von zehn Patienten gaben an, einen besseren Zugang zum „Göttlichen" zu haben und sechs von zehn empfanden weniger Angst vor Tod und Sterben (Tab. 11). Dieser Zugang zur spirituellen Dimension schien hauptsächlich in den psycholytischen Sitzungen entstanden zu sein, da sich alle drei Therapeuten explizit als Psychotherapeuten verstehen (BENZ 1989: 37ff) und nicht als Meditationslehrer, religiöse Führer oder ähnliches.

3. Fallbeispiele

Die nachfolgenden Fallbeispiele (Namen wurden geändert) sollen Wesen und Grenzen der psycholytischen Therapie vertiefend betrachten helfen. Ich habe mit Absicht zwei Fälle gewählt, die nicht dazu geeignet sind, das psycholytische Verfahren glanzvoll und besonders positiv erscheinen lassen. Es sind zwei Beispiele, die mir von besonderem wissenschaftlichem Wert scheinen.

Die Patientin des ersten Falles schätzt sich im katamnestischen Fragebogen als „gut gebessert" ein. Geschildert wird die Behandlung eines Inzestopfers. Dabei soll klar werden, wie die psycholytischen Sitzungen in sinnvoller und hilfreicher Weise den langwierigen und komplizierten Behandlungsverlauf einer schwer gestörten jungen Frau unterstützen können.

Den zweiten Fall könnte man als den "most worst case" der ganzen untersuchten Gruppe bezeichnen. Es ist der bereits erwähnte Fall eines Mannes, der nach Therapieabschluß über andauernde depressive Verstimmungszustände klagte und diese auf die psycholytische Therapie zurückführte. Hierbei stellt sich die Frage, ob der ungünstige Therapieverlauf auf eine nicht geglückte Behandlung, wie dies in allen psychotherapeutischen Verfahren vorkommen kann, zurückzuführen ist, oder ob die psycholytische Therapie selbst einen spezifischen Beitrag am Zustand des Patienten hatte.

Der Fall Andrea

Die Zitate stammen aus Protokollen psycholytischer Sitzungen oder Tagebuchaufzeichnungen, die mir die Patientin freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat. Mit SAMUEL WIDMER oder VRENI WIDMER ist das Therapeutenpaar gemeint.

Andrea erhielt während ihrer 4 Jahre und 8 Monate dauernden Behandlung zuerst Einzel-, später zusätzlich auch Gruppentherapie. Nach einer längeren Vorbereitungsphase nahm sie an insgesamt 12 psycholytischen Sitzungen teil. In den ersten vier Sitzungen erhielt sie MDMA, danach LSD. Die MDMA-Dosierung betrug jeweils 125 mg; für die LSD-Verabreichungen schwankten die Dosierungen zwischen 100 und 300 Mikrogramm.

Die Patientin war ein Inzest-Opfer. Ihre Therapie war über weite Strecken die Behandlung ihrer Inzest-Thematik. Sie ist das jüngste von vier Kindern und einziges Mädchen einer Innerschweizer-Familie. Der Vater, Inhaber eines kleinen Lebensmittelgeschäftes, mißbrauchte *Andrea* fortgesetzt sexuell als sie zwischen sechs und elf Jahren alt war. Ob die Mutter, die zu jener Zeit schwere Alkoholikerin war, von dem Mißbrauch gewußt hatte, weiß sie bis heute nicht. Der sexuelle Mißbrauch hörte auf, als sich die Eltern scheiden ließen und die elfjährige *Andrea* mit dem zweitjüngsten Bruder in einen andern Ort zog. Die zwei älteren Brüder blieben beim Vater, welcher ein Jahr später an einem Herzversagen starb. *Andrea* war eine gute Schülerin, sie besuchte das Gymnasium bis zum Alter von 17 Jahren. Weil sie aber für die schwer alkoholkranke Mutter sorgen mußte und die ganzen Hausarbeiten alleine ausführte, war sie in der Schule überfordert, brach diese ab und fing eine Lehre als Arztgehilfin an. Sie habe die Lehre begonnen, um möglichst schnell Geld zu verdienen und von zu Hause wegziehen zu können. Da sie es zu Hause „nicht mehr aushielt", floh sie Hals über Kopf zu einer Gewerbeschullehrerin, welche sie als Pflegemutter aufnahm und in eine Psychotherapie schickte.

Es kam zu einer ersten Behandlung bei Dr. WIDMER, welcher zu dieser Zeit als Assistenzarzt in einer Poliklinik arbeitete. Nach einer Therapieunterbrechung von zwei Jahren meldete sie sich wieder bei ihm. Sie litt jetzt an Beziehungslosigkeit und Isolation, hatte Suizidgedanken und war stark untergewichtig (45 kg, 170 cm). Andrea war „auf der Suche nach einem Vater". Sie ging zu Dr. WIDMER zurück in die Therapie, nachdem sie in der Zwischenzeit bei einem ande-

ren Therapeuten war, den sie retrospektiv als zu weich und zu lieb beschreibt. In den Notizen zum Erstgespräch schreibt Dr. WIDMER: „Sie fantasiert mich als Vater und sich als 14jährige Tochter. Es zeigt sich ein starker Wunsch nach Abhängigkeit und Geführtwerden." Zu dieser Zeit überwog der Wunsch nach einer guten und verläßlichen Vaterbeziehung.

In einem Brief, den sie nach einer der ersten Stunden an den Therapeuten schrieb, offenbart sich *Andrea* als depressiv suizidalen Menschen ohne Identität und voller Schuldgefühle, Sehnsucht und Verzweiflung:

„Sehr geehrter Herr Dr. WIDMER
Ich weiß gar nicht, wie ich dazu komme, Ihnen diesen Brief zu schreiben. Vielleicht habe ich es satt, unendlich viele Seiten meines Tagebuches mit meinem Gekritzel zu füllen, all meine Gedanken und Gefühle einem banalen Heft anzuvertrauen ... Ich habe mir immer einen Vater gewünscht, der mir zur Seite steht, der mir einen Rat gibt, wenn ich selber ratlos bin, der mir zuhört, zu dem ich stolz aufschauen kann ... Ich bin ständig auf der Suche, aber wonach ich eigentlich suche, ist mir selber nicht ganz klar ... Ich suche überall nach Ersatz für meine Eltern ... Ich möchte niemanden anklagen, ich möchte nur meine innere Leere, meinen Mangel, meinen ungestillten Hunger nach Elternliebe zum Ausdruck bringen. Irgendwo komme ich mir kindisch vor, Ihnen all dies zu schreiben. Möglicherweise mache ich mich auch lächerlich damit. Aber vielleicht ist es eh schon egal, sich lächerlich zu machen ... Ich denke immer wieder an den Tag zurück, an dem ich aus meiner gewohnten Umgebung herausgerissen wurde, seither fühle ich mich entwurzelt, unfähig irgendwo neue Wurzeln zu schlagen.
Ich habe den Drang, mich in den Schnee zu legen, die Augen zu schließen, die Welt in mir untergehen zu lassen, ich begreife nicht mehr wie die Menschen ihr Leben aushalten. Alles in mir ist so brüchig geworden. Und alle um mich herum sind so tüchtig und meistern das Leben. Bloß ich bringe es nicht fertig. Etwas muß falsch sein mit mir. Gibt es vielleicht irgend etwas Wesentliches in der Art wie man sein Leben führt, das ich einfach nicht begreife? Ich bin geschafft, hocke am Grund des Lochs, zusammengekrümmt, in klebrigem dickem Schwarz, in meinem eigenen Geruch, der mich stört und mich verfolgt, dem ich selber nicht entrinnen kann."

Den Inhalt der letzten Passage dieses Briefes inszenierte *Andrea* zu Beginn der Therapie unbewußt in den Einzelstunden. Sie kauerte sich oft während langer Zeit schweigend und verstockt in einer Ecke des Therapieraumes zusammen.

Die erste Sitzung mit MDMA war für sie ein Aufbruch und eine Kontaktnahme mit längst nicht mehr gekannten Gefühlen von Berührtsein und menschlicher Wärme. Für die kurze Dauer der Substanzwirkung fielen die Mauern von Resignation und Depression in *Andrea* nieder, und sie kam in Kontakt mit lebendigeren Seiten ihres Wesens. Sie hatte das Andere, das „Lebenswerte" gespürt und begriff, daß sie die Mauer in langwieriger, therapeutischer Kleinarbeit würde abbauen müssen. Aber immerhin, sie wußte nun, wonach sie suchte, daß ihre Sehnsucht ein Ziel hatte. Aber auch schwierige Gefühle von Angst und Ekel mußte sie während der ersten MDMA-Erfahrung aushalten. Einige Passagen aus ihrem dazugehörigen Protokoll:

„Plötzlich kriege ich Angst. Ich stürze in mir selber ab, in einen rabenschwarzen, endlosen Abgrund. Ich habe riesengroße Angst, Panik. Ich habe Todesangst, kriege keine Luft mehr, ersticke fast. Ich will nicht sterben. Ich bin froh darüber, daß Frau WIDMER neben mir ist, mich in meiner Angst begleitet, daß sie mich festhält und daß ich mich an ihr festklammern kann ... Mir wird schlecht, zum Kotzen schlecht. Es kotzt mich an, es ekelt mich, es graust mich, ich hasse meinen Vater. Ich bin wütend auf dieses Arschloch, auf diesen Sauhund. Ich möchte ihn kaputtmachen, ich möchte ihn umbringen ... Ich habe etwas Neues kennengelernt, etwas Wunderbares erlebt, wieviel die Berührung eines Menschen bedeuten und helfen kann. Ich habe ein riesiges Anlehnungsbedürfnis. Ich habe gemerkt, wie ausgehungert ich bin. Mich hungert nach Liebe, Zuneigung, Berührungen, Umarmungen. Ich habe aber auch die schiere Unersättlichkeit meines Hungers gespürt. Es gab plötzlich keine Mauern mehr."

In der Therapie entwickelte sich eine schwierige, ambivalente Vaterübertragung auf den Therapeuten. In ihrem dritten Protokoll schreibt *Andrea*:

„*Samuel* geht an mir vorbei und ich habe plötzlich das Gefühl ich müsse mir seine Zuwendung sichern. Ich muß unser Treffen herbeiführen, ich kann nicht darauf warten, daß es sich spontan ergeben kann ... Ich liege eine Weile neben *Samuel*. Die Musik, die läuft, fährt stark ein und ich spüre, wie ich mich trotz der Anwesenheit von *Samuel* sehr allein und einsam fühle."

Sie sei hin- und hergerissen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen die, wenn sie da seien, Angst und Bedrohung, Mißbrauch und Verletzung bedeuteten, und wenn sie nicht da sind, Leere, Einsamkeit und Depression. Die Schwierigkeit mit Nähe und Distanz umzugehen, fühlte *Andrea* so:

„Ich wiederhole mich in meinen Beziehungen. Ist mein Partner nicht da, wünsche ich ihn sehnlichst herbei und stelle mir vor, was wir alles tun könnten und wie schön es wäre, mit ihm zusammen zu sein. Ist er dann da, kann ich ihn nicht richtig hineinlassen (oder nur bis zu einem bestimmten Punkt). Mein Partner muß so ja das Gefühl kriegen, ich spiele nur mit ihm und seinen Gefühlen."

In dieser Sitzung fühlte *Andrea* eindrücklich wie schwer gestört die Beziehung zu ihrem Vater war: „Ich weinte nicht, als Vater starb. Als er starb, fühlte ich mich irgendwie erleichtert." Sie setzte zwei Fragezeichen an den Schluß dieses Satzes, wohl selber fassungslos darüber, wie so etwas überhaupt möglich ist.

Die fünfte psycholytische Sitzung ist *Andreas* erste Begegnung mit LSD. Die Erfahrung ist eingebettet in einen einwöchigen Workshop, welchen das Therapeutenpaar als zusätzliches therapeutisches Angebot durchführte. Es war *Andreas* schwierigste Erfahrung, ein eigentlicher „Horrortrip", dessen Sinn sie auch heute noch nicht ganz verstehe, wie sie sagt. Im wesentlichen habe sie daraus gelernt, daß Angst sie dazu bringen könne, die Verantwortung für sich ganz aufzugeben und einem persönlichen Wahnsinn ohne Kontakt nach außen zu verfallen.

In ihrem Protokoll von dieser schwierigen Erfahrung schreibt sie:

„Komme dann bald auf meinen Horrortrip, von dem ich den ganzen Tag nicht mehr runterkomme. Bin auch nicht mehr fähig, mich von meinem Platz fort zu bewegen. Befinde mich zeitweise in der Hölle, unter lauter Teufeln, oder verwandle mich in eine Hexe. Meine Haut wurde grau, trocken, ausgemergelt, es liefen mir Ameisen über die Haut. Auch einzelne Leute werden zu Hexen. Mein Inzest-Trauma wiederholte sich x-mal an diesem Tag. Jedesmal wenn ich mich auf meine Weichheit einließ, lud sich die Luft mit Bedrohung, die anwesenden Männer fingen an, sich zusammenzuscharen, die Musik wurde bedrohlich, *Samuel* verwandelte sich in ein Ungeheuer und *Vreni* ließ mich allein. Auch das Gesicht von *Vreni* veränderte sich sekundenschnell in eine Furcht einflößende, bösartige Fratze."

Unter der LSD-Wirkung vermischte sich also die Erinnerung an das Inzest-Trauma mit einer bedeutsamen, symbolischen aber doch unmittelbar erfahrbaren Bedrohung und negativer Projektion auf sich und auf die im Raume Anwesenden, insbesondere das Therapeutenpaar.

Dazu schreibt sie:

„Die ganze Sitzung war ein einziger, langer Alptraum, aus dem es kein Erwachen mehr gab. Wie bei den Nachtträumen war ich völlig auf mich alleine gestellt. Ich trage die Hölle in mir, mit Teufeln, Fegefeuer, Haß und Mord, mit Hexenverbrennungen, schwarzer Magie. Ich bin Träger des Bösen und niemand kann mich so mehr liebhaben. Ich trage die Gewalt in mir."

Unfähigkeit der Abgrenzung gegen die Gewalt und Überwältigtsein von der Überzeugung eigener Schuld und Wertlosigkeit als Ausdrucksformen des Inzest-Traumas zeigen sich hier. Diesen Teil der LSD-Erfahrung konnte Andrea in einem längeren, therapeutischen Prozeß integrieren. Nach dieser intensiven Auseinandersetzung tauchten in den Protokollen plötzlich andere Themata auf. Es ging um die Entdeckung der eigenen Lust, der Sexualität, um einen schuldfreieren Umgang mit körperlicher Sinnlichkeit. Allerdings ging das nicht reibungslos:

„Halte ich die Augen geschlossen, erscheint immer wieder das Bild eines riesengroßen Penis. Ich schaue mir diesen dann mal genauer an und spüre, daß mir dieses 'Ding' nicht mehr Angst macht, (wie das bisher immer der Fall war) daß aber immer noch ziemlich viel Übelkeit da ist, wenn ich mir dieses Bild genau anschaue. Immer noch mit diesem Bild vor Augen, gehe ich dann zu *E.* (ein anderer Patient; P.G.) um mich ganz auf meinen Ekel einlassen zu können. Er ist der Mann im Raum,

der mir Mühe macht. Er zieht mich auf eine seltsame Art an, macht mir aber auch Angst. (Angst vor seiner Berührung?) Ich sitze eine ganze Weile bei ihm, lasse mich auch von ihm berühren, habe aber zwischendurch immer wieder das Gefühl, gleich kotzen zu müssen. Ich bleibe aber mit diesen Gefühlen und mit *E.* zusammen."

In der zweitletzten psycholytischen Sitzung beschreibt *Andrea* noch einmal wie schwer es für sie ist, sexuelle Gefühle, Erotik und Sinnlichkeit zu empfinden oder gar auszudrücken.

„Ich hatte noch nie solche Mühe, ein Protokoll zu schreiben, wie dieses Mal. Vielleicht rührte das daher, daß mein zentrales Thema an diesem Tag die sogenannten weichen Gefühle waren, Liebe, Lust und Zärtlichkeit. Es bereitete mir sehr viel mehr Mühe, die weiche Seite an mir zuzulassen, und sie auch zu zeigen, als etwa Wut, Haß usw. auszudrücken."

Die erhöhte Wahrnehmungsfähigkeit, die Fähigkeit intensiv mit seinen Gefühlen in Kontakt zu treten, verbunden mit einer einfühlsamen, therapeutischen Führung, ermöglichten ein Vordringen und Erkennen der schwierigen und tief verschütteten, aber doch ihr Leben beeinflußenden Erlebnisse, Erfahrungen und Gefühle.

Dazu wieder ein Auszug aus ihrem Protokoll:

„Als *Samuel* und *Vreni* zu mir kommen, Samuel sich neben mich legt und seine Hand auf meinen Bauch legt, spüre ich viel Lust, spüre ich aber auch Angst, spüre ich, wie Samuel mich anzieht und wie stark diese Anziehung ist. *Vreni*, die neben uns sitzt, ignoriere ich völlig. Aber ich merke dann, daß sie da ist, das sie sowieso alles weiß und sieht. Als ich das realisiere, wird mir das Ganze überaus peinlich und ich beginne mich für meine Gefühle zu schämen. In diesem Moment wäre ich vor lauter Scham am liebsten im Boden versunken. Ich glaube, ich habe in meinem Leben noch nie so viel Scham gespürt, wie in diesem Moment.

Vreni spiele ich die Rolle der bösen Mutter zu, die mir verbietet Lust zu haben, andere zu lieben. Ich tue dann so, als wäre nichts zwischen *Samuel* und mir, fange an, meine Gefühle für ihn zu verleugnen ... Ich schaue dann die längste Zeit *Vreni* an, weil ich das Gefühl habe, wenn ich dort wirklich hinschaue, wird es vielleicht klarer, hört auch dieses Drehen (das anfängt, wenn ich gewissen schwierigen Gefühlen ausweichen will) wieder auf. *Vreni* gibt mir das Verbot, das ich ihr zugespielt habe zurück. Es gelingt mir dann wirklich, dieses Verbot von ihrer Person abzulösen und in mich hineinzunehmen. Ich nehme es dann plötzlich als Teil von mir wahr. Danach das Gefühl, wie wenn ich neben *Samuel* und *Vreni* langsam wachsen würde."

Nach fast fünf Jahren beendete *Andrea* die Therapie. Im katamnestischen Gespräch, welches zweieinhalb Jahre nach Therapieende stattfand, berichtete sie, daß sie zur Zeit alleine lebe und zu halbzeit in ihrem gelernten Beruf arbeite. Daneben bereite sie sich auf die Aufnahmeprüfung als Pianistin am Konservatorium (Musikakademie) vor. Sie habe das Gefühl, ihr Potential mit dem Arztgehilfinnenberuf nicht auszuschöpfen und möchte gerne das erreichen, was sie beruflich am liebsten täte, nämlich Klavier spielen. Daß sie keinen Partner habe, den sie sich wünsche und für den sie sich bereit fühlen würde, bedauere sie. Lakonisch meint sie, sie könne es aber nicht ändern und wenn sie zur Zeit keiner wolle, müsse sie halt noch warten. Obwohl sie heute gut alleine sein könne und immer etwas mit sich anzufangen wisse, leide sie doch darunter, keinen Partner zu haben. Heute sei ihr Leiden aber viel lebendiger und auch sinnvoller geworden als früher, als sie starr und hoffnungslos gelitten habe. Mir kommt hierbei Freuds Satz in den Sinn, daß es in der Therapie darum gehe, „neurotisches Elend durch gemeines Unglück zu ersetzen."

Der Fall Paul

Paul ist ein heute 50jähriger Ingenieur. Er kam 1985 in die Therapie. Sein Hausarzt riet ihm zu einer Psychotherapie, da er seit etwa dem 20. Lebensjahr an Hodenschmerzen litt, die auch nach zwei operativen Eingriffen und medikamentöser – zuletzt mit Antidepressiva – Therapie

nicht besserten. Der Hausarzt vermutete ein psychosomatisches Leiden und außerdem sah er, daß *Paul* unter Streß, vor allem durch berufliche aber auch familiäre Überlastung, litt.

Paul ist das mittlere von drei Kindern. Neben der um vier Jahre jüngeren und der um vier Jahre älteren Schwester sei er als einziger Sohn von der Mutter bevorzugt worden und habe von ihr mehr gekriegt als die beiden Schwestern. Allerdings habe ihn die Mutter nicht bedingungslos geliebt, er habe gehorchen, gut und lieb sein müssen, um ihre Liebe zu erhalten. Der Vater sei Postbeamter gewesen, in der Familie zwar anwesend, emotional aber kühl und distanziert, gefühlsmäßig habe ihn *Paul* nie erreichen können.

Paul startete eine erfolgreiche berufliche Karriere. Nach einer Lehre als Mechaniker ließ er sich zum Ingenieur ausbilden und arbeitete zu Beginn der Therapie als Teilhaber und stellvertretender Leiter eines kleinen Industriebetriebes. Zu Beginn der Therapie war er seit acht Jahren verheiratet und hatte zwei Kinder, sieben und vier Jahre alt.

Die nun folgende Therapie dauerte insgesamt sieben Jahre und einen Monat. Es fanden 126 Therapiestunden in Einzel- und Gruppentherapie sowie auch Paargespräche statt. Zusätzlich nahm *Paul* an acht psycholytischen Sitzungen teil, davon sechs mit MDMA (125 mg) und zwei mit LSD (100 und 200 mg).

Die Hodenschmerzen, welche Paul in die Therapie geführt hatten, erwiesen sich als nicht besonders schweres therapeutisches Problem. Er selber sah anfänglich keinen Zusammenhang zwischen der Schmerzsymptomatik und sexueller Aktivität. Er berichtete lediglich über jahreszeitliche Schwankungen, namentlich, daß es ihm im Sommer mehr weh tat als im Winter. Als ihm jedoch bewußt wurde, daß die Schmerzen während einer sich über Jahre hinziehenden Partnerschaft mit einer Frau auftraten, bei der er sich einerseits dominiert und anderseits hingehalten und vertröstet fühlte, ließen die Schmerzen nach und wurden ohne ganz zu verschwinden zu einem sekundären Problem. Die vom Hausarzt angedeutete Streßsymptomatik erwies sich als wesentlich schwieriger in der Bearbeitung. *Paul* war ein sehr pflichtbewußter, fast zwanghaft angepaßter Mensch, der viel von sich erwartete und die Arbeiten lieber selber erledigte als sie zu delegieren, da er nur dann sicher sein konnte, daß sie richtig gemacht seien. Er war ein eher konfliktscheuer Vorgesetzter. Zu Hause gab er sich alle Mühe, ein sehr guter Vater zu sein.

Probleme versuchte er durch Rationalisieren und besonders durch Verleugnung in Griff zu bekommen. Dies waren auch die Hauptabwehrformen gegen die in der Therapie aufkommenden Ängste. Diagnostisch wurde zunehmend klarer, daß es sich um eine depressive Symptomatik bei einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung handelte. Insbesondere die depressive Aggressionshemmung wurde zum zentralen, therapeutischen Thema. Bis zuletzt konnte *Paul* in der Therapie die eigene Aggressivität als Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeit schlecht ausdrücken. Er erlebte sich schnell als Opfer.

Starke Schuldgefühle begleiteten die Wünsche nach Autonomie. Im Protokoll einer MDMA-Sitzung schreibt er:

> „Ich fühlte mich stark zu *M* (*einer Patientin*; P.G.) hingezogen. Diesem Gefühl nachgehend, bin ich zu ihr hingegangen und habe vorsichtig angeklopft ... Ich habe es unendlich genossen, ohne Schuldgefühle jemandem gestehen zu dürfen, daß ich mich in sie verlieben könnte ... Das anschließende Tanzen zusammen war vielleicht mehr ein Bedürfnis von meiner Seite, es schien aber, daß es *M.* auch sehr angenehm war, sich im Takt der Musik zu wiegen und den Körper des anderen zu spüren ... Ich habe dann während des Tanzens *P.* (*eine andere Patientin*; P.G.) einsam am Boden gesehen mit traurigem Blick. Irgendwie fühlte ich mich schuldig *P.* gegenüber, weil ich mit *M.* gerade schöne Momente erlebte und *P.* so traurig war. Ich hatte Angst, ihr weh zu tun."

Die narzißtische Seite von *Paul* zeigte sich in der Idealisierung des Therapeuten, den er zum Guru erhob, wie er das selber bezeichnete.

Gegen Ende der sieben Jahre dauernden Therapie kam es jedoch zu einer ungünstigen Entwicklung. In einer Gruppentherapiesitzung 5 Monate vor Abbruch der Behandlung wurde er vom Therapeuten hart damit konfrontiert, daß er nach wie vor nicht daran gehe, Konflikte am

Arbeitsplatz und in der Partnerschaft zu klären. Dies brachte Paul stark mit Gefühlen von Ablehnung, Verrat und im Stich gelassen werden in Berührung. In einem Protokoll nach dieser Gruppengesprächstherapie schreibt Paul:

„Das war die schlimmste aller Sitzungen. Du (*gemeint ist der Therapeut*; P.G.) hast mir das Messer total reingelassen. Ich bin völlig zerstört. Mein Kopf dröhnt, meine Gedanken kreisen unaufhörlich. Sobald ich nicht durch die geschäftlichen Aktivitäten beschäftigt bin, kommt die unheimliche Traurigkeit. Wenn das alles wahr ist und davon gehe ich vorläufig aus, so hat alles keinen Sinn mehr, es ist alles zerstört. Alle guten Gefühle, die ich erleben durfte, seit ich bei dir bin, sind dann Schall und Rauch, alles ein großer Lug und Trug".

Zwei Monate später, im Protokoll der letzten MDMA-Sitzung, schrieb *Paul*:

„Meine Sitzung stand eindeutig unter dem Thema 'auf der Suche nach Wärme' ... Ich realisiere, mich friert es. Ich hole eine zweite Decke. Es hilft ein wenig. Es geht um Wärme, ich muß Wärme holen."

Er suchte sich daraufhin direkte menschliche Wärme im Gruppensetting. Er ging zur Therapeutin:

„Zu *Vreni* zieht es mich hin, obwohl sie gerade mit *E.* beschäftigt ist. Ich kann ihr auch ganz klar meinen Wunsch nach Wärme ausdrücken. Ich finde auch Wärme bei ihr, sie hält mich warm und ich friere nicht mehr, obwohl ich ohne Decken bin!"

Die Idealisierung des Therapeuten zeigte sich auch hier noch einmal:

„Irgendwann bin ich zu *Samuel* gegangen. Er ist in einer Gruppe um *M.* Ich bin hinter ihm und halte ihn umschlungen. Das Gefühl von Vater und Sohn ist da. Ich bin stolz auf ihn und was er macht. Er macht das gut."

Nach dieser Sitzung beginnt für *Paul* eine Leidensgeschichte, denn er könne sich die gesuchte Wärme nicht selber geben. Er habe einen schweren „Absturz" erlebt, habe an Depressionen, Schlafstörungen, Lust- und Antriebslosigkeit, starken Ängsten und Dauerschwindel gelitten. In der katamnestischen Befragung schrieb er:

„Was es heißt, plötzlich diesen unbekannten Ängsten ausgesetzt zu sein, kann nur jemand ermessen, der schon einmal dort war. Ich bin ohne Angst um die ganze Welt gejettet und plötzlich habe ich Angst, mit dem Zug nach Zürich zu fahren."

Paul konnte auch seinem Beruf nicht mehr vollumfänglich nachgehen und ist heute zu 50% arbeitsunfähig. Die finanzielle Beteiligung am Betrieb hat er zurückgezogen und erledigt lediglich noch zweitrangige Arbeiten. In der ehelichen Beziehung stehe er kurz vor der Trennung und sei dabei, sich eine eigene Wohnung zu suchen. Er habe sich nicht von seiner Frau trennen wollen, sie halte es aber nicht mehr mit ihm aus und dränge auf eine Trennung.

Paul bezeichnet sich als Geschädigten der psycholytischen Behandlung. Er schreibt:

„Was immer in dieser Sitzung durch die Drogen ausgelöst wurde, ist bis zum heutigen Zeitpunkt für mich sehr negativ. Auch alle anderen positiven Erfahrungen kann dieses nachhaltige Erlebnis nicht aufwiegen. Was allein zählt, ist mein Zustand heute und der ist nicht befriedigend. Ich will fairerweise einräumen (und das ist immer noch meine Hoffnung), daß es vielleicht auch nach dieser langen Zeit doch noch zu einer Heilung oder Verbesserung meines Zustandes kommt."

Auch erwähnt er im katamnestischen Interview, daß er doch die positiven Aspekte der Therapie zumindest zeitweise zu sehen vermag: Eine neue Welt, die Welt der Gefühle habe sich ihm aufgetan. Zuvor habe er sich eine Familien- und Berufswelt aufgebaut, die er nur mit dem Verstand, logisch und rational durchdrungen habe. Er sagt, es sei dies eine kleine Welt gewesen, in der alles einigermaßen aufgegangen sei, ein mechanisches Getriebe wie ein Automotor. Lediglich die störenden Hodenschmerzen und die Überforderungssituationen am Arbeitsplatz hätten nicht so ganz in sein Weltgefüge gepaßt.

Für den unbefriedigenden Therapieverlauf gibt es im wesentlichen zwei Erklärungsansätze:

- Die psychodynamische Erklärung: *Paul* leidet an einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung. Die charakteristische, idealisierende Übertragung war am Ende der Therapie zusammengebrochen und hat sich in das Gegenteil von Entwertung, Haß und Beeinträchtigung verwandelt.

Aus Furcht vor diesen heftigen Gefühlen kam es zum depressiven Rückzug. Verletzt zog sich Paul aus der Therapie zurück. Die Problematik konnte somit nicht mehr weiter bearbeitet werden. Die Schwierigkeiten hatten allerdings schon vor der letzten psycholytischen Sitzung, nämlich nach der erwähnten gruppentherapeutischen Sitzung, begonnen. Der Konflikt verlagerte sich also von einer anfänglich psychischen auf eine psychosomatische und psychosoziale Ebene.

Eine weitere dynamische Erklärung könnte sein, daß der Therapeut seinerseits die aggressive Deutung zu einem falschen Zeitpunkt angebracht hatte (Gegenübertragungsfehler). Damit zerbrach die Idealisierung anstatt bearbeitet zu werden.

- Die biologische Erklärung: MDMA könnte eine irreversible Serotoninentleerung bewirkt haben und die ängstliche und depressive Symptomatik durch ein Neurotransmitterungleichgewicht verursacht sein. Die Literaturdiskussion diesbezüglich ist kontrovers. Es gibt jedoch bis jetzt – trotz umfangreicher Forschungen – keine Beweise, daß MDMA in der für den Menschen üblichen Dosierung neurotoxische Wirkungen hat. RICAURTE (1988; 1992) beschreibt bei subhumanen Primaten eine Serotoninentleerung nach MDMA-Gabe. Allerdings handelte es sich dabei um sehr hohe Dosen von MDMA in kurzen Abständen (mindestens 2,5 mg pro kg KG, zweimal täglich an vier aufeinander folgenden Tagen.) Laut einer unveröffentlichten brieflichen Mitteilung von RICAURTE liegen für MDMA bei normaler Dosierung (1,5 mg pro kg KG und Verabreichungsintervallen von 4 Wochen) keine Belege für dessen Neurotoxizität vor. Ebenso ist nicht geklärt, ob sich das menschliche Gehirn analog zu dem von subhumanen Primaten verhält. Auch ist ein klinisches Korrelat der Serotoninentleerung – abgesehen vom akuten Serotoninentleerungssyndrom – bis jetzt nicht bekannt.

4. Ausblick

Zur Behandlung mit psycholytischer Psychotherapie kamen eine recht große Anzahl Patienten, bei denen eine narzißtische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Außerdem waren auch häufig Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder depressiven Verstimmungszuständen in Behandlung sowie Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen.

Aus den Rückmeldungen der Patienten läßt sich schließen, daß die psycholytische Psychotherapie eine sichere Behandlung ist. In den persönlichen Mitteilungen wird außer in einem Fall, in dem über andauernde, schwere depressive Verstimmungszustände nach der letzten psycholytischen Sitzung 3 Monate vor Therapieende geklagt wird, von keinem Patienten über länger dauernde nachteilige Erfahrungen berichtet. Auch kam es während der psycholytischen Psychotherapie in keinem Fall zu psychiatrischer Hospitalisation oder zu Suizid. Dieses Resultat deckt sich mit den Erfahrungen anderer Autoren. So werden in einer Studie von COHEN (1960) Angaben über Komplikationen bei 44 Therapeuten, die insgesamt fast 5'000 Patienten in 25'000 Sitzungen mit LSD oder Mescalin behandelten, gesammelt. Die Suizidrate lag dort bei 0,04%, das Risiko länger als 48 Stunden an einer Psychose zu erkranken bei 0,18%. In der Arbeit von MALLESON (1971) wurden die Komplikationen bei 4'300 Patienten und 49'500 Applikationen von LSD für Suizid mit 0,07% und für eine länger als 48 Stunden dauernde Psychose mit 0,9% beschrieben.

1993 ist in der Schweiz ein wertvolles Experiment vorerst unterbrochen worden, nämlich die Möglichkeit unter psychotherapeutischen Bedingungen mit psychedelischen Stoffen zu arbeiten und Erfahrungen zu sammeln. Auch in anderen Ländern wird die psycholytische Psychotherapie erforscht. In Rußland läuft eine Ketaminstudie bei Alkoholikern, in den USA läuft ein Projekt, bei dem in der Sterbebegleitung MDMA eingesetzt wird. Ebenfalls in den USA ist eine LSD-Studie bei schwer Suchtmittelabhängigen in Vorbereitung. (Zit. aus NEWSLETTER DER MULTI-

DISCIPLINARY ASSOCIATION FOR PSYCHEDELIC STUDIES 4,1994). Fragen der Sicherheit oder der Indikationen dieser Behandlung müßten allerdings noch gründlicher geklärt werden. Dazu ist es aber notwendig, daß auch in Zukunft psycholytische Therapie von den zuständigen Stellen ermöglicht wird.

Ohne weitere Forschung kann unser Wissen über diese Behandlungsweise nicht vergrößert werden, die, wie diese Arbeit zu zeigen versuchte, innerhalb der Psychotherapie durchaus einen Platz haben könnte. Bei sorgfältiger Handhabung durch entsprechend ausgebildete Therapeuten scheint mir die psycholytische Therapie durchaus ethisch vertretbar und für eine Auswahl von Psychotherapiepatienten nutzbringend anwendbar.

5. English Summary

Both psycholytic and psychedelic psychotherapy are verbal, depth psychology psychotherapies involving experiences in an altered state of consciousness induced by psychedelic drugs. During the years 1988 to 1993, the Swiss Federal Office for Public Health granted special permission to several psychiatrists to treat patients with psycholytic psychotherapy using methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and lysergic acid diethylamide (LSD). Normally, the therapeutic use of these substances is forbidden because they are scheduled as narcotic drugs.

The present study is a follow-up of 121 patients treated with psycholytic psychotherapy. Subjects were in treatment for an average of three years. The treatments had been concluded an average of two years before the administration of the follow-up questionnaires. During the period of psycholytic psychotherapy, subjects participated in an average of 70 non drug individual or group psychotherapy sessions, as well as 7 psycholytic sessions in which a psychedelic drug was used. Prior to their psycholytic psychotherapy, about half of the subjects had previously undergone one or more non-psycholytic psychiatric or psychotherapeutic periods of treatments.

During the treatment phase, the three therapists involved in this study used diagnostic criteria from psychoanalytic theory. For the purposes of the follow-up, patients have been diagnosed according to criteria established by the World Health Organizations' International Classification of Diseases, 10th revision. The most frequently occurring diagnosis was "personality disorder" (43%), and within this group the most frequent were "narcissistic personality disorder" (17%) and "borderline personality disorder" (9%). The two other main diagnostic categories were "adjustment disorders" (26%) and "affective disorders" (25%). Patients with addiction problems were only occasionally treated (2,4%).

Fully 90% of the patients appraised themselves as being improved as a result of their psycholytic therapy, with 26% considering themselves "slightly improved" and 65% indicating they were "very improved". This improvement seems independent of whether the patients had good or bad experiences during their psycholytic sessions. About 80% of the patients reported an improved attitude toward themselves and an increased sense of autonomy in daily life. Biographical data does not contradict this self report data.

Some patients reported a reduction in addictive behaviors. About two-thirds of the patients reported that their spiritual lives were enriched. This effect may be due more to their overwhelming experience in an altered state of consciousness triggered by psychedelic drugs than to the influence of the therapists and their interventions.

During the course of therapy, there were no severe negative reactions, attempted or completed suicides, psychosis lasting for more than 48 hours, or psychiatric hospitalizations. Only one patient attributed a chronic depressed mood after the completion of the psychotherapy directly to the process of psycholytic therapy. This follow-up study demonstrates that, from the patient's view, psycholytic psychotherapy is very frequently helpful, effective, and safe.

6. Tabellen

Tabelle 1: Rücklauf der versandten Fragebogen

Therapeut	versandte Frageb.	Rücklauf	Rücklauf in %
Widmer	110	91	83%
Styk	50	37	74%
Bloch	10	7	70%

Tabelle 2: Soziografische Daten (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

	Beginn der Therapie	Katamnese-zeitpunkt
Familienstand		
Ledig	32.2	24.0
Verheiratet, in Partnerschaft	52.0	52.1
Getrennt, geschieden	15.7	24.0
Beruf		
In Ausbildung	9.9	6.6
Handwerkl. oder kaufm. Beruf	26.4	21.5
Soz. oder päd. oder Heilberuf	33.1	39.7
Leitende Stellung	3.3	3.3
Akademischer Beruf	14.1	14.9
Hausfrau	9.9	8.3
Anderer Beruf	3.3	5.8
Wohnsituation		
Bei Eltern	3.3	0.8
Alleine	35.5	38.0
In Partnerschaft, Familie, Ehe	49.6	54.6
Private Wohngemeinschaft	9.9	6.6
Institution	1.7	0
Erwerbsquelle		
Eltern	2.5	1.7
Partner	7.4	10.7
eigener Verdienst	82.6	80.2
Rente, Fürsorge	5.8	5.8
Andere	1.7	1.7

Tabelle 3: Vergleich der Studien von Mascher und Gasser

	Mascher (1967)	*Gasser* (1994)
N (Anzahl Patienten)	83	121
eingesetzte Substanzen	LSD + Psilocybin	LSD + MDMA
Behandlungsdauer	11,5 Mt.	37,4 Mt
psychotherapeut.Gespräche	54,8 Std.	70,3 Std.
psycholyt. Sitzungen	26,7	6,8

Tabelle 4: Diagnostische Kategorien (in % von N)

Diagnosen	nur Haupt- N = 121	Haupt-& Neben- N = 171
Organische Störungen	0	0,6
Sucht	1,7	2,3
Psychosen	1,7	1,2
Affektive Störungen	24,8	22,8
Angst-, Zwang-, Konversions- und Anpassungsstörungen	25,6	22,2
Eßstörungen	6,6	5,8
Sexuelle Deviation	1,7	1,2
Persönlichkeitsstörungen	38,0	43,9

Tabelle 5: Initiale Problematik (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

körperliche Symptome	28,9
psychische Symptome	66,9
soziale, zwischenm. Probleme	65,3
Sucht	21,5
Wunsch nach Selbsterfahrung	57,0
andere Gründe	18,2

Tabelle 6: Erfahrungsebenen in den psycholytischen Sitzungen
(Prozentwerte; N = 121 Pat.)

	keine Bedeutung	wenig wichtig	wichtig	sehr wichtig
Emotionale Erfahrung	2,5	5,8	27,3	64,5
Beziehung zu Anderen	2,5	6,6	34,7	56,2
Biografische Einsichten	7,4	23,1	20,7	48.8
Wichtige Entscheidungen	36,4	10,7	16,5	36,4
andere	57,9	2,5	10,7	28,9

Tabelle 7: Erfahrungsinhalte in den psycholytischen Sitzungen
(Prozentwerte; N = 121 Pat.)

Art der Erfahrung	keine Bedeutung	wenig wichtig	wichtig	sehr wichtig
körperlich erlebte Angst	41,8	24,8	15,7	18,2
Panik, Horror	38,0	19,0	21,5	21,5
Leere	43,8	21,5	22,3	12,4
Sinnlosigkeit	48,8	20,6	19,8	10,7
Out of body	41,3	31,4	16,5	10,7
intensive Sinneswahrnehmung	9,9	10,7	24,8	54,5
parapsychol. Phänomene	38,8	25,6	22,3	13,2
Visionen	19,0	11,5	29,7	39,7
rel. oder spirituelle Erfahrung	19,8	14,0	21,5	44,6
Einheits-, Liebesgefühle	4,1	5,0	19,8	71,1

Tabelle 8: Selbstbild (Prozentwerte, N = 121)

	schlechter	gleich	besser	keine Ang.
Selbstannahme	2,5	15,7	81,8	0
Autonomie	2,5	28,9	67,8	0,8
Lebensqualität	3,3	11,6	84,3	0,8

Tabelle 9: Soziales Verhalten (Prozentwerte; N = 121)

	schlechter	gleich	besser	keine Ang.
fam. und partner. Beziehung	3,3	15,8	81,0	0
Engagement am Arbeitsplatz	2,5	33,1	57,0	7,4

Tabelle 10: Suchtmittelkonsum (Prozentwerte; N = 121)

	Keiner	weniger	gleich	mehr
Nikotin	57,8	20,7	18,2	3,3
Alkohol	49,5	19,8	29,8	0,8
Haschisch	84,3	7,4	6,6	1,7
harte Drogen	98,3	–	1,7	–

Tabelle 11: Spiritualität (Prozentwerte; N = 121)

	nicht betroffen	schlechter	gleich	besser
Zugang zum Göttlichen	4,1	0,8	21,5	73,6
Angst vor dem Tod	1,7	1,7	38,8	57,9

7. Fragebogen

Persönliche Verhältnisse zum Zeitpunkt des Beginns Ihrer Therapie

1. Familienstand
2. Beruf
3. Wohnsituation
4. Erwerbsstand

Persönliche Verhältnisse heute

5. Familienstand
6. Beruf
7. Wohnsituation
8. Erwerbsstand

Inhaltliche Fragen zur Therapie

9. Haben Sie vor der Therapie bei Dr. Widmer/ Styk/ Bloch schon anderswo eine Therapie angefangen oder beendet?
   Andere Psychotherapien? Anzahl und Dauer?
   Psychiatrische Hospitalisationen? Anzahl und Dauer?

10. Haben Sie seit der Beendigung Ihrer Therapie bei Dr. Widmer/ Styk/ Bloch anderswo eine Psychotherapie begonnen oder mußten Sie sich seither in einer psychiatrischen Klinik behandeln lassen?
    Andere Psychotherapien? Anzahl und Dauer?
    Psychiatrische Hospitalisationen? Anzahl und Dauer?

11. Welche Umstände führten Sie in die Therapie (Beschwerden, Probleme, Krisen)?
    Körperliche Probleme oder Symptome? Welche?
    Seelische Probleme oder Symptome? Welche?
    Zwischenmenschliche Probleme? Welche?
    Sucht? Welche?
    Wunsch nach Selbsterfahrung?
    Andere Umstände? Welche?

12. Welche Veränderung ergab sich in Bezug auf oben genannte Beschwerden, Probleme etc. *während* der Therapie?
    Starke Verschlechterung
    Leichte Verschlechterung
    Keine Veränderung
    Leichte Besserung
    Starke Besserung

13. Welche Veränderung ergab sich in Bezug auf oben genannte Beschwerden, Probleme etc. *zum heutigen Zeitpunkt?*
    Starke Verschlechterung
    Leichte Verschlechterung
    Keine Veränderung
    Leichte Besserung
    Starke Besserung

14. Welchen unmittelbaren Einfluß hatten die Sitzungen mit den psycholytischen Substanzen im Verlaufe der Therapie? Geben Sie eine Note der Gewichtung an:
0 = keine Bedeutung, 1 = wenig wichtig, 2 = wichtig, 3 = sehr wichtig.
Vertiefte Einsichten und Erfahrungen über meine Gefühlswelt
Vertiefte Einsichten und Erfahrungen über meine Beziehungsgestaltung zu Familie, Mitmenschen und Außenwelt
Vertiefte Einsichten und Erfahrungen in biografische Zusammenhänge (Geburt, Kindheit, Jugend)
Wichtige Entscheidungen getroffen. Welche?
Andere Einflüsse. Welche?

15. Beschreiben Sie *wichtigste* Erfahrungen, die für Sie von nachhaltiger Bedeutung waren, die Sie in den Sitzungen mit den psycholytischen Substanzen gemacht haben. Geben Sie eine Note der Gewichtung an: 0 = keine Bedeutung, 1 = wenig wichtig, 2 = wichtig, 3 = sehr wichtig.
Mit Angst verbundener Verlust des Gefühls für die eigene Person über längere Zeit den Boden unter den Füßen verlieren
Intensive Angst, Panik oder Horror
Leere
Sinnlosigkeit
Das Gefühl, sich außerhalb des Körpers zu befinden
Intensive, sonst nicht erlebte Sinneswahrnehmung
Übersinnliche, mit dem Verstand nicht erklärbare Vorkommnisse wie Gedankenübertragung, Geistersehen etc.
Visionen, d.h. große und weitreichende Einsichten für Sie selber oder allgemein für die Menschen
Religiöse oder spirituelle Erfahrungen, Verbindung mit den Schöpfungskräften
Starke Glücks- oder Liebesgefühle, Einheit mit sich, der Welt, dem All

16. Glauben Sie, daß sich durch die Therapie etwas an Ihrer Lebensführung, an der Gestaltung des alltäglichen Lebens und der Lebensperspektive verändert hat? Antworten Sie mit 'mehr', 'weniger' oder 'gleich', wenn etwas auf Sie nicht zutrifft (z.B. Konsum harter Drogen) lassen Sie leer.
Wie kann ich mich annehmen?
Wie selbständig bewältige ich mein Leben?
Wie ist meine Lebensqualität? Wie zufrieden bin ich mit dem Leben?
Die Qualität meiner sozialen Kontakte in Partnerschaft und Familie
Die Qualität meines Engagements am Arbeitsplatz
Mein Nikotinkonsum
Mein Alkoholkonsum
Mein Haschischkonsum
Mein Konsum harter Drogen (Heroin, Kokain)
Ich habe tieferen Zugang zur Schöpfung und zum Göttlichen
Ich habe Angst vor Tod und Sterben

8. Literatur

Benz, E.
1989 Halluzinogenunterstützte Psychotherapie. Erhebung bei der Schweizerischzen Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie. Zürich: Med. Diss.

Cohen, J.
1960 Lysergic acid diethylamide: Side effects and complications. In: Journal of Nervous and Mental Disease *130:* 30-40.

Condrau, G.
1949 Klinische Erfahrungen an Geisteskranken mit Lysergsäure-Diäthylamid. In: Acta Psychiatrica et Neurologica *24:* 9-32.

Dilling, H.; Mombour, W. & M.H. Schmidt
1993 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Bern: Huber.

Dittrich, A.
1985 Ätiologie-unabhängige Strukturen veränderter Wachbewußtseinszustände. Stuttgart: Enke.

Grof, S.
1983 LSD-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Leuner, H.
1981 Halluzinogene. Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie. Bern: Huber.

Malleson, N.
1971 Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom. In: British Journal of Psychiatry *118:* 229-230.

Mascher, E.
1966 Katamnestische Untersuchung von Ergebnissen der Psycholytischen Therapie. Göttingen: Med. Diss.

Ricaurte, G.A.
1988 3.4-Methylendioxymethamphetamine Selectively Damages Central Neurons in Nonhuman Primates. In: Journal of the American Medical Association *260:* 51-55.

Ricaurte, G.A. & U.D. Mc Cann
1992 Neurotoxic Amphetamine Analogues: Effects in Monkeys and Implications for Humans. In: Annals of the New York Academy of Sciences *648:* 371-82.

Saunders, N.
1993 E for ecstasy. London: Selbstverlag.

Stoll, W.A.
1947 Lysergsäurgsäure-diäthylamid, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe. In: Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie *40:* 279-323.

Widmer, S.
1989 Ins Herz der Dinge lauschen. Vom Erwachen der Liebe. Die unerwünschte Psychotherapie: Über MDMA und LSD. Solothurn: Nachtschatten.