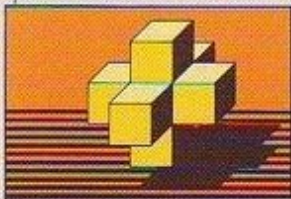


Stanislav Grof

LSD- Psychotherapie

LSD-Psychotherapie ist der dritte Band einer auf fünf Bände angelegten Buchreihe, in der Grof seine Beobachtungen und Erfahrungen aus einer mehr als zwanzigjährigen Forschungsarbeit mit LSD und anderen psychedelischen Drogen systematisch und umfassend darstellt. Dieser Band gibt zunächst einen Überblick über die noch junge Geschichte der LSD-Therapie und ihre theoretischen Grundlagen und konzentriert sich dann auf die praktischen Aspekte der von Grof entwickelten therapeu-

tischen Vorgehensweisen: die Vorbereitung des Patienten, die Methodik der Durchführung von Sitzungen, Indikationen und Gegenindikationen, die therapeutischen Resultate und das Problem von Nebenwirkungen und Komplikationen.



Konzepte
der Humanwissenschaften
Angewandte Wissenschaft
-Klett-Cotta-

Stanislav Grof

LSD-Psychotherapie

Christina in Liebe gewidmet

Aus dem Amerikanischen von Wolfgang Krege

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »LSD-Psychotherapy«

© 1981 Stanislav Grof

ISBN 3-608-94017-0

Für die deutsche Ausgabe

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart 1983

Stanislav Grof begann seine Forschungen mit psychedelischen Drogen zunächst an der Universität Prag, von 1967 bis 1973 arbeitete er am Maryland Psychiatric Research Center, danach am Esalen Institute in Big Sur, Kalifornien. Zur Zeit ist er Professor am California Institute of Integral Studies Mill Valley, Kalifornien. Stanislav Grof ist Gründungsmitglied der ITA (International Transpersonal Association) und Autor zahlreicher Fachpublikationen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Dank	6
1 Geschichte der LSD-Therapie	8
1.1 Die Entdeckung des LSD und seiner psychedelischen Wirkungen	8
1.2 Frühe Laboruntersuchungen und klinische Studien	11
1.3 Therapeutische Versuche mit LSD	13
1.4 Untersuchungen über die chemotherapeutischen Eigenschaften des LSD	15
1.5 LSD-unterstützte Psychotherapie	18
1.6 Die Notwendigkeit einer allgemeinen Theorie der LSD-Therapie	30
2 Kritische Variablen in der LSD-Therapie	34
2.1 Pharmakologische Wirkungen des LSD	34
2.2 Persönlichkeit des Patienten	38
2.3 Persönlichkeit des Therapeuten	69
2.4 Erwartungsrahmen und Behandlungssituation	83
3 Die psycholytische und die psychedelische Behandlung mit LSD: Zur Integration der Konzepte	96
3.1 Die Suche nach einer wirksamen Methode	96
3.2 Vor- und Nachteile der psycholytischen Methode	100
3.3 Für und Wider der psychedelischen Therapie	103
4 Prinzipien der LSD-Psychotherapie	106
4.1 Die Vorbereitungsphase	107
4.2 Die psychedelischen Sitzungen	119
4.3 Verarbeitung der psychedelischen Erlebnisse	129
5 Komplikationen der LSD-Psychotherapie: Ursachen, Verhütung und therapeutische Maßnahmen	132
5.1 Physische und emotionale Kontraindikationen	132
5.2 Kritische Situationen in LSD-Sitzungen	135
5.3 Schädliche Nachwirkungen von LSD-Psychotherapie	149
5.4 Verhütung und Behandlung von Komplikationen	158
6 Verlauf der LSD-Psychotherapie	161
6.1 Veränderungen im Inhalt der psychedelischen Sitzungen	163
6.2 Emotionale und psychosomatische Veränderungen in den Intervallen zwischen den Sitzungen	171
6.3 Langfristige Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur, der Weltanschauung und der Hierarchie der Werte	180

7	Indikationen der LSD-Psychotherapie, therapeutische Möglichkeiten und klinische Resultate	184
7.1	Schwierigkeiten bei der Bewertung der klinischen Resultate	184
7.2	Depressionen, Neurosen, psychosomatische Symptome	188
7.3	Alkoholismus, Drogensucht, Charakterstörungen, sexuelle Abirrungen	191
7.4	Psychotische Borderline-Zustände und endogene Psychosen	195
7.5	Seelisches Leid und körperlicher Schmerz der Sterbenden	199
8	Außertherapeutische Verwendungen des LSD	201
8.1	Ausbildungssitzungen für psychiatrisches Fachpersonal	201
8.2	LSD-Erfahrungen für Künstler und Wissenschaftler	203
8.3	Religiöse und mystische Erlebnisse durch LSD	206
8.4	LSD als Mittel, Selbstverwirklichung und Selbsterweiterung zu fördern	209
8.5	Verwendung des LSD zur Ausbildung paranormaler Fähigkeiten	211
9	Wirkungsprinzipien der LSD-Therapie	215
9.1	Intensivierung der normalen therapeutischen Wirkungsprinzipien	215
9.2	Veränderungen in der Dynamik der steuernden Systeme	216
9.3	Therapeutische Eigenschaften des Todes- und Wiedergeburtserlebens	219
9.4	Therapeutische Eigenschaften transpersonaler Erlebnisse	223
	Epilog: Die Zukunft der LSD-Psychotherapie	232
	Anhang: Krisenintervention im Zusammenhang unbeaufsichtigter Verwendung von Psychedelika	234
	Wesen und Dynamik psychedelischer Krisen	235
	Fachtherapeutische Krisenintervention und Methoden der Selbsthilfe	236
	Allgemeine Krisenintervention in psychedelischen Notlagen	239
	Bibliographie	244

Vorwort

Ein Buch über LSD-Psychotherapie, das zu einer Zeit erscheint, da eine psychedelische Forschung praktisch nicht existiert, bedarf einiger Worte der Einleitung und Rechtfertigung. Es gibt viele praktische und theoretische Gründe, dieses in über vierundzwanzig Jahren angesammelte Material zu veröffentlichen. Durch Unterdrückungsmaßnahmen gegen psychedelische Mittel hat die Gesetzgebung auf diesem Gebiet zwar fast jeder legitimen Forschung, nicht aber den unbeaufsichtigten Selbstversuchen Einhalt gebieten können. Für den normalen Wissenschaftler ist es beinahe unmöglich, die Genehmigung zu psychedelischen Studien zu erlangen und sich die pharmazeutisch reinen Wirkstoffe zu verschaffen, während Schwarzmarkt-Erzeugnisse, oft von dubioser Qualität, für die heranwachsende Generation leicht erhältlich sind. Hunderttausende – nach manchen Schätzungen Millionen – von Jugendlichen haben allein in den Vereinigten Staaten schon auf eigene Faust mit Psychedelika experimentiert.

Die Informationen in wissenschaftlichen Büchern und Zeitschriften sind schwer zugänglich und meistens auch nicht unmittelbar praktisch von Belang; die Literatur dagegen, die das Publikum direkt beeinflusst hat, war in gegensätzlichen Richtungen stark voreingenommen. Ein Teil dieser Veröffentlichungen, der von unkritischen Proselytenmachern stammt, neigte dazu, einseitig die Vorteile des Drogengenusses zu betonen und die Nennung der Gefahren zu unterlassen. Das Übrige, die Produkte der offiziellen Anti-Drogenpropaganda, war größtenteils so offenkundig im negativen Sinne tendenziös, daß die junge Generation es nicht ernst nahm. Da man eine ähnliche Kampagne früher schon einmal gegen das relativ harmlose Marihuana erlebt hatte, lag es nahe, das Kind mit dem Bade auszuschütten und zugleich mit den demagogischen Sprüchen auch die sachlichen und realistischen Warnungen zu überhören.

Redliche und ausgewogene Informationen über die kurz- und langfristigen Wirkungen des LSD sind nicht nur für diejenigen, die damit Selbstversuche unternehmen, von großer Bedeutung, sondern auch für ihre Angehörigen und Freunde und für andere Menschen, die sich vielleicht mit mancherlei Folgen und Erscheinungen auseinandersetzen müssen, die dabei auftreten können. Ein Verständnis des psychedelischen Prozesses ist besonders wichtig für die Eltern und Lehrer junger Menschen und für Anwälte, die sie gegen Strafverfolgung vertreten. Unabdingbar sind vorurteilslose Informationen außerdem für Psychiater und Psychologen, die bei Störungen, wie sie in Zusammenhang mit der Einnahme psychedelischer Drogen auftreten können, um sachverständige Hilfe gebeten werden. Die Verfahren, nach denen LSD-Notfälle und ihre nachteiligen Spätfolgen heute zumeist behandelt werden, entspringen der Unkenntnis dessen, was dabei seelisch vorgeht, und stiften mehr Schaden als Nutzen. Obwohl in diesem Buch vom kontrollierten klinischen Gebrauch des LSD die Rede ist, kann das Mitgeteilte auch für die Krisenintervention unmittelbar nützlich sein; außerdem werden diese Fragen im Anhang noch einmal gesondert behandelt. Manche Menschen, die an psychedelischen Experimenten weder direkt noch indirekt beteiligt sind, aber selbst schon auf eigene LSD-Erfahrungen zurückblicken können, werden in diesem Buch vielleicht nützliche Auskünfte finden, die im nachhinein manche verwirrenden oder bestürzenden Aspekte ihrer Erfahrungen in ein neues Licht bringen.

Aus den Fehlschlägen der juristischen und administrativen Maßnahmen, die in der Vergangenheit dem Gebrauch des LSD Einhalt gebieten sollten, scheint mangelhafte Kenntnis der einschlägigen Probleme zu sprechen. Gründlichere Informationen über die Wirkungen des LSD und die Wandlungsvorgänge, die es begünstigt, könnten auch dem Gesetzgeber manche interessanten und wichtigen Hinweise geben. In manchen Aspekten betreffen die in diesem Band dargestellten Ergebnisse auch direkt das Verständnis der Vorfälle um jene Experimente, die in verschiedenen Ländern seit einiger Zeit von militärischen Experten und Regierungstellen durchgeführt werden und die kürzlich publik geworden sind.

In diesem Buch wird hoffentlich deutlich werden, wie sehr ich es bedaure, daß Psychologie und Psychiatrie infolge vielfach verwickelter Umstände ein ganz einmaliges Forschungs-

mittel und einen starken therapeutischen Wirkstoff verloren haben. Ich glaube, es ist wichtig, diese Streitigkeiten und Mißverständnisse zu klären, ob nun im Hinblick auf die mögliche künftige Wiederaufnahme der LSD-Forschung oder im Hinblick auf den Abschluß eines faszinierenden Kapitels in der Geschichte der Psychiatrie. Die Wirkung und Unschädlichkeit psychedelischer Stoffe ist seit Jahrhunderten, ja seit Jahrtausenden erprobt. Viele Zivilisationen der menschlichen Geschichte haben diese Stoffe mit Erfolg im Zusammenhang schamanischer Bräuche, religiöser Riten und Heilungszeremonien verwendet. Es ist möglich, daß auch wir später zur Forschung auf diesem Gebiet zurückkehren werden. Doch selbst wenn es dazu nicht kommt, sind die schon angesammelten Ergebnisse von großem theoretischem und heuristischem Wert.

Viele Ergebnisse der psychedelischen Forschung sind von so fundamentaler Bedeutung und so revolutionärem Charakter, daß sie jeder Forscher, der sich ernsthaft für den menschlichen Geist interessiert, kennen sollte. Sie zeigen ein dringendes Erfordernis an, manche unserer theoretischen Konzepte und selbst manche wissenschaftlichen Grundparadigmen drastisch zu revidieren. Einige dieser neuen Einsichten und Entdeckungen betreffen ein erweitertes Modell der Psyche, machtvolle Mechanismen therapeutischer Änderung und Persönlichkeitswandlung, Strategien und Ziele von Psychotherapie und den Einfluß der Spiritualität im menschlichen Leben. Der Wert dieser neuen Erkenntnisse ist unabhängig von der Zukunft der LSD-Therapie. Sie sind unmittelbar anwendbar auch für erfahrungsorientierte Therapien, die mit verschiedenen nichtmedikamentösen Techniken auf Tiefenschichten der Seele einwirken, wie etwa Gestalttherapie, Bioenergetik und andere neo-reichianische Verfahren, oder wie die Primärtherapie und die verschiedenen Methoden einer inneren Wiedergeburt. Sie alle gehen wesentlich in dieselbe Richtung wie die psychedelische Therapie, werden aber an der vollen Nutzung ihrer Möglichkeiten und an der Weiterentwicklung durch die Zwangsjacke ihrer alten theoretischen Bezugssysteme gehindert. Die neuen Ergebnisse sind auch für andere Arbeitsgebiete von Belang, in denen ungewöhnliche Bewußtseinszustände mit nicht-chemischen Mitteln erzeugt werden. Als wichtige Beispiele wären hier die schöpferische Anwendung der Hypnose zu nennen, die »Mind games«, die von Robert Masters und Jean Houston (67)* entwickelt wurden, die neuen Labortechniken der Bewußtseinsveränderung wie Biofeedback, sensorische Isolation und Reizüberflutung oder die Anwendung kinästhetischer Kunstgriffe. Bei dieser Gelegenheit ist auch darauf hinzuweisen, daß die aus der psychedelischen Forschung hervorgegangene neue Kartographie des Geistes bestimmte wesentliche Elemente aus verschiedenen spirituellen Traditionen mit einschließt und in sich aufgenommen hat. Dies ist ein großer Schritt zur Überbrückung der Kluft, die bisher die religiösen Systeme von den verschiedenen Schulen der Psychologie getrennt hat – abgesehen von der Jungschen Richtung und der Psychosynthese Assagiolis.

* Zahlen in Klammern verweisen auf die Bibliographie am Ende des Bandes, hochgestellte Zahlen auf Anmerkungen am Ende des jeweiligen Kapitels.

Die theoretische Tragweite der Ergebnisse aus der psychedelischen Forschung reicht über die Bezirke der Psychiatrie und Psychologie weit hinaus. Sie sind von unmittelbarer oder potentieller Bedeutung auch für ein weites Spektrum anderer Gebiete, unter ihnen die Anthropologie, Soziologie, Politik, Allgemeinmedizin, Geburtshilfe, Thanatologie, Religion, Philosophie, Kunst und Mythologie.

Bei weitem die erstaunlichsten und aufregendsten Verbindungen scheinen aber zwischen den psychedelischen Ergebnissen und der modernen Physik zu bestehen. Einige gewagte Folgerungen aus LSD-Sitzungen, die sich im kartesisch-newtonschen Weltbild nicht unterbringen lassen, scheinen mit der Sichtweise, die aus der Quanten- und Relativitätstheorie der Physik hervorgeht, vollkommen vereinbar zu sein. Angesichts der rapiden Konvergenz, die in letzter Zeit Mystik, Physik und Bewußtseinsforschung zusammenführt, könnten die LSD-Studien wesentlich zu unserem Verständnis für die Natur der Realität beitragen.

Stanislav Grof, Big Sur, Kalifornien, April 1979

Dank

Nach Abschluß der Arbeit an diesem Buch möchte ich einigen Freunden, die mir in den verschiedenen Stadien dieses Projektes wertvolle Hilfe geleistet haben, meinen tiefempfundenen Dank bezeigen. Dr. Georg Roubíček, früher außerordentlicher Professor im Fachbereich Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Karls-Universität (Prag), war der Leiter und Lehrmeister bei meiner ersten LSD-Sitzung im Jahre 1956. Diese Erfahrung stand am Anfang meines tiefen, lebenslangen Interesses am Studium ungewöhnlicher Bewußtseinszustände. Dr. Miloš Vojtěchovský war der Leiter der interdisziplinären Forschungsgruppe, in der ich meine Untersuchungen über psychedelische Drogen begann. Er machte mich mit mehreren neuen psychedelischen Wirkstoffen bekannt und sorgte für meine Grundausbildung in der Methodik wissenschaftlicher Forschung.

Ein großer Teil der Untersuchungen, die für die Entwicklung der in diesem Buch dargestellten Ideen von höchster Bedeutung waren, wurden im Psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag durchgeführt. Sein Direktor, Dr. Lubomír Hanzlček, hat in all den Jahren meiner klinischen Untersuchungen mit LSD für dieses unkonventionelle wissenschaftliche Vorhaben viel Verständnis und Beistand bewiesen. Dank schulde ich auch meinen Kollegen am Institut für ihre Hilfe und den Krankenschwestern für ihre aufopfernde und interessierte Mitarbeit.

Meine Arbeit in den Vereinigten Staaten wurde zuerst durch ein großzügiges Forschungsstipendium des *Fouudations' Fund for Research in Psychiatry* in New Haven, Connecticut, ermöglicht. Professor Dr. Joel Elkes von der Abteilung für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften an der Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore lud mich an die Henry-Phipps-Klinik ein, wo ich zuerst klinischer Mitarbeiter und Forschungsdozent war und später Assistant Professor wurde; in den Jahren meines Aufenthalts dort hat er mir unschätzbare Hilfe und Anleitung gewährt.

Die Zeit, die ich zwischen 1967 und 1973 am Maryland Psychiatric Research Center in Catonsville (Maryland) verbrachte, war erfüllt von der erregenden Kooperation mit einer Gruppe leidenschaftlicher und geistesverwandter Forscher. Danken möchte ich Dr. A. A. Kurland, dem ehemaligen Direktor dieser Forschungsstelle und Assistant Commissioner for Research des Maryland State Department of Mental Hygiene sowie meinen Freunden und Kollegen aus Spring Grove für ihre Beiträge zu meiner Arbeit und die Erweiterung meines persönlichen Lebenskreises.

Eine sehr wichtige Rolle hat in meinem Leben das Esalen Institute in Big Sur (Kalifornien) gespielt. Seit meinem ersten Besuch im Jahre 1965 hat es mir viele Gelegenheiten geboten, Seminare und Kurse zu halten und meine Ergebnisse einem aufgeschlossenen und verständnisvollen Publikum mitzuteilen. Das Institut ist in den letzten fünf Jahren mein Hauptquartier und mein wichtigster emotionaler und intellektueller Stützpunkt geworden. An dieser außerordentlichen natürlichen Versuchsstätte der Human-Potential-Bewegung sind mir viele Pioniere der erfahrungsorientierten Psychotherapien begegnet, und ich hatte Gelegenheit, Bezüge zwischen ihrer Tätigkeit und der meinen zu finden. Dadurch wurde es für mich möglich, die Ergebnisse der LSD-Forschung in einen weiteren theoretischen Zusammenhang einzuordnen. Besonders wichtig waren die Erfahrungen aus einer Reihe experimenteller Fortbildungsveranstaltungen, die meine Frau Christina und ich bei Esalen durchgeführt haben. Diese Veranstaltungen, bei denen sich Lehrvorträge organisch mit innerpsychischer Erkundung und Gruppenarbeit verbinden und deren Teilnehmerkreis sich von mexikanischen und nordamerikanischen Schamanen bis hin zu theoretischen Physikern erstreckt, sind zu einer Quelle unschätzbbarer Anregungen geworden. Meinen tiefempfundenen Dank für all ihren Beistand und ihr Verständnis möchte ich Michael und Dulce Murphy aussprechen, Richard und Chris Price, Julian Silverman, Janet Lederman, Beverly Silverman, Gregory und Lois Bateson

und allen anderen Freunden bei Esalen. Von diesen letzteren war Rick Tarnas eine große Hilfe bei den Vorarbeiten zum Manuskript und Kathleen O'Shaughnessy beim Abschreiben der endgültigen Fassung.

Andere Freunde, deren Interesse und Beistand ich dankbar würdigen möchte, sind Louis und Hazel Valier, Edward Dreesen und Joseph Chambeau.

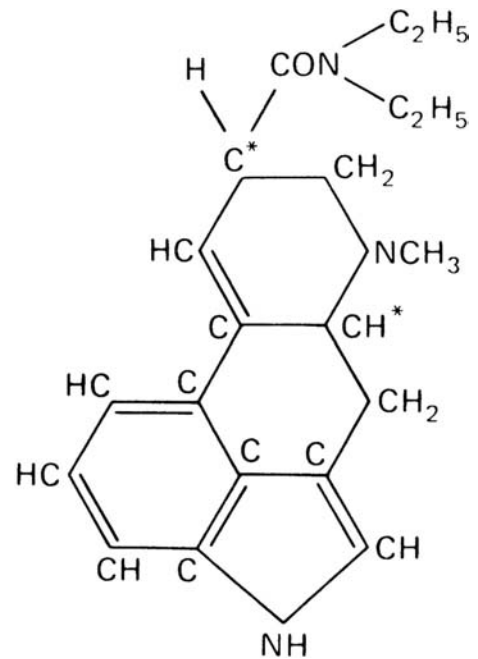
Am tiefsten bin ich in den Hunderten von Patienten und Versuchsteilnehmern verpflichtet, die im Laufe der Jahre an meinen psychedelischen Studien mitgewirkt haben. Ohne ihren Mut, ihr Vertrauen und ihre Hingabe hätte ich dies Buch nicht schreiben können.

Stanislav Grof, Big Sur, Kalifornien, April 1979

1 Geschichte der LSD-Therapie

1.1 Die Entdeckung des LSD und seiner psychedelischen Wirkungen

Das LSD-25 (Diäthylamid der d-Lysergsäure) wurde erstmals 1938 von Albert Hofmann in den chemisch-pharmazeutischen Laboratorien der Firma Sandoz in Basel synthetisch hergestellt. Wie der Name verrät, war es die fünfundzwanzigste Zusammensetzung in einer systematischen Studie über Amide der Lysergsäure. LSD ist ein halbsynthetisches chemisches Erzeugnis. Sein natürlicher Bestandteil ist die Lysergsäure, die den Grundstoff der wichtigsten Mutterkorn-Alkaloide bildet; im Laboratorium wird die Diäthylamid-Gruppe hinzugefügt. Nach Stoll, Hofmann und Troxler (98) hat LSD die folgende chemische Zusammensetzung:



Für verschiedene Mutterkorn-Alkaloide gibt es in der Medizin wichtige Anwendungen, da sie die Gebärmutter kontrahieren, Nachgeburtsblutungen stillen und migräneartige Kopfschmerzen lindern können. In der Sandoz-Studie über die Mutterkorn-Derivate ging es darum, die Zusammensetzungen mit den besten therapeutischen Eigenschaften und den geringsten Nebenwirkungen herauszufinden. Nachdem das LSD zusammengesetzt worden war, wurde es von Professor Ernst Rothlin (88) pharmakologisch untersucht. Es zeigte eine merkliche gebärmutterkontrahierende Wirkung und rief bei manchen Versuchstieren Unruhe hervor. Damals erschienen diese Wirkungen als nicht so interessant, daß man sie näher untersucht hätte.

Auf die Besonderheiten der neuen Substanz wurden die Forscher durch eine Reihe von Ereignissen aufmerksam, in denen der Zufall eine Rolle spielte. 1943 sichtete Albert Hofmann von neuem die Ergebnisse der ersten pharmakologischen Versuche mit LSD-25 und beschloß, dessen stimulierende Wirkungen auf das Zentralnervensystem näher zu untersuchen, die sich in den Tierexperimenten gezeigt hatten. Wegen seiner strukturellen Ähnlichkeit mit dem kreislaufanregenden Nikethamid schien LSD als Analeptikum vielversprechend zu sein. In dem Gefühl, daß es sich lohnen würde, gründlichere Studien mit dieser Substanz vorzunehmen, beschloß Hofmann, eine neue Probe herzustellen. Doch selbst mit den raffiniertesten Tierversuchen wären die psychedelischen Wirkungen des LSD nicht zu entdecken gewesen, denn solche spezifisch menschlichen Reaktionen lassen sich nach Befunden an Tieren allein nicht vorhersehen. Ein Laborzufall kam dem Forscher zu Hilfe; und durch eine Laune des Schicksals wurde Albert Hofmann zur unfreiwilligen Versuchsperson in einem der faszinierendsten und folgenreichsten Experimente in der Geschichte der Wissenschaften. Als er an der Synthese der neuen Probe arbeitete, kam es beim Reinigen der Kondensationsprodukte zu einer versehentlichen Intoxikation. Das Folgende ist Hofmanns eigene Beschreibung der Wahrnehmungs- und Gefühlsveränderungen, die er daraufhin erlebte (38):

Vergangenen Freitag, 16. April 1943, mußte ich mitten im Nachmittag meine Arbeit im Laboratorium unterbrechen und mich nach Hause begeben, da ich von einer merkwürdigen Unruhe, verbunden mit einem leichten Schwindelgefühl, befallen wurde. Zu Hause legte ich mich nieder und versank in einen nicht unangenehmen rauschartigen Zustand, der sich durch eine äußerst angeregte Phantasie kennzeichnete. Im Dämmerzustand bei geschlossenen Augen (das Tageslicht empfand ich als unangenehm grell) drangen ununterbrochen phantastische Bilder von außerordentlicher Plastizität und mit intensivem, kaleidoskopartigem Farbenspiel auf mich ein. Nach etwa zwei Stunden verflüchtigte sich dieser Zustand. (S. 28)

Nachdem er die normale Bewußtseinsverfassung wiedererlangt hatte, vermutete Hofmann, eine zufällige Intoxikation durch die Substanz, mit der er arbeitete, erlitten zu haben. Unverständlich blieb ihm jedoch, wie das LSD in einer Menge, die solche Erscheinungen hervorrufen konnte, in seinen Körper gelangt sein sollte. Auch die Art der Wirkungen irritierte ihn, denn sie waren ganz anders als die bei Mutterkorn-Vergiftungen auftretenden. Drei Tage später unternahm er einen Selbstversuch mit einer abgemessenen Menge LSD, um seine Vermutungen wissenschaftlich zu prüfen. Vorsichtigerweise nahm er nur 250 Mikrogramm¹ ein, was er nach Maßgabe der bei den anderen Mutterkorn-Alkaloiden üblichen Dosierungen für eine winzige Menge hielt. Er konnte damals nicht wissen, daß er mit der stärksten psychoaktiven Droge experimentierte, die uns Menschen bekannt ist. Die Dosis, die er ohne besondere Vorbereitung und ohne irgendein Wissen von psychedelischen Zuständen einnahm, würde man heute als eine hohe Dosis betrachten; in der LSD-Literatur hat man dies eine »einmalige überwältigende Dosis« genannt. Wird sie in der klinischen Praxis verabreicht, so gehen ihr viele Stunden vorbereitender Psychotherapie voraus, und es bedarf eines geschulten erfahrenen Beisitzers, der allen Komplikationen, die dabei auftreten können, gewachsen ist.

Etwa vierzig Minuten nach der Einnahme bemerkte Hofmann ähnliche Erscheinungen wie beim vorigen Mal. Sein Vorhaben, den Verlauf des Experimentes zu protokollieren, erwies sich bald als unausführbar. Das Folgende ist ein Auszug aus einem Bericht, den er später schrieb (38):

17.00 Beginnender Schwindel, Angstgefühl. Sehstörungen. Lähmungen, Lachreiz.

Die letzten Worte konnte ich nur noch mit großer Mühe niederschreiben ... Ich konnte nur noch mit größter Anstrengung verständlich sprechen und bat meine Laborantin, die über den Selbstversuch orientiert war, mich nach Hause zu begleiten.

Schon auf dem Heimweg mit dem Fahrrad ... nahm mein Zustand bedrohliche Formen an. Alles in meinem Gesichtsfeld schwankte und war verzerrt wie in einem gekrümmten Spiegel. Auch hatte ich das Gefühl, mit dem Fahrrad nicht vom Fleck zu kommen. Indessen sagte mir später meine Assistentin, wir seien sehr schnell gefahren. Schließlich doch noch heil zu Hause angelangt, war ich gerade noch fähig, meine Begleiterin zu bitten, unseren Hausarzt anzurufen ...

Schwindel und Ohnmachtsgefühl wurden zeitweise so stark, daß ich mich nicht mehr aufrecht halten konnte und mich auf ein Sofa hinlegen mußte. Meine Umgebung hatte sich nun in beängstigender Weise verwandelt. Alles im Raum drehte sich, und die vertrauten Gegenstände und Möbelstücke nahmen groteske, meist bedrohliche Formen an. Sie waren in dauernder Bewegung, wie belebt, wie von innerer Unruhe erfüllt. Die Nachbarsfrau, die mir Milch brachte – ich trank im Verlaufe des Abends mehr als zwei Liter – erkannte ich kaum mehr. Das war nicht mehr Frau R., sondern eine bösertige, heimtückische Hexe mit einer farbigen Fratze. Aber schlimmer als diese Verwandlungen der Außenwelt ins Groteske waren die Veränderungen, die ich in mir selbst, an meinem inneren Wesen,

verspürte. Alle Anstrengungen meines Willens, den Zerfall der äußeren Welt und die Auflösung meines Ich aufzuhalten, schienen vergeblich. Ein Dämon war in mich eingedrungen und hatte von meinem Körper, von meinen Sinnen und von meiner Seele Besitz ergriffen. Ich sprang auf und schrie, um mich von ihm zu befreien, sank dann aber wieder machtlos auf das Sofa ... Eine furchtbare Angst, wahnsinnig geworden zu sein, packte mich. Ich war in eine andere Welt geraten, in andere Räume mit anderer Zeit. Mein Körper schien mir gefühllos, leblos, fremd. Lag ich im Sterben? War das der Übergang? Zeitweise glaubte ich außerhalb meines Körpers zu sein und erkannte dann klar, wie ein außenstehender Beobachter, die ganze Tragik meiner Lage ...

Der Höhepunkt meines verzweifelten Zustandes war bereits überschritten, als der Arzt eintraf. Meine Laborantin klärte ihn über meinen Selbstversuch auf, da ich selbst noch nicht fähig war, einen zusammenhängenden Satz zu formulieren. Nachdem ich ihn auf meinen vermeintlich tödlich bedrohten körperlichen Zustand hinzuweisen versucht hatte, schüttelte er ratlos den Kopf, da er außer extrem weiten Pupillen keinerlei abnorme Symptome feststellen konnte. Puls, Blutdruck und Atmung waren normal ...

Jetzt begann ich allmählich, das unerhörte Farben- und Formenspiel zu genießen, das hinter meinen geschlossenen Augen andauerte. Kaleidoskopartig sich verändernd drangen bunte, phantastische Gebilde auf mich ein, in Kreisen und Spiralen sich öffnend und wieder schließend, in Farbfontänen zersprühend, sich neu ordnend und kreuzend, in ständigem Fluß. Besonders merkwürdig war, wie alle akustischen Wahrnehmungen, etwa das Geräusch einer Türklinke oder eines vorbeifahrendes Autos, sich in optische Empfindungen verwandelten. Jeder Laut erzeugte ein in Form und Farbe entsprechendes, lebendig wechselndes Bild. (S. 29-33).

Dies war das erste geplante Experiment mit LSD und es bestätigte nachdrücklich, was Hofmann vermutet hatte: Daß dieser Stoff bewußtseinsverändernd wirkte. Die folgenden Versuche an Freiwilligen aus den Laboratorien von Sandoz erbrachten weitere Bestätigungen.

Einer der nächsten Pioniere in der Geschichte des LSD war der Psychiater W. A. Stoll von der Psychiatrischen Klinik in Zürich, ein Sohn von Hofmanns Vorgesetztem. Er nahm an der neuen Substanz großes Interesse und führte die erste wissenschaftliche Untersuchung mit LSD an Menschen durch, sowohl an normalen freiwilligen Versuchspersonen als auch an schizophrenen Patienten. Die Ergebnisse wurden 1947 veröffentlicht (97). In der Fachwelt machte sein Bericht großen Eindruck und regte zu zahlreichen Laboruntersuchungen und klinischen Studien in vielen Ländern an.

1.2 Frühe Laboruntersuchungen und klinische Studien

Zum großen Teil ging die frühe LSD-Forschung von der Annahme aus, daß es sich beim LSD-Zustand um eine sogenannte »Modell-Psychose« handle. Die unerhörte Stärke dieser Droge, die schon in winzigen Mengen die geistig-seelischen Vorgänge in ansonsten gesunden Personen tiefgreifend verändern konnte, gab den Vermutungen neuen Auftrieb, daß endogene Psychosen, insbesondere Schizophrenie, wesentlich biochemisch bedingt seien. Mehrfach wurde beobachtet, daß eine mikroskopisch kleine Dosis LSD, im Bereich von 25 bis 100 Mikrogramm, schon ausreichte, um Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen hervorzurufen, die den bei manchen Schizophrenen erkennbaren ähnlich waren. Es war denkbar, daß der menschliche Stoffwechsel unter bestimmten Bedingungen solche winzigen Mengen einer dort normalerweise nicht auftretenden Substanz hervorbrächte, die dem LSD ähnlich oder mit ihm identisch wäre. Nach dieser verführerischen Hypothese wären endogene Psychosen wie die Schizophrenie nicht in erster Linie Geistesstörungen, sondern Äußerungen einer Autointoxikation des Organismus und des Gehirns, verursacht durch eine pathologische Veränderung chemischer Vorgänge im Körper. Die Möglichkeit, Symptome der Schizophrenie an normalen Freiwilligen zu simulieren und vielseitige Labor-Tests und Untersuchungen vor, während und nach einer solchen »Modell-Psychose« durchzuführen, schien einen aussichtsreichen Zugang zum Verständnis dieser für die Psychiatrie rätselhaftesten Krankheit zu gewähren.

Viele dieser Untersuchungen zielten in den ersten Jahren nach der Entdeckung des LSD darauf ab, die Hypothese von der »Modell-Psychose« zu beweisen oder zu widerlegen. So stark war deren Einfluß, daß etliche Jahre lang alle LSD-Sitzungen, gleichgültig zu welchem Zweck, als »Experimentalpsychosen« bezeichnet wurden, während man das LSD und ähnliche Substanzen Halluzinogene, Psychotomimetika (die Psychose simulierende Stoffe) oder Psychodysleptika (psychisch verstörend) nannte. Dies wurde erst 1957 berichtet, als Humphrey Osmond, nach einem wechselseitig anregenden Briefwechsel mit Aldous Huxley, den sehr viel treffenderen Terminus »Psychedelika« prägte (die Seele aufschließende Drogen) (74). In diesen Jahren wurde viel Mühe auf die genaue phänomenologische Beschreibung des LSD-Erlebens und die Erfassung der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den psychedelischen Zuständen und der Schizophrenie verwendet. Diese beschreibenden Studien hatten ihr Gegenstück in Untersuchungen, die den Parallelen zwischen beiden Zuständen nachgingen, soweit sie sich durch klinische Messungen, psychologische Tests, elektrophysiologische und biochemische Befunde darstellen ließen. Die Bedeutung, die man diesem Forschungsansatz beimaß, fand Ausdruck in der Zahl der Studien, die Grunddaten über die Wirkungen des LSD auf verschiedene physiologische und biochemische Funktionen, auf einzelne Organe, Gewebskulturen und Enzymsysteme erbrachten. Von besonderem Interesse im Hinblick auf die Hypothese von der »Modell-Psychose« waren die Experimente, die den Antagonismus zwischen dem LSD und verschiedenen anderen Substanzen untersuchten. Die Möglichkeit, den LSD-Zustand durch eine andere Droge zu blockieren, die entweder vor Einnahme des LSD oder zum Zeitpunkt seiner vollen Wirkung verabreicht wurde, erschien als vielversprechender Zugang zur Entdeckung neuer Wege in der Pharmakotherapie der psychischen Störungen. Mehrere biochemische Hypothesen zur Schizophrenie wurden damals formuliert, in denen spezifische Stoffe oder ganze metabolische Zyklen als primäre Ursache dieser Krankheit benannt wurden. Die von Woolley und Shaw geprägte Serotonin-Hypothese (104) fand bei weitem die größte Beachtung. Nach diesem Modell verursacht LSD abnorme psychische Vorgänge durch Interferenz mit dem Überträgerstoff Serotonin (5-Hydroxytryptamin) an den Synapsen. Ein ähnlicher Mechanismus wurde als biochemische Ursache der Schizophrenie angenommen.

Diese reduktionistische und simplifikatorische Auffassung der Schizophrenie wurde mehrfach von Biochemikern und von psychoanalytisch oder phänomenologisch orientierten Klinikern kritisiert und schließlich von den meisten Forschern fallengelassen. Es wurde immer deutlicher, daß der LSD-induzierte Zustand viele Sondereigenschaften hatte, die ihn von der Schizophrenie klar unterschieden. Hinzu kam, daß keiner der biochemischen Mechanismen, welche die Ursache der Schizophrenie sein sollten, durch klinische Befunde und Labordaten unzweideutig als solche nachgewiesen wurde. Obwohl aber die »Modell-Psychosen«-Hypothese die Frage nach der Ätiologie der Schizophrenie nicht beantworten und auch keine wundersame »Retorten«-Kur für diese geheimnisvolle Krankheit anbieten konnte, gab sie doch vielen Forschern starke Impulse und leistete einen entscheidenden Beitrag zur neurophysiologischen und psychopharmakologischen Revolution der 50er und frühen 60er Jahre.

Ein anderes Gebiet, in dem sich die ungewöhnlichen Wirkungen des LSD als äußerst nützlich erwiesen, war das der *Selbstversuche von therapeutischen Fachkräften*. In der Frühzeit der LSD-Forschung wurden didaktisch angeleitete LSD-Erfahrungen als ein unvergleichliches Hilfsmittel bei der Ausbildung von Psychiatern, Psychologen, Medizinstudenten und psychiatrischen Krankenschwestern empfohlen. Die LSD-Sitzungen wurden als kurze, ungefährliche und befristete Aufenthalte in der Welt des Schizophrenen gepriesen. Mehrfach wurde in Büchern und Aufsätzen über LSD behauptet, daß schon eine einzige psychedelische Erfahrung das Verständnis des Lernenden für psychotische Patienten und seine Fähigkeit, sie einfühlsam und erfolgreich zu behandeln, erheblich verbessern könne. Wenn auch die Auffassung von der LSD-Erfahrung als einer »Modell-Psychose« später von den meisten Wissenschaftlern aufgegeben wurde, bleibt es doch eine unbestreitbare Tatsache, daß das Erleben der tiefen psychischen Änderungen, die LSD bewirkt, die Lernerfahrung für alle Kliniker und Theoretiker, die sich mit abnormen Geisteszuständen befassen, von einzigartigem Wert ist.

Die frühen Versuche mit LSD erbrachten außerdem wichtige neue Einblicke in die Natur schöpferischer Vorgänge und halfen, unser Verständnis für die *Psychologie und Psychopathologie der Kunst* zu vertiefen. Für viele Versuchsteilnehmer, ob professionelle Künstler oder Laien, wurde die LSD-Sitzung zu einer tiefen ästhetischen Erfahrung, die ihnen zu einem neuen Verständnis moderner Kunstrichtungen und der Kunst überhaupt verhalf. Maler, Bildhauer und Musiker nahmen besonders gern an LSD-Versuchen teil, weil sie unter dem Einfluß der Droge oft zu höchst außergewöhnlichen, unkonventionellen und reizvollen Arbeiten angeregt wurden. Manchen gelang es, in ihren Werken etwas von der Eigenart der psychedelischen Erfahrung mitzuteilen, die ansonsten einer zulänglichen sprachlichen Beschreibung entzogen bleibt. Der Tag der LSD-Erfahrung wurde oft zu einem deutlich sichtbaren Wendepunkt in der Entwicklung des einzelnen Künstlers.

Ebenso tief war der Einfluß der LSD-Forschung auf die *Psychologie und Psychopathologie der Religion*. Sogar unter den verwickelten, oftmals schwierigen Bedingungen der frühen LSD-Versuche hatten manche Teilnehmer tiefe religiöse und mystische Erlebnisse, die eine auffällige Ähnlichkeit mit jenen zeigten, die in manchen sakralen Texten und in den Schriften der Mystiker, Heiligen, Propheten und religiösen Lehrer aller Zeiten geschildert werden. Die Möglichkeit, solche Erlebnisse mit chemischen Mitteln herbeizuführen, löste eine leidenschaftliche Diskussion über den Wert und die Echtheit dieses »mystischen Schnellverfahrens« aus. Obwohl viele führende Wissenschaftler, Theologen und spirituelle Lehrmeister dieses Thema ausführlich erörtert haben, bleibt die Kontroverse über die »chemisch« induzierte im Vergleich zur »spontanen« Mystik bis auf den heutigen Tag unaufgelöst.

Eine Behandlung der verschiedenen Forschungs- und Anwendungsgebiete für das LSD bliebe unvollständig, erwähnte man nicht auch gewisse systematische Erkundungen seiner negativen Möglichkeiten. Aus naheliegenden Gründen wurde über die Ergebnisse

dieser Studien, die von geheimpolizeilichen und militärischen Stellen vieler Länder durchgeführt werden, nicht systematisch berichtet, und die meisten Informationen gelten als geheim. Themen, die in diesem Zusammenhang untersucht wurden, sind *Hervorlocken von Geständnissen, Eröffnung des Zugangs zu geheimen Informationen, Gehirnwäsche, Hilflosmachen fremder Diplomaten und »gewaltlose« Kriegführung*. Bei Einzelpersonen wird mit diesen destruktiven Techniken versucht, den chemisch induzierten Zusammenbruch der Widerstände und Abwehrmechanismen, die gesteigerte Suggestibilität und Anfälligkeit für Einschüchterung und den intensivierten Übertragungsprozeß auszunützen. Setzt man LSD im Rahmen der chemischen Kriegführung als Massenvernichtungsmittel ein, sind die ungeheure Wirkungsstärke des LSD und sein desorganisierender Einfluß auf das zielstrebige Handeln die entscheidenden Variablen. Als Ausstreuungstechniken für eine solche Kriegführung wurden mancherlei Aerosole und Trinkwasserbeimischung empfohlen. Jedem, der auch nur von fern mit den Wirkungen des LSD vertraut ist, wird diese Art chemischer Kriegführung bei weitem teuflischer erscheinen als jede der konventionellen Methoden. Sie als gewaltlos oder human zu bezeichnen, ist eine grobe Entstellung.

1.3 Therapeutische Versuche mit LSD

Aus unserem Blickwinkel ist das wichtigste Gebiet der LSD-Forschung die experimentelle Therapie mit Hilfe dieser Substanz. Beobachtungen des dramatischen und tiefgreifenden Einflusses, den schon winzige Mengen LSD auf die inneren Vorgänge der Versuchspersonen ausübten, führten zu der naheliegenden Folgerung, daß es sich lohnen könnte, die therapeutischen Möglichkeiten dieser ungewöhnlichen Substanz zu erforschen.

Die Möglichkeit einer therapeutischen Anwendung wurde zuerst 1949 von Condrau (21) vorgeschlagen, schon zwei Jahre, nachdem Stoll in der Schweiz die erste humanwissenschaftliche Untersuchung über das LSD veröffentlicht hatte. Anfang der 50er Jahre empfahlen mehrere Forscher unabhängig voneinander das LSD als ein Hilfsmittel der Psychotherapie, das den therapeutischen Prozeß vertiefen und intensivieren könne. Die Pioniere dieser Arbeitsweise waren Busch und Johnson (17) und Abramson (1, 2) in den Vereinigten Staaten, Sandison, Spencer und Whitelaw (91) in England und Frederking (28) in der Bundesrepublik Deutschland.

Ihre Berichte weckten viel Aufmerksamkeit und regten Psychiater in mehreren Ländern zu eigenen Experimenten und Behandlungsversuchen an. Viele der in den nächsten fünfzehn Jahren veröffentlichten Berichte bestätigten die anfänglichen Behauptungen, daß LSD den psychotherapeutischen Prozeß beschleunigen und die bei vielen emotionalen Störungen erforderliche Behandlungszeit verkürzen könne. Damit wurde LSD zu einem potentiell wertvollen Hilfsmittel im Rüstzeug der Psychiatrie. Außerdem erschienen immer mehr Untersuchungen, die besagten, daß für die LSD-gestützte Psychotherapie auch manche Kategorien von Psychiatrie-Patienten zugänglich seien, bei denen normalerweise eine Psychoanalyse oder eine beliebige andere Psychotherapie als wenig aussichtsreich galt. Viele einzelne Forscher und Therapeutengruppen berichteten von mehr oder weniger großen Behandlungserfolgen bei Alkoholikern, Narkotika-Süchtigen, Soziopathen, kriminellen Psychopathen und Personen mit verschiedenen Charakterstörungen und sexuellen Abirrungen. Anfang der 60er Jahre wurde ein neues und fesselndes Gebiet für die LSD-Psychotherapie entdeckt: die Pflege von Patienten, die an Krebs und anderen unheilbaren Krankheiten sterben. Untersuchungen an einzelnen Sterbenden sprachen dafür, daß LSD nicht nur eine Linderung ihres emotionalen Leidens und physischen Schmerzes bewirken, sondern auch die Auffassung vom Tod und die Haltung zum Sterben deutlich verändern könne.

Seit Erscheinen der ersten klinischen Anwendungsberichte über LSD ist auf die Untersuchung seiner therapeutischen Möglichkeiten viel Zeit und Mühe verwendet worden, und Hunderte von Aufsätzen wurden über die verschiedenen Typen von LSD-Therapie veröffentlicht. Bei vielen Psychopharmakologen-, Psychiater- und Psychotherapeuten tagungen fanden gesonderte Sitzungen über LSD-Behandlung statt. In Europa führten die zunächst isolierten Bemühungen einzelner LSD-Forscher zu dem Versuch, ein homogenes Organisationsgefüge zu schaffen. LSD-Therapeuten aus einer Anzahl europäischer Länder schlossen sich zur *Europäischen Medizinischen Gesellschaft für Psycholytische Therapie* zusammen, und die Mitglieder hielten regelmäßig Tagungen ab, die sich mit der Anwendung psychedelischer Drogen in der Psychotherapie befaßten. Diese Organisation formulierte auch Bedingungen und Kriterien für die Auswahl und Ausbildung künftiger LSD-Therapeuten. Das Gegenstück zu diesem Verband war in den Vereinigten Staaten und Kanada die *Association for Psychedelic Therapy*. In diesem Jahrzehnt des höchsten Interesses an der LSD-Forschung wurden mehrere internationale Fachtagungen veranstaltet, um den Austausch von Erfahrungen, Beobachtungen und theoretischen Konzepten auf diesem Gebiet zu fördern (Princeton 1959; Göttingen 1960; London 1961; Amityville 1965; Amsterdam 1967; Bad Nauheim 1968).

Die Bestrebungen, LSD für die Therapie psychischer Störungen einzusetzen, umspannen nun eine Periode von fast drei Jahrzehnten. Es würde über die Absichten dieses Buches hinausführen, wollte man all die spezifischen Beiträge zu diesem einzigartigen Kapitel in der Geschichte der psychiatrischen Behandlung darstellen oder allen Einzelnen, die diesen Forschungsweg beschritten haben, die gebührende Beachtung zollen. Die Geschichte der LSD-Therapie war eine Abfolge von Versuchen und Irrtümern. Vielerlei Methoden einer therapeutischen Anwendung des LSD sind im Laufe dieser dreißig Jahre entwickelt und erprobt worden. Ansätze, die nicht die erwartete Wirkung hatten oder in späteren Untersuchungen keine Bestätigung fanden, wurden aufgegeben; was aussichtsreich erschien, wurde von anderen Therapeuten übernommen, weiterentwickelt oder abgewandelt. Statt diesen komplizierten Vorgang durch alle Stadien hindurch zu verfolgen, will ich versuchen, manche Grundtendenzen zu skizzieren und die wichtigsten therapeutischen Gedanken und Konzepte anzugeben. Dreißig Jahre LSD-Forschung reichen aus, klinische Beobachtungen anzusammeln und Untersuchungsergebnisse zu prüfen. Wir können daher versuchen, die klinische Erfahrung auf diesem Gebiet kritisch zu sichten, den heutigen Stand des Wissens über den Wert des LSD als therapeutisches Hilfsmittel in der Psychiatrie zusammenzufassen und die sichersten und wirksamsten Techniken seiner Anwendung zu beschreiben.

Verschiedene Vorschläge zur therapeutischen Anwendung des LSD gingen aus von den spezifischen Aspekten seiner Wirkung. Die Häufigkeit von Euphorien in LSD-Sitzungen mit normalen freiwilligen Versuchsteilnehmern deutete auf die Möglichkeit hin, daß diese Droge bei der Behandlung depressiver Störungen nützlich sein könnte. Die tiefgreifende, oftmals schockartige Wirkung des LSD sowohl auf die psychischen wie auf die physischen Funktionen schien zu besagen, daß es ähnliche therapeutische Möglichkeiten bieten konnte wie Elektroschocks, Insulin-Behandlung oder andere Formen der Heilkrampftherapie. Diese Auffassung stützte sich auf Beobachtungen dramatischer Änderungen in der klinischen Symptomatologie und der Persönlichkeitsstruktur mancher Versuchspersonen nach Verabreichung einer einzigen Dosis LSD. Ein anderer Aspekt der LSD-Wirkung, der als therapeutisch vielversprechend erschien, war die außerordentliche Fähigkeit dieser Droge, ein intensives emotionales Abreagieren zu begünstigen. Der therapeutische Erfolg von Abreaktions-Techniken wie Hypnoanalyse und Narkoanalyse bei der Behandlung von Kriegsneurosen und traumatischen Gefühlsneurosen regte dazu an, diese Eigenschaft des LSD näher zu untersuchen. Eine weitere interessante Anwendungsmöglichkeit beruhte auf dem aktivierenden oder »provokatorischen« Effekt des LSD. Die Droge kann verfestigte chronische und stationäre klinische

Gegebenheiten, die durch nur einige wenige hartnäckig unbeeinflussbare Symptome gekennzeichnet sind, intensivieren und in Bewegung bringen; und es wurde vermutet, daß eine solche chemisch induzierte Aktivierung diese sogenannten oligosymptomatischen Zustände für die herkömmlichen Behandlungsmethoden zugänglicher machen könnte. Bei weitem die wichtigste Anwendung des LSD war seine Verbindung mit den Einzel- oder Gruppenpsychotherapien verschiedener Orientierungen. Seine Nützlichkeit beruht auf einer sehr vorteilhaften Kombination seiner verschiedenen Wirkungsaspekte. LSD-Psychotherapie scheint alle die Mechanismen zu verstärken, die sich auch in den nicht-medikamentösen Therapien auswirken, und bringt außerdem einige neue, starke Mechanismen psychischer Änderung ins Spiel, die von der herkömmlichen Psychiatrie bisher weder berücksichtigt noch erklärt wurden.

In den folgenden Abschnitten will ich die wichtigsten Bereiche therapeutischen Experimentierens mit LSD beschreiben, die dort angewandten spezifischen Techniken und Behandlungskonzepte angeben und ihre empirischen oder theoretischen Grundlagen erörtern. Insbesondere will ich versuchen zu beurteilen, wie gut die einzelnen Methoden der Prüfung dem Zahn der Zeit standgehalten haben.

1.4 Untersuchungen über die chemotherapeutischen Eigenschaften des LSD

Die in diesem Abschnitt zu behandelnden Ansätze gehen von unterschiedlichen klinischen Beobachtungen und theoretischen Prämissen aus; ihr gemeinsamer Nenner ist, daß sie LSD ausschließlich als ein chemotherapeutisches Agens betrachten, das allein aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften bestimmte heilsame Wirkungen ausübt. Den Urhebern dieser Techniken war die Bedeutung außerpharmakologischer Faktoren entweder unbekannt oder sie zogen daraus keinen vorsätzlichen Nutzen. Wenn im Rahmen dieser Behandlungen überhaupt eine Psychotherapie erfolgte, war sie nur unterstützend und von der oberflächlichsten Art, ohne jede organische Verknüpfung mit dem LSD-Erlebnis.

1.4.1 Studien zur euphorisierenden und antidepressiven Wirkung des LSD

Als Condrau (21) die Anwendung des LSD gegen Depressionen empfahl, weil es bei manchen Personen eine euphorisierende Wirkung hatte, hielt er sich an das Vorbild der Opium-Behandlung. Er verabreichte kleine, allmählich gesteigerte Tagesdosen LSD an depressive Patienten und erwartete eine Linderung der Depressionen und positive Stimmungsänderungen. Nach Condraus Bericht waren die Ergebnisse nicht überzeugend, und die beobachteten Änderungen überschritten nicht das Maß der gewöhnlichen spontanen Umschwünge. Er stellte außerdem fest, daß die Einnahme von LSD gewöhnlich eher zu einer Vertiefung der vorherigen Stimmung als zu einer anhaltenden Euphorie führte.

Ähnliche Ergebnisse wurden von anderen Autoren berichtet, die entweder nach Condraus Vorbild Tagesdosen an depressive Patienten verabreichten oder vereinzelt mittlere Dosen ausgaben, in der Absicht, die Depression zu zerstreuen. Über negative oder unschlüssige klinische Erfahrungen berichteten Becker (8), Anderson und Rawnsley (3), Roubíček und Srnec (89) und andere.

Im großen und ganzen rechtfertigten die Ergebnisse dieser Form von LSD-Therapie keine Fortsetzung der Untersuchungen in der gleichen Richtung. Die klinischen Studien besagten deutlich, daß LSD *per se* keine zuverlässige pharmakologische Wirkung auf die Depression hatte, die sich therapeutisch hätte nutzen lassen, und dieses Verfahren wurde aufgegeben.

1.4.2 Schockauslösende Eigenschaften des LSD und seine Wirkung auf die Persönlichkeitsstruktur

In der Frühzeit der LSD-Forschung vertraten mehrere Autoren die Ansicht, daß das aufwühlende Erlebnis, das durch LSD induziert werde, auf manche Patienten eine positive Wirkung haben könne, ähnlich wie eine Krampfbehandlung nach Methoden wie denen des Elektroschocks, des Insulin-Komas, des Kardiazol- und Acetylcholinschocks. Ab und zu wurde von unerwarteten und dramatischen klinischen Besserungen bei Psychiatrie-Patienten nach einer einzigen LSD-Sitzung berichtet. Solche Beobachtungen wurden mitgeteilt in Aufsätzen von Stoll (97), Becker (8), Benedetti (10), Belsanti (9) und von Giberti, Gregoretti und Boeri (30).

Außerdem schienen immer mehr Berichte dafür zu sprechen, daß manchmal schon eine einzige LSD-Dosis einen tiefen Einfluß auf die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, seine Werthierarchie, seine Grundeinstellungen und seinen ganzen Lebensstil ausüben könne. Die Änderungen waren so dramatisch, daß man sie mit psychischen Bekehrungen² verglich. Vielen LSD-Forschern, die Ähnliches beobachteten, wurde der mögliche therapeutische Wert solcher Wandlungserlebnisse bewußt. Das größte Hindernis für ihre systematische Nutzung zu therapeutischen Zwecken war die Tatsache, daß sie meist in elementarer Form auftraten, ohne erkennbare Regelmäßigkeiten und oft zur Überraschung sowohl des Patienten wie des Therapeuten. Da man nicht wußte, von welchen Variablen diese Reaktionen determiniert seien, waren therapeutische Wandlungen dieser Art nicht leicht wiederholbar. Es war jedoch diese Kategorie von Beobachtungen, mit systematischen Versuchen ähnliche Erlebnisse in besser steuerbarer und vorhersagbarer Weise zu induzieren, die schließlich zur Entwicklung einer wichtigen Behandlungsmodalität führte, der sogenannten psychedelischen Therapie. Die Prinzipien dieses therapeutischen Verfahrens sind später zu erörtern.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß LSD ohne Zweifel bei Patienten oder Versuchsteilnehmern einen tiefen emotionalen oder vegetativen Schock bewirken kann. Der Schockeffekt ist jedoch eher verwirrend und verstörend als therapeutisch, wenn er nicht in einer bestimmten Rahmensituation mit vielseitiger psychologischer Stützung und nach sorgfältiger Vorbereitung eintritt. Der Vorgang einer Bekehrung ist allzu elementar, unvorhersagbar und unzuverlässig, um *per se* als therapeutisches Wirkprinzip dienen zu können.

1.4.3 Therapeutische Nutzung des Abreaktions-Effektes

Viele Beobachtungen der frühen LSD-Forschung besagten deutlich, daß diese Droge das Nacherleben emotional folgenreicher Episoden aus dem Säuglings- und Kindesalter oder aus dem späteren Leben begünstigt. Waren diese Reminiszenen traumatisch, so kam es vorher und gleichzeitig mit ihnen zu einer Katharsis und starkem emotionalen Abreagieren. Es schien daher nur logisch, das LSD daraufhin zu untersuchen, ob es sich als Mittel in der Abreaktionstherapie gebrauchen ließe, ähnlich wie man früher bei gleicher Indikation Äther, kurzzeitig wirkende Barbiturate oder Amphetamine verordnet hatte.

Historisch und theoretisch betrachtet läßt sich der Mechanismus des Abreagierens bis zu den ersten Konzepten von Freud und Breuer (29) zurückverfolgen. Ihnen zufolge bewirkt die unzulängliche emotionale und motorische Reaktion eines Patienten auf ein früheres traumatisches Erlebnis eine »Einklemmung« des Affekts. Der eingeklemmte Affekt liefert später die Energie für neurotische Symptome. Die Behandlung besteht nun darin, die traumatisierende Erinnerung unter Bedingungen nachzuerleben, unter denen diese emotionale Energie nachträglich zu Peripherie hin umgelenkt werden und dort über perzeptive, emotionale und motorische Kanäle abgeführt werden kann. Unter prakti-

schem Aspekt erwies sich die Abreaktions-Methode als besonders nützlich bei der Behandlung hysterischer Konversionen, wie sie vielfach in Gefechtssituationen auftraten.

Kaum ein LSD-Therapeut wird bezweifeln, daß LSD in hervorragender Weise ein Abreagieren begünstigt. Es wäre jedoch eine zu starke Vereinfachung, die LSD-Behandlung nur als Abreaktions-Therapie aufzufassen. Klar nachgewiesen wurde dies in einer kontrollierten Untersuchung von Robinson (86). Nach heutiger Ansicht ist Abreagieren zwar eine wichtige Komponente der LSD-Psychotherapie, aber doch nur einer von vielen therapeutischen Faktoren, die aus der komplexen Wirkung dieser Droge resultieren.

1.4.4 Aktivierungseffekt des LSD auf chronische und verfestigte Symptome

Diese Auffassung ging von der klinischen Erfahrung aus, daß LSD auf manifeste und latente psychopathologische Symptome eine mobilisierende und intensivierende Wirkung ausübt. Der Österreicher F. Jost (41) entwickelte daher das theoretische Prinzip einer Aktivierungs- oder »Provokationstherapie«, die er auch praktisch erprobte. Sein Konzept beruhte auf klinischen Beobachtungen, die ein interessantes Verhältnis zwischen Art und Verlauf des psychotischen Prozesses einerseits und der Krankheitsprognose andererseits aufzeigten. Es ist eine bekannte klinische Tatsache, daß Episoden von akuter Schizophrenie mit dramatisch bunter und vielseitiger Symptomatologie eine sehr gute Prognose haben. Sie enden oft von selbst, und die Therapie dieser Störungen ist gewöhnlich sehr erfolgreich. Hingegen haben schizophrene Zustände mit undeutlichem und schleichendem Einsatz, einigen wenigen stagnierenden, hartnäckigen Symptomen und stationärem Verlauf die schlechteste Prognose und sprechen auf die herkömmlichen Behandlungsformen sehr wenig an.

Nachdem er eine große Anzahl psychotischer Episoden auf ihre Verlaufsbahnen hin untersucht hatte, kam Jost zu dem Ergebnis, daß es möglich ist, im natürlichen Verlauf der Psychose einen bestimmten Kulminationspunkt zu finden, jenseits dessen die Krankheit zur Spontanheilung tendiert. In der Schizophrenie ist dieser Kulminationspunkt gewöhnlich durch halluzinatorische Erlebnisse von Tod oder Vernichtung, körperlichem Verfall, Rückbildung oder Verwandlung gekennzeichnet. Auf diese negativen Sequenzen folgen dann Phantasien oder Erlebnisse einer Wiedergeburt.

Die Annahme eines solchen Kulminationspunktes im Spontanverlauf der Krankheit könnte, so vermutete Jost, manche irritierenden Beobachtungen bei der Elektroschock-Therapie erklären. Da diese den spontanen Verlauf der Krankheit auf ihrer vorgezeichneten Bahn zu beschleunigen scheint, macht es einen großen Unterschied aus, zu welchem Zeitpunkt man sie anwendet. Werden Elektroschocks verabfolgt, ehe die Psychose den Kulminationspunkt erreicht hat, so kommt es zu dramatischen Erscheinungen und zur Intensivierung der klinischen Symptome. Werden sie nach Erreichen des Kulminationspunktes verabfolgt, so führt dies zur raschen Beruhigung des Patienten und zum Rückgang der Symptome.

In ihrem praktischen Verfahren wollten Jost und Vicari (42) den spontanen Verlauf der Krankheit durch eine Kombination chemischer und elektrophysiologischer Mittel beschleunigen, welche die autonomen Heilkräfte und Heilprozesse im Organismus mobilisieren könnten. Sie verabreichten LSD, und wenn unter seinem Einfluß der klinische Zustand aktiviert wurde, wendeten sie die Elektrokrampfbehandlung an. Die Autoren berichteten von einer erheblichen Verkürzung der schizophrenen Episoden, von einer zahlenmäßigen Verringerung der bis zur klinischen Besserung erforderlichen Elektroschocks und von einer oftmals gründlicheren Heilung.

Nach einem ähnlichen Prinzip verfuhr Sandison und Whitelaw (92), zwei britische Pioniere der LSD-Forschung: Auch sie wendeten eine herkömmliche Behandlungstech-

nik an bei Patienten, deren klinischer Zustand durch LSD aktiviert worden war. Statt des Elektroschocks nahmen sie jedoch den Beruhigungseffekt des Chlorpromazins (Thorazin) zu Hilfe. In ihrer Untersuchung erhielten psychotische Patienten aus verschiedenen diagnostischen Kategorien LSD und dann zwei Stunden später eine intramuskuläre Injektion des Beruhigungsmittels. Obwohl die Resultate vielversprechend zu sein schienen, gaben die Autoren selbst später den Gedanken auf, daß die Chlorpromazin-Injektion bei diesem Verfahren positiven Einfluß gehabt habe.

Allgemein hat der Gedanke einer Provokationstherapie mit LSD in der klinischen Praxis keine weitere Verbreitung gefunden und ist auf die genannten Versuche beschränkt geblieben. Josts theoretische Überlegungen enthalten jedoch mehrere interessante Ideen, die sich als sehr fruchtbar erweisen können, wenn man sie schöpferisch und auf dynamischere Weise anwendet. Sein Grundprinzip, verfestigte Symptome durch LSD zu aktivieren, läßt sich im Zusammenhang intensiver Psychotherapie anwenden; eine einzige LSD-Sitzung kann oft die Stagnation in einem langwierigen psychotherapeutischen Prozeß überwinden helfen. Auch Josts Annahme, der psychotische Prozeß habe eine vorgezeichnete Verlaufsbahn und es sei nützlich, diesen Verlauf zu beschleunigen, befindet sich in grundsätzlicher Übereinstimmung mit manchen modernen Auffassungen der Schizophrenie, wie sie in den Schriften von R. D. Laing (52), John Perry (80), Julian Silverman (94, 95) und Maurice Rappaport (84) vertreten werden. Ebenso ergibt Josts Feststellung eines Kulminationspunktes und der besonderen Erlebnisse, die während dieses Umbruchs im schizophrenen Prozeß auftreten, einen neuen Sinn, wenn man sie im Zusammenhang dynamischer Muster im Unbewußten, statt im Hinblick auf Josts mechanisches Modell betrachtet. Wir werden diese Frage eingehender in bezug auf die perinatalen Matrizen und die therapeutische Bedeutung des Erlebnisses vom Tod und der Wiedergeburt des Ich behandeln.

1.5 LSD-unterstützte Psychotherapie

Wie in unserem bisherigen Bericht über die therapeutischen Versuche schon deutlich wurde, haben die Bemühungen, die rein pharmakologischen Eigenschaften des LSD auszunützen, keine positiven Resultate erbracht. Die Vorstellung vom LSD als einem schlicht chemotherapeutischen Wirkstoff ist von allen seriösen Forschern auf diesem Gebiet fallengelassen worden. Der Einsatz von LSD als Aktivierungsmittel im Sinne von Jost und Vicari hat in die klinische Praxis keinen Eingang gefunden, zumindest nicht in der ursprünglich vorgesehenen, mechanischen Form. Der Abreaktions-Effekt des LSD wird zwar hoch eingeschätzt, gilt aber gemeinhin nur als einer von vielen Faktoren, die sich in der LSD-Therapie auswirken. Der Schockeffekt des LSD kann für sich genommen nicht als therapeutisch betrachtet werden; wenn er nicht in eine besonders strukturierte Situation eingebunden ist, wird er mehr schaden als nützen. Daß LSD die Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer Bekehrung beeinflussen kann, ist eine gesicherte klinische Tatsache; doch tritt diese Folge bei unstrukturierter LSD-Verabreichung nur selten, unvorhersagbar und in erratischer Weise ein. Eine besondere Vorbereitung, eine therapeutische Vertrauensbeziehung, psychologische Unterstützung und eine angemessen strukturierte Situation sind notwendig, um diesen Aspekt der LSD-Wirkung therapeutisch nutzbar zu machen.

Heute scheint unter LSD-Therapeuten allgemeine Übereinstimmung darüber zu bestehen, daß die therapeutischen Ergebnisse von LSD-Sitzungen wesentlich von Faktoren nicht-pharmakologischer Art abhängen (außerpharmakologische Variablen). Die Droge selbst gilt nur als Katalysator, der die unbewußten Vorgänge in relativ unspezifischer Weise aktiviert. Ob das Auftauchen unbewußten Materials therapeutisch oder schädlich wirkt, hängt nicht einfach vom biochemischen und physiologischen Einfluß des LSD ab, sondern von einer Reihe Variablen, die mit der Droge nichts zu tun haben: von der

Persönlichkeitsstruktur des Patienten; von seinem Verhältnis zum Leiter, Beisitzer oder anderen Anwesenden; von der Art und dem Ausmaß individueller psychologischer Hilfe; von dem Erwartungsrahmen und der Situation des psychedelischen Erlebens. Alle Verfahren, die LSD einfach als einen neuen chemotherapeutischen Wirkstoff einsetzen wollen, müssen daher im großen und ganzen erfolglos bleiben. Das soll nicht heißen, daß eine LSD-Erfahrung nicht auch dann nützlich sein könnte, wenn die Droge in einer unstrukturierten Situation eingenommen wird. Die außerpharmakologischen Faktoren haben jedoch so starken Einfluß auf die Sitzung und ihr Ergebnis, daß man einen hinlänglichen und anhaltenden therapeutischen Erfolg nicht erwarten kann, wo diese Faktoren nicht zur Genüge erkannt und kontrolliert werden. Der optimale Einsatz des LSD zu therapeutischen Zwecken sollte also immer im Rahmen eines vielseitigen psychotherapeutischen Programms erfolgen; ein solches Vorgehen bietet die größten therapeutischen Möglichkeiten. In dieser Hinsicht erscheint das LSD als ganz außerordentlich leistungsfähig. Es vermag den psychotherapeutischen Prozeß unvergleichlich viel stärker zu vertiefen, zu intensivieren und zu beschleunigen als jede andere in Begleitung von Psychotherapie verordnete Droge, ausgenommen vielleicht manche anderen Substanzen aus der psychedelischen Gruppe wie etwa Psilocybin, Meskalin, Ibogain, MDA (Methylendioxy-Amphetamin) oder DPT (Dipropyltryptamin).

In der Fachliteratur hat die Verbindung von LSD mit verschiedenen Formen von Psychotherapie vielerlei Namen bekommen: Psycholyse (Sandison), psychedelische Therapie (Osmond), Symbolyse (van Rhijn), Hebesynthese (Abramson), Lyserganalyse (Giberti und Gregoretti), Oneiroanalyse (Delay), LSD-Analyse (Martin und McCrick), transintegrative Therapie (MacLean), hypnodelische Behandlung (Levine und Ludwig) und Psychosynthese (Roquet). Zwischen den einzelnen Psychotherapeuten, die LSD verwenden, bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der verabreichten Dosen, der Frequenz und Gesamtzahl der psychedelischen Sitzungen, der Art und Intensität der psychotherapeutischen Arbeit und mancher Besonderheiten der Rahmensituation.

Angesichts all dieser Unterschiede und Eigenheiten müßte man, um die Geschichte der LSD-Psychotherapie umfassend darzustellen, alle diese einzelnen Therapeuten oder Therapeutengruppen gesondert behandeln. Ein wenig vereinfachend kann man aber gewisse Grundformen der LSD-Verwendung in der Psychotherapie unterscheiden. Diese Modalitäten lassen sich in zwei Hauptkategorien einteilen, je nachdem, wieviel Bedeutung der Wirkung der Droge selbst beigemessen wird. Zur ersten Kategorie gehören diejenigen Verfahren, bei denen der Akzent auf der systematischen psychotherapeutischen Arbeit liegt; LSD dient hier zur Verstärkung des therapeutischen Prozesses oder zur Überwindung von Widerständen, Hemmungen oder Perioden der Stagnation. Die Verfahren in der zweiten Kategorie sind gekennzeichnet durch einen viel stärkeren Akzent auf den spezifischen Aspekten des Drogeneinflusses; Psychotherapie dient hier nur dazu, die Teilnehmer auf die Drogensitzungen vorzubereiten, ihnen während des Erlebnisses Rückhalt zu geben und ihnen das auftauchende Material verarbeiten zu helfen.

1.5.1 Erleichterung des psychotherapeutischen Prozesses durch die Verabreichung von LSD

Im Laufe der Jahre therapeutischen Experimentierens kam es zu mehreren systematischen Versuchen, mit Hilfe kleiner Dosen LSD die Dynamik von Einzel- oder Gruppenpsychotherapien zu steigern. Allgemein scheinen die Nachteile dieses Vorgehens die möglichen Vorteile zu überwiegen. Die Beschränkung auf kleine Dosen erspart nicht viel Zeit, da sie weniger die Dauer der Drogenwirkung abkürzt als vielmehr deren Tiefe und Intensität vermindert.

Auch sind die Risiken bei kleinen Dosen für Psychiatrie-Patienten nicht notwendig geringer als bei hoher Dosierung. Vorteilhafter ist es, in den Verlauf systematischer und

langfristiger Psychotherapien zu Zeiten, in denen wenig therapeutische Fortschritte stattfinden, gelegentlich LSD-Sitzungen mit mittlerer oder hoher Dosierung einzuschieben. Im folgenden wollen wir jede der genannten Vorgehensweisen kurz beschreiben.

1.5.1.1 Intensive Psychotherapie mit LSD in schwacher Dosierung

Bei dieser Behandlungsmodalität nehmen die Patienten am systematischen Verlauf einer langfristigen Psychotherapie teil und stehen bei allen Sitzungen unter Einfluß einer kleinen Dosis LSD, im Bereich zwischen 25 und 50 Mikrogramm. Der Akzent liegt eindeutig auf der Psychotherapie, und LSD dient nur zur Intensivierung und Vertiefung der sich dabei normalerweise vollziehenden psychodynamischen Prozesse. Unter diesen Umständen werden die Abwehrmechanismen geschwächt, die psychischen Widerstände vermindert, und die Zugänglichkeit verdrängter Erinnerungen wird stark vergrößert. Typischerweise intensiviert das LSD auch die Übertragungsbeziehung in allen ihren Aspekten und macht es dem Therapeuten wie dem Patienten leicht, die Natur der ablaufenden Prozesse klar zu verstehen. Unter dem Einfluß der Droge sind die Patienten gewöhnlich eher bereit, verdrängtes Material zu beachten und die Existenz tiefer Triebstreben und innerer Konflikte anzuerkennen. Alle Situationen in diesen LSD-Sitzungen werden mit entsprechend modifizierten Techniken der dynamischen Psychotherapie behandelt. Der Inhalt des Drogenerlebnisses wird etwa auf die gleiche Weise bearbeitet und gedeutet wie manifeste Trauminhalte in regulärer nichtmedikamentöser Psychotherapie. Bisher wurde dieses Verfahren meistens in Verbindung mit psychoanalytisch orientierter Psychotherapie angewandt, obwohl es theoretisch und praktisch auch mit vielen anderen Techniken verträglich ist, etwa mit der Jungschen Analyse, der Bioenergetik und anderen neo-reichianischen Therapien oder der Gestalttherapie.

1.5.1.2 Gruppenpsychotherapie mit LSD in schwacher Dosierung

Bei dieser Behandlungsmodalität stehen alle Teilnehmer an einer Gruppenpsychotherapie-Sitzung, die Leiter ausgenommen, unter dem Einfluß einer kleinen Dosis LSD. Der Grundgedanke ist, daß die Aktivierung der individuellen dynamischen Prozesse zu einer tieferen und wirksameren Gruppendynamik führen werde. Die Ergebnisse dieses Verfahrens waren nicht sehr ermutigend. Geordnete und einheitliche Gruppenarbeit ist gewöhnlich nur mit kleinen LSD-Dosen möglich, von denen die Gruppenmitglieder psychisch nicht sehr tief berührt werden. Bei höherer Dosierung verläuft die Gruppendynamik in Richtung des Gruppenzerfalls: Es wird immer schwieriger, die Gruppe zu geordelter und abgestimmter Arbeit zu bewegen. Jeder Teilnehmer erlebt die Sitzung auf seine ganz persönliche Weise, und den meisten fällt es schwer, das individuelle Erleben den Erfordernissen des Gruppenzusammenhalts zu opfern.

Eine Alternativform zu den psychedelischen Gruppenerlebnissen, die *vielleicht* sehr produktiv sein kann, wären rituelle Zusammenkünfte, wie wir sie von manchen Naturvölkern kennen: die Peyote-Sitzungen der amerikanischen Eingeborenen-Kirche oder der Huichol-Indianer, die Yajé-Zeremonien der Amahuaca- und der Jivaro-Indianer Südamerikas, der Verzehr der heiligen Pilze (*Psilocybe mexicana*) bei den Mazateken zu Zwecken des Heilens und Weihens, oder die Ibogain-Riten mancher Stämme in Gabun und den angrenzenden Teilen des Kongo. Hier wird die Ebene des Kognitiven und der verbalen Interaktion typischerweise überschritten, und der Gruppenzusammenhalt wird durch nicht-verbale Mittel wie gemeinsames Rasseln oder Trommeln, Gesänge oder Tänze erreicht.

Nach einigen frühen Versuchen, eine herkömmliche Gruppentherapie durchzuführen, bei der alle Teilnehmer unter starkem LSD-Einfluß standen, wurde dieses Verfahren bald aufgegeben. Gedankenaustausch in einer Gruppe oder Kontakte mit anderen Patienten können jedoch in der Endphase einer individuellen LSD-Therapie eine sehr nützliche und fruchtbare Erfahrung sein. Besonders beim Durcharbeiten mancher Restprobleme aus der Drogensitzung kann die Hilfe einer Gruppe von Menschen, die nicht un-

ter Drogeneinfluß stehen, sehr nützlich sein. Auch eine Verbindung mit den neuen erfahrungsorientierten Techniken, wie sie für die Begegnungsgruppen entwickelt wurden, kann in diesem Zusammenhang von großem Wert sein. Eine weitere nützliche Methode ist die Verbindung von Einzelsitzungen unter LSD-Einfluß mit anschließender Analyse und Besprechung des Materials in Gruppensitzungen ohne Drogeneinfluß, unter Mitwirkung aller, die auch an dem LSD-Programm teilnehmen.

1.5.1.3 Vereinzelte LSD-Sitzungen in intensiver Psychotherapie

Dieses Vorgehen bedeutet regelmäßige, systematische und langfristige Psychotherapie, bei der ab und zu eine LSD-Sitzung eingeschoben wird. Die Dosierung liegt dabei im mittleren oder hohen Bereich, meist zwischen 100 und 300 Mikrogramm. Ziel dieser psychedelischen Sitzungen ist die Überwindung toter Punkte in der Psychotherapie, die Intensivierung und Beschleunigung des therapeutischen Prozesses, die Verringerung von Widerständen und die Gewinnung neuen Materials für die spätere Analyse. Eine einzige zur rechten Zeit eingeschaltete LSD-Sitzung kann erheblich dazu beitragen, daß ein besseres Verständnis für die Symptome des Klienten, für die Dynamik seiner Persönlichkeit und die Art der Übertragungsprobleme gewonnen wird. Die aufschlußreiche Konfrontation mit dem eigenen Unbewußten, das Erinnern und Nacherleben verdrängter lebensgeschichtlicher Ereignisse, die Äußerung wichtiger symbolischer Themen und die Intensivierung der therapeutischen Beziehung, die oft schon aus einer einzigen LSD-Sitzung resultieren, können der weiteren Psychotherapie starken Auftrieb geben.

1.5.2 Techniken der LSD-Therapie

Obwohl Psychotherapie bei den Verfahren dieser Kategorie eine sehr wichtige Komponente ist, liegt hier der Hauptakzent auf den Besonderheiten des Drogenerlebnisses. Die angewandten psychotherapeutischen Techniken werden so modifiziert und auf die Eigenart des LSD-Zustandes abgestimmt, daß sie mit dem psychedelischen Prozeß eine organische Einheit bilden.

1.5.2.1 Psycholytische Therapie mit LSD

Der Ausdruck *psycholytisch* wurde von Ronald A. Sandison geprägt, einem britischen Pionier der LSD-Forschung. Die Wortwurzel *-lytisch* (von griech. *lysis* = Auflösung) bezieht sich auf den Vorgang der Entbindung von Spannungen, der Auflösung seelischer Konflikte. *Psycholyse* ist nicht zu verwechseln mit *Psychoanalyse* (Analyse der Psyche). Die psycholytische Methode bedeutet theoretisch wie auch in der klinischen Praxis eine Ausweitung und Modifikation der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Dabei wird LSD in ein- bis zweiwöchigen Abständen verordnet, gewöhnlich in einer Dosierung zwischen 75 und 300 Mikrogramm. Die Zahl der Drogensitzungen in einer psycholytischen Therapie ist unterschiedlich, je nach Art des klinischen Problems und der therapeutischen Ziele; sie schwankt zwischen 15 und 100, mit dem Durchschnitt etwa bei 40. Obwohl zwischen den Sitzungen regelmäßig auch Besprechungen ohne Drogeneinfluß stattfinden, liegt der Akzent eindeutig auf den Vorgängen in den LSD-Sitzungen.

Diese Sitzungen finden in einem halbdunklen, stillen und geschmackvoll möblierten Raum statt, in dem man sich zu Hause fühlen kann. Zu der Zeit, in der die Sitzung kulminiert, ist der Therapeut gewöhnlich mehrere Stunden lang anwesend; er gibt, wenn nötig, Hilfestellung und spezifische Deutungen. Während der übrigen Stunden ist der Patient allein, kann aber, wenn er den Wunsch verspürt, nach dem Therapeuten oder der Schwester läuten. In manchen dieser Programme leisten dem Patienten in der Schlußphase der Sitzung ein oder mehrere Mitpatienten Gesellschaft; oder der Patient kann sich mit dem Personal oder anderen Klienten unterhalten.

Alle Phänomene, die in den LSD-Sitzungen oder im Zusammenhang mit der LSD-Therapie auftauchen, werden nach den Prinzipien und Techniken dynamischer Psychotherapie behandelt und gedeutet. Bestimmte Sondereigenschaften der LSD-Reaktion machen jedoch Abwandlungen der üblichen Techniken erforderlich. Dazu gehören größere Aktivität seitens des Therapeuten, Hilfs- und Pflegedienste (z.B. bei Erbrechen, Husten-anfällen, Blasendruck, verstärkter Speichel- oder Schleimabsonderung), direkterer Kontakt mit gelegentlichen körperlichen Berührungen und Hilfeleistungen, psychodramatisches Eingehen auf das Erleben des Patienten und mehr Toleranz für agierendes Verhalten. Das psycholytische Verfahren wird dadurch den modifizierten psychoanalytischen Techniken ähnlich, die in der Psychotherapie für schizophrene Patienten angewandt werden. Es wird nötig, die orthodox-analytische Situation aufzugeben, wo der Patient auf der Couch liegt und seine freien Assoziationen mitteilen soll, während der Analytiker von seinem Sessel her distanziert zuhört und ab und zu eine Deutung anbietet. Auch in der psycholytischen Therapie wird der Patient aufgefordert, liegenzubleiben, und zwar mit geschlossenen Augen. LSD-Patienten werden jedoch manchmal für lange Zeit stumm bleiben oder im Gegenteil schreien und unartikulierte Laute ausstoßen; es kann sein, daß sie sich unruhig herumwerfen, sich aufsetzen, hinknien, dem Therapeuten den Kopf in den Schoß legen, im Zimmer umhergehen oder sogar sich am Boden wälzen. Sehr viel mehr vertraulich persönliche Anteilnahme ist erforderlich, und oft erfordert die Behandlung echte menschliche Hilfe.

In einer psycholytischen Therapie werden die gewöhnlichen therapeutischen Mechanismen noch in viel höherem Maße verstärkt als in der einzelnen LSD-Sitzung. Ein neues und besonderes Element ist das sukzessive, komplexe und systematische Nach- oder Wiedererleben traumatischer Kindheitsszenen, das mit emotionalem Abreagieren, wertvollen Einsichten und rationaler Verarbeitung verbunden ist.³ Die therapeutische Beziehung wird gewöhnlich stark intensiviert, und die Analyse der Übertragungsphänomene wird zu einem wesentlichen Teil des Behandlungsvorgangs.

Der Preis, den die psycholytische Therapie für ihre Verankerung in der Freudschen Psychoanalyse hat entrichten müssen, bestand in Streit und Verwirrung über die spirituellen und mystischen Dimensionen der LSD-Therapie. Diejenigen psycholytischen Therapeuten, die sich streng an das Freudsche Gedankengebäude halten, versuchen meist, ihre Patienten von der Sphäre der transzendentalen Erlebnisse abzuschrecken, indem sie diese Erlebnisse entweder als Flucht vor dem relevanten psychodynamischen Material deuten oder aber sie als schizophren bezeichnen. Andere Therapeuten haben das psychoanalytische System als unvollständig und einengend erkannt und sind für ein erweitertes Modell des menschlichen Geistes aufgeschlossener geworden. Dieser Streit über die Deutung transpersonaler Erfahrungen in der LSD-Therapie und über die Haltung zu solchen Erfahrungen ist nicht nur von akademischem Interesse. In Verbindung mit den transzendentalen Zuständen können große therapeutische Wandlungen auftreten; und ob man solche Erlebnisse fördert oder verhindert, kann daher sehr handfeste praktische Folgen haben.

Typische Vertreter des psycholytischen Vorgehens sind Sandison, Spencer und Whitelaw, Buckman, Ling und Blair in England; Arendsen-Hein und van Rhijn in den Niederlanden; Johnsen in Norwegen; Hausner, Tautermann, Dytrych und Sobotkiewiczová in der Tschechoslowakei. Diese Vorgehensweise wurde in Europa entwickelt und ist eher für die europäischen LSD-Therapeuten charakteristisch. In den Vereinigten Staaten wendet die psycholytische Therapie heute als einziger Kenneth Godfrey vom Veterans Administration Hospital in Topeka (Kansas) an. In der Vergangenheit haben auch Eisner und Cohen, Chandler und Hartman und andere nach dieser Methode gearbeitet.

1.5.2.2 Psychedelische Therapie mit LSD

Dieses Verfahren unterscheidet sich von dem vorgenannten in vielen wichtigen Punkten. Es entwickelte sich aus der Beobachtung dramatischer klinischer Besserungen und tiefer Persönlichkeitswandlungen bei LSD-Patienten, deren Sitzungen einen deutlich religiösen oder mystischen Akzent hatten. Historisch geht es auf die Entwicklung eines einmaligen LSD-Behandlungsprogramms für Alkoholiker zurück, das zu Anfang der 50er Jahre von Hoffer und Osmond in Saskatchewan (Kanada) durchgeführt wurde. Sie hatten sich von einer vermeintlichen Ähnlichkeit zwischen dem LSD-Rausch und dem Delirium tremens anregen lassen, von der Ditman und Whittlesey (23) in den Vereinigten Staaten berichtet hatten. Hoffer und Osmond verknüpften diese Beobachtung mit der klinischen Erfahrung, daß viele chronische Alkoholiker nach der niederschmetternden Erfahrung des Delirium tremens das Trinken aufgeben. Ihr Programm bestand anfangs darin, Alkoholikern LSD zu geben, mit der Absicht, sie durch die grauenvolle Erfahrung eines simulierten Delirium tremens vom weiteren Trinken abzuschrecken. Paradoxerweise schienen jedoch gerade die zutiefst positiven Erlebnisse in den LSD-Sitzungen mit guten therapeutischen Ergebnissen zu korrelieren. Aufgrund dieses unerwarteten Befundes schufen Hoffer und Osmond in Zusammenarbeit mit Hubbard die Grundzüge der psychedelischen Behandlungsmethode.

Hauptzweck der psychedelischen Therapie ist es, optimale Bedingungen dafür zu schaffen, daß der Teilnehmer den Tod seines Ich und darauf den Übergang zum sogenannten psychedelischen Gipfelerlebnis vollziehen kann. Es ist dies ein ekstatischer Zustand, gekennzeichnet durch eine Entgrenzung zwischen dem Subjekt und der objektiven Welt und einem daran anknüpfenden Gefühl des Einsseins mit anderen Menschen, mit der Natur, Gott und dem Weltall.⁴ In den meisten Fällen ist dieses Erlebnis inhaltsleer, aber von Gesichtseindrücken begleitet: ein strahlend weißes oder goldenes Licht, Regenspektrumspektren oder zierliche Muster, die an Pfauenfedern erinnern. Es kann jedoch auch mit archetypisch-figurativen Visionen von Gottheiten oder mythischen Gestalten aus verschiedenen Kulturen begleitet sein. Die Teilnehmer an LSD-Sitzungen machen über diesen Zustand je nach Bildungshintergrund und geistiger Orientierung unterschiedliche Angaben. Sie sprechen von kosmischem Einssein, von der *unio mystica*, dem *mysterium tremendum*, vom kosmischen Bewußtsein, Einssein mit Gott oder der Einheit Atma-Brahman, von Samadhi, Satori, Mokscha oder der Sphärenharmonie.

Verschiedene Varianten der psychedelischen Therapie versuchen mit je anderen Kombinationen von Elementen die Wahrscheinlichkeit, daß das psychedelische Gipfelerlebnis in den LSD-Sitzungen auftritt, zu steigern. Der eigentlichen Sitzung geht meist eine Zeit drogenfreier Vorbereitung voraus, die das Erreichen des Gipfelerlebnisses erleichtern soll. Dabei erkundet der Therapeut die Lebensgeschichte des Patienten, hilft ihm, seine Symptome zu verstehen und konzentriert sich insbesondere auf diejenigen Persönlichkeitsfaktoren, die das Erreichen des psychedelischen Gipfelerlebnisses wesentlich behindern könnten. Ein wichtiges Moment der Vorbereitung ist, daß der Therapeut explizit und implizit auf die Entfaltungschancen des Patienten hinweist und ihn dazu ermutigt, nach den positiven Kraftquellen seiner Persönlichkeit zu suchen. Anders als gewöhnliche Psychotherapie, die sich meist auf eine detaillierte Erkundung der Psychopathologie einläßt, versucht psychedelische Therapie, den Patienten von der Präokkupation mit pathologischen Erscheinungen abzubringen, seien dies nun klinische Symptome oder fehlangepaßte Formen zwischenpersönlichen Verhaltens. In ihr gilt das Interesse im allgemeinen weit mehr dem Überschreiten oder »Transzendieren« der Psychopathologie als ihrer Analyse.

Manchmal werden Patienten sogar unverblümt darin beraten und angeleitet, wie sie sich zweckmäßiger verhalten könnten. Dies ist etwas ganz anderes als die undisziplinierten und beliebigen Ratschläge zu Lebenssituationen, vor denen psychoanalytisch orientierte Therapeuten so nachdrücklich warnen. Es werden keine spezifischen Lösungsvorschlä-

ge zu wichtigen Lebensproblemen gemacht: ob man heiraten oder sich scheiden lassen soll, ob man ein außereheliches Verhältnis eingehen soll, ob man abtreiben will, ob man Kinder möchte oder nicht, ob man eine Stellung annehmen oder kündigen soll. Psychedelische Beratung bewegt sich auf der Ebene allgemeiner Daseinsbewältigung, einer Lebensphilosophie und Werthierarchie. Besprochen werden können zum Beispiel die relative Bedeutung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft; der weise Grundsatz, daß man seine Befriedigung aus den immer vorhandenen gewöhnlichen Dingen des Lebens ziehen sollte; oder die Absurdität übersteigerten Ehrgeizes und der Bedürfnisse, sich selbst und anderen etwas vormachen zu wollen. Praktisch leiten sich diese allgemeinen Richtlinien in der psychedelischen Beratung von beobachteten spezifischen Änderungen einzelner Personen her, die erfolgreich auf diese Weise behandelt wurden. Sie stellen eine bejahende Lebensauffassung dar, die mit dem Nichtauftreten klinischer Symptome, mit allgemeinem Wohlbefinden und einem Gefühl der Lebensfreude verbunden zu sein scheint. Obwohl die psychedelische Philosophie und Lebensauffassung sich ganz unabhängig entwickelt haben, scheinen manche ihrer Prinzipien doch eng verwandt mit Abraham Maslows Bild vom sich selbst verwirklichenden Menschen und seiner Theorie der Metawerte und Metamotivationen (64). Ein anderer wichtiger Aspekt dieser Besprechungen in der Vorbereitungsphase sind Erkundigungen nach den philosophischen und religiösen Überzeugungen des Einzelnen. Diese sind um so nötiger, als es in psychedelischen Sitzungen oft um philosophische und spirituelle Fragen geht.

Das letzte Gespräch vor der Drogenerfahrung beschäftigt sich gewöhnlich mit methodischen Einzelheiten in bezug auf die psychedelische Sitzung. Der Therapeut beschreibt die Art der Drogenwirkung und das Spektrum der Erlebnisse, die sie auslösen könnte. Besonders betont wird die Notwendigkeit der vollkommenen Unterwerfung unter die Drogenwirkung und der psychischen Hingabe an das Erlebnis.

Großen Wert legt die psychedelische Therapie auf ästhetisch interessante Rahmenbedingungen und eine reizvolle Umgebung. Die LSD-Sitzungen finden in wäherisch möblierten Zimmern statt, die mit Blumen, Bildern, Plastiken und ausgesuchten Kunstgegenständen geschmückt sind. Wo es möglich ist, werden natürliche Elemente hervorgehoben. Am besten sollte die Behandlungseinrichtung am Meer gelegen sein, in der Nähe eines Sees, Gebirges oder Waldgebiets, denn in der Endphase der Sitzungen wird es zu einem wichtigen Moment des psychedelischen Vorgehens, einen Eindruck von Naturschönheiten zu vermitteln. Wo dies nicht möglich ist, werden Beispiele für den Schöpfungsreichtum der Natur ins Behandlungszimmer geholt: schöne Topfpflanzen und frischgeschnittene Blumen, Sammlungen bunter Mineralien von interessanten Formen, exotische Muscheln oder Fotos, die eine verlockende Szenerie zeigen. Frische und getrocknete Früchte, vielerlei Nüsse, rohes Gemüse und andere natürliche Nahrungsmittel gehören im Rüstzeug des psychedelischen Therapeuten zu den Grundbeständen, ebenso Weihrauch und starkduftende Gewürzkräuter; diese geben Gelegenheit, auch den Geruchs- und Geschmackssinn an der Wiederentdeckung der Natur teilnehmen zu lassen. Eine sehr wichtige Rolle spielt bei dieser Behandlungsmodalität die Musik; ein guter Stereo-Plattenspieler, ein Tonbandgerät, mehrere Garnituren Kopfhörer und eine gute Platten- und Bändersammlung gehören zur Grundeinrichtung der Behandlungsräume. Die Auswahl der Musik ist von größter Bedeutung, sowohl in allgemeiner Hinsicht als auch im Hinblick auf die einzelnen Stadien der Sitzungen oder bestimmte Erlebnisabfolgen.

Die Dosierung des LSD ist bei diesem Vorgehen sehr hoch, zwischen 300 und 1500 Mikrogramm. Im Gegensatz zur psycholytischen Therapie, die eine längere Reihe von LSD-Sitzungen vorsieht, kommt die psychedelische Therapie meistens mit einer einzigen Sitzung (bei hoher Dosis) aus oder benötigt allenfalls zwei oder drei. Man hat dies treffend als die »einmalige überwältigende Dosis« bezeichnet. In der Sitzung wird den Patienten angeraten, während der ganzen Zeit, in der die Droge am stärksten wirkt, lie-

genzubleiben, Augenklappen und Kopfhörer aufzusetzen und die stereophonische Musik anzuhören. Vom verbalen Kontakt wird allgemein abgeraten; und verschiedene Formen nichtverbaler Kommunikation erhalten den Vorzug, wann immer es nötig scheint, Bestätigungen zu geben.

Der Inhalt der psychedelischen Sitzungen hat oft einen deutlich archetypischen Akzent und bedient sich der besonderen Symbolik mancher antiken und vorindustriellen Kulturen. Manche psychedelischen Therapeuten nehmen daher gern Elemente aus der Kunst des Fernen Ostens oder der Naturvölker in die Innendekoration der Behandlungsräume hinein. Die in dieser Weise verwendeten Kunstgegenstände reichen von Skulpturen, Gemälden und Mandalas aus Indien und der buddhistischen Kultur, präkolumbianischer Keramik und ägyptischen Statuetten bis hin zu afrikanischer Stammeskunst und polynesischen Idolen. Manche extremen Vertreter dieser Auffassung verbrennen bei der LSD-Therapie Weihrauch und Räucherstäbchen, handhaben rituelle Objekte aus spezifischen religiösen Traditionen oder verlesen Abschnitte aus den heiligen Büchern des Altertums wie dem I GING oder dem TIBETANISCHEN TOTENBUCH (54). Die systematische Verwendung universeller Symbole ist auch als ein Teil der situativen Bedingungen für psychedelische Sitzungen angegeben worden.

Psychodynamischen Themen wird beim psychedelischen Vorgehen nicht viel Beachtung geschenkt, wenn sie sich nicht geradezu aufdrängen und ein Behandlungsproblem darstellen. Die Entwicklung von Übertragungsphänomenen wird im allgemeinen ausdrücklich abgelehnt oder stillschweigend behindert; schon die Beschränkung des visuellen Kontakts durch die Augenklappen, die die meiste Zeit über getragen werden, hilft das Auftreten schwerer Übertragungsprobleme erheblich verringern. Der therapeutische Faktor, dem die höchste Bedeutung beigemessen wird, ist das psychedelische Gipfelerlebnis, das sich gewöhnlich in der Abfolge von Tod und Wiedergeburt vollzieht, mit anschließenden Gefühlen kosmischen Einsseins. Unter den Theoretikern der psychedelischen Therapie hat bisher keiner eine allgemeine Theorie formuliert, die alle auftretenden Phänomene erklären und sich auf klinische und experimentelle Befunde stützen könnte. Was es an Erklärungen gibt, bedient sich der Begriffe und Termini religiöser und mystischer Systeme oder beruft sich allgemein auf die Wirkungsweise religiöser Bekehrungserlebnisse. Manche Autoren, die eine physiochemische oder neurophysiologische Deutung versucht haben, sind in ihren Überlegungen nur bis zu sehr allgemeinen und abstrakten Konzepten gelangt. Dazu gehören etwa Erklärungen, die besagen, daß LSD durch Aktivierung der Streß-Mechanismen im Organismus den Vorgang des Verlernens und Neulernens begünstige oder daß die therapeutische Wirkung des LSD auf chemischer Reizung der Lustzentren in bestimmten archaischen Teilen des Hirns beruhe. Dieses Fehlen eines allgemeinen theoretischen Systems macht einen wichtigen Unterschied zur psycholytischen Therapie aus, denn diese stützt sich in Theorie und Praxis auf die Systeme der verschiedenen psychodynamischen Schulen.

In Europa hat die psychedelische Therapie niemals viele Anhänger gefunden, und mit wenigen Ausnahmen sind ihr die europäischen Therapeuten nicht einmal mit Duldung begegnet. Ihre Anwendung blieb weitgehend auf den nordamerikanischen Kontinent beschränkt, auf dem sie entstanden ist. Ihre geachtetsten Vertreter in Kanada sind Hoffer, Osmond und Hubbard, Smith, Chwelos, Blewett, MacLean und McDonald. In den Vereinigten Staaten waren die Anfänge der psychedelischen Therapie mit den Namen Sherwood, Harman und Stolaroff, Fadiman, Mogar und Allen, Leary, Alpert und Metzner, Ditman, Hayman und Whittlesey verbunden. In den letzten vierzehn Jahren hat eine Gruppe von Psychiatern und Psychologen in Catonsville (Maryland) systematisch die Möglichkeiten psychedelischer Therapie bei der Behandlung verschiedener psychopathologischer Probleme, bei der Ausbildung psychiatrischer Fachkräfte und in der Pflege von Krebspatienten im Endstadium untersucht. Dieses Forschungsprogramm, das zuerst in der Forschungsabteilung des Spring Grove State Hospital und seit 1969 am Maryland

Psychiatric Research Center in Catonsville durchgeführt wurde, stand unter der Leitung von Dr. med. Albert A. Kurland. Die Prinzipien, nach denen die psychedelische Therapie dieser Gruppe verfährt, und der methodische Ansatz zu ihrer klinischen Beurteilung waren von Sanford Unger formuliert worden. Andere Therapeuten und Wissenschaftler in dieser Gruppe waren Cimonetti, Bonny, Leihy, DiLeo, Lobell, McCabe, Pahnke, Richards, Rush, Savage, Schiffman, Soskin, Wolf, Yensen und Grof.

Allgemein scheint die psychedelische Therapie am wirksamsten in der Behandlung von Alkoholikern, Narkotika-Süchtigen, depressiven Patienten und Menschen, die an Krebs sterben. Bei Patienten mit Psychoneurosen, psychosomatischen Störungen und Charakterneurosen lassen sich größere therapeutische Änderungen gewöhnlich nicht ohne systematisches Durcharbeiten der verschiedenen Problembereiche in einer Folge von LSD-Sitzungen erzielen.

1.5.2.3 Anaklitische Therapie mit LSD (LSD-Analyse)

Der Ausdruck »anaklitisch« (von griech. *anaklinein* = sich anlehnen) bezeichnet manche frühkindlichen Bedürfnisse und Bestrebungen, die sich auf ein pränatales Liebesobjekt richten. Diese Methode wurde von den beiden Londoner Psychoanalytikerinnen Joyce Martin (62) und Pauline McCrick (68) entwickelt. Sie beruht auf klinischen Beobachtungen einer tiefen Regression in LSD-Sitzungen mit Psychiatrie-Patienten. In diesen Sitzungen werden von vielen Patienten Episoden frühkindlicher Frustration und Gefühlsdeprivation nacherlebt. Dies ist typischerweise mit einem quälenden Verlangen nach Liebe und Körperkontakt und mit anderen Triebwünschen verbunden, die auf einer sehr primitiven Stufe erlebt werden.

Die Technik der von Martin und McCrick angewandten LSD-Therapie beruhte auf der psychoanalytischen Auffassung und Deutung aller Situationen und Erlebnisse, die sich in den Drogensitzungen einstellten, und kommt insofern den psycholytischen Verfahren sehr nahe. Das Moment, in dem sich diese Therapie von allen anderen unterschied, war die direkte Befriedigung der anaklitischen Bedürfnisse. Im Gegensatz zu der distanzierten Haltung, wie sie für die Psychoanalyse und die psycholytische Behandlung charakteristisch ist, übernahmen Martin und McCrick eine aktiv bemutternde Rolle und ließen sich auf engen körperlichen Kontakt mit den Patienten ein, um ihnen bei der Befriedigung der durch die Droge neugeweckten primitiv-infantilen Wünsche behilflich zu sein.

Zu den oberflächlicheren Aspekten dieser Behandlung gehört, daß die Therapeutin den Patienten in die Arme nimmt und ihm warme Milch aus einem Fläschchen gibt, ihn streichelt, besänftigt, tätschelt, wiegt und seinen Kopf auf den Schoß nimmt. Das Extrem einer psychodramatischen Beteiligung des Therapeuten ist wohl die sogenannte »Fusionstechnik«, die im vollen Körperkontakt mit dem Klienten besteht. Der Patient liegt auf der Couch unter einer Decke, und die Therapeutin liegt neben ihm (oder neben ihr), umarmt ihn, meist in Nachahmung der sanften, tröstenden Bewegungen einer Mutter, die ihr Kind streichelt.

Die subjektiven Angaben der Patienten über diese Perioden der »Verschmelzung« mit der Therapeutin sind ganz beachtlich. Sie beschreiben echte Gefühle symbiotischer Einheit mit dem Bild einer nährenden Mutter, die sie gleichzeitig als die »gute Brust« und den »guten Schoß« erleben. In diesem Zustand kann sich der Patient als Säugling fühlen, dem an der Mutterbrust Liebe und Nahrung zuteil werden, und zugleich als vollkommen identisch mit dem Fötus im ozeanischen Paradies des Mutterleibes. Derselbe Zustand kann auch archetypische Dimensionen und Elemente einer mystischen Verzückung einbegreifen, und die eben geschilderte Situation wird dann als Berührung mit der Großen Mutter oder der Mutter Natur empfunden. Nicht selten treten in der tiefsten Form einer solchen Erfahrung auch Gefühle des Einsseins mit dem ganzen Kosmos oder dem höchsten Prinzip aller Schöpfung, mit Gott, auf.

Die Fusionstechnik scheint ein wichtiges Bindeglied zwischen der psychodynamischen, biographischen Stufe des LSD-Erlebens und den transzendentalen Bewußtseinszuständen darzustellen. Patienten berichten aus der anaklitischen Therapie, daß während des nährenden Kontaktes mit dem Mutterbild die Milch »geradewegs aus der Milchstraße« zu kommen schien. Im imaginären Nacherleben des plazentaren Kreislaufs kann das lebenspendende Blut als eine sakramentale Kommunion nicht nur mit dem stofflichen Organismus, sondern auch mit dessen göttlichem Ursprung empfunden werden. Mehrfach wurden diese Situationen der »Fusion« mit all ihren psychischen und spirituellen Verästelungen als eine Erfüllung der tiefsten Bedürfnisse in der Menschennatur und als äußerst heilsame Erfahrungen beschrieben. Manche Patienten meinten, diese Technik biete die Möglichkeit rückwirkenden Eingreifens in ihre klägliche Kindheit. Wenn die traumatischen frühen Szenen aus der Kindheit mit Hilfe der »psychedelischen Zeitmaschine« in all ihrer Relevanz und Komplexität nachgespielt werden, kann die Herzlichkeit und liebevolle Fürsorge der Therapeutin das von Deprivation und Frustration hinterlassene Vakuum füllen.

Die Dosierung des LSD liegt bei dieser Behandlungstechnik zwischen 100 und 200 Mikrogramm, manchmal mit zusätzlicher Verabreichung von Ritalin in den späteren Stunden der Sitzung. Martin und McCrerrick berichteten von guten und relativ schnell erzielten Heilerfolgen bei Patienten mit schweren Neurosen oder bei psychotischen Borderline-Patienten, die in der Kindheit starke Gefühlsdeprivationen erlitten hatten. Die Aufsätze, die von den beiden Therapeutinnen bei wissenschaftlichen Tagungen vorgelegt wurden, und ein Film, der die anaklitische Technik dokumentierte, weckten unter den LSD-Therapeuten gewaltiges Interesse und riefen ausgiebige und heftige Kontroversen hervor. Die Reaktionen der Kollegen auf diese Behandlungsmodalität reichten von Bewunderung und Begeisterung bis zur totalen Verdammung. Da sich die Kritik der psychoanalytisch orientierten Therapeuten zumeist um die Verletzung des psychoanalytischen Berührungstabus und um die möglichen nachteiligen Folgen der Fusionstechnik für die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen drehte, ist es interessant, die Antwort der Autorinnen auf diesen ernstzunehmenden Einwand wiederzugeben.

Martin und McCrerrick schienen der Auffassung zu sein, daß sie mit den Übertragungsbeziehungen sehr viel mehr Schwierigkeiten gehabt hatten, *bevor* sie mit der Fusions-technik zu arbeiten begannen. Was in der herkömmlichen therapeutischen Beziehung, so meinten sie, die Übertragung schüre und aufrechterhalte, sei gerade das Ausbleiben der Erfüllung. Die traumatischen Urszenen würden in der therapeutischen Beziehung immer wieder nachgespielt, und der Patient erlebe im wesentlichen nur Wiederholungen der alten schmerzlichen Zurückweisungen. Würden die anaklitischen Bedürfnisse in dem durch die Droge herbeigeführten Zustande tiefer Regression befriedigt, so wären die Patienten nachher fähig, sich emotional von der Therapeutin zu lösen und sich angemesseneren Objekten im wirklichen Leben zuzuwenden.

Diese Situation hat eine Parallele in der frühen Entwicklungsgeschichte des Individuums. Denjenigen Kindern, so glauben Martin und McCrerrick, die als Säuglinge von ihren Eltern gut versorgt und in ihren emotionalen Bedürfnissen befriedigt wurden, fällt es relativ leicht, die Affektbindungen zur Familie aufzugeben und sich zu selbständigen Wesen zu entwickeln. Hingegen werden diejenigen, die in der Kindheit emotionale Versagungen und Enttäuschungen erlitten haben, sich als Erwachsene oftmals in symbiotischen Beziehungsmustern verfangen, in zerstörerischer und selbstzerstörerischer Anklammerung und in lebenslangen Problemen der Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Entscheidend ist es nach Martin und McCrerrick, daß in der anaklitischen Therapie die Fusionstechnik nur während der Perioden tiefer Regression angewendet wird und daß das Erlebnis streng auf die prägenitale Ebene beschränkt bleibt. Die Technik darf nicht in den Endphasen der Sitzungen angewendet werden, in denen die anaklitischen Elemente leicht in Sexualverhalten von Erwachsenen übergehen könnten.

Weite Verbreitung hat die anaklitische Technik nie gefunden; ihre Anwendung schien eng an die einmaligen persönlichen Eigenschaften der beiden Urheberinnen gebunden. Den meisten anderen Therapeuten, besonders Männern, bereitete der Gedanke, sich auf die Intimität einer solchen Fusion mit den Klienten einlassen zu müssen, allzu viel Unbehagen und emotionale Schwierigkeiten. Die Bedeutung körperlichen Kontakts in der LSD-Psychotherapie ist jedoch unbestreitbar, und viele Therapeuten bedienen sich ganz gewohnheitsmäßig mancher weniger intensiver Formen der Berührung.

1.5.2.4 Hypnodelische Therapie

Der Name dieser Behandlungstechnik ist aus den Wörtern »Hypnose« und »psychedelisch« zusammengesetzt. Die Konzeption der hypnodelischen Therapie wurde von Levine und Ludwig (58) entwickelt, in dem Bestreben, die aufdeckende Wirkung des LSD mit der Kraft der hypnotischen Suggestion zu einem organischen Ganzen zu verbinden. In ihrem Verfahren diente die hypnotische Technik dem Zweck, den Patienten durch die Drogenenerlebnisse hindurchzulenken und den Inhalt und Verlauf der LSD-Sitzung zu beeinflussen.

Das Verhältnis zwischen Hypnose und LSD-Reaktion ist sehr interessant und bedarf einer kurzen Kennzeichnung. Fogel und Hoffer (27) berichteten, daß es ihnen gelang, den LSD-Wirkungen durch einen hypnotischen Auftrag entgegenzuwirken und umgekehrt zu einem späteren Zeitpunkt typische LSD-Phänomene bei einem Versuchsteilnehmer hervorzurufen, der an diesem Tag die Droge nicht eingenommen hatte. Tart (100) führte ein faszinierendes Experiment mit »wechselseitiger Hypnose« durch, bei dem zwei Personen, die beide sowohl als Hypnotiseure wie auch als Medien geschult waren, sich gegenseitig durch Hypnose in eine immer tiefere Trance versetzten. Von einem gewissen Punkt an reagierten sie nicht mehr auf Tarts Aufträge und traten gemeinsam eine verwickelte innere »Reise« an, die viele Ähnlichkeiten zu den psychedelischen Zuständen aufwies.

Bei Levines und Ludwigs hypnodelischer Behandlung diente das erste Therapiegespräch zur Exploration der klinischen Symptome, der aktuellen Lebenssituation und der Lebensgeschichte. Anschließend wurde der Patient zum Hypnose-Medium geschult; als Hauptmethode zum Herbeiführen der Trance diente Blickfixierung auf einen hohen Punkt. Zehn Tage später führte der Psychiater eine psychedelische Sitzung mit 125 bis 200 Mikrogramm LSD durch. Während der Latenzperiode, die bei oraler Einnahme des LSD gewöhnlich 30 bis 40 Minuten dauert, wurde der Patient hypnotisch beeinflusst, so daß er sich, wenn die Wirkung einsetzte, meist schon in einem Trance-Zustand befand. Wegen der Ähnlichkeit zwischen den LSD-Erlebnissen und den Phänomenen der Hypnose ist der Übergang aus der hypnotischen Trance in den LSD-Zustand im allgemeinen relativ glatt. Während der Kulminationszeit der LSD-Sitzung versuchten die Psychiater sowohl die Drogenwirkung wie auch den hypnotischen Rapport zum Patienten für therapeutische Zwecke zu nutzen. Sie halfen ihm beim Durcharbeiten wichtiger Problem-bereiche, ermutigten ihn zur Überwindung von Widerständen und psychischen Abwehrmechanismen, lenkten sein Augenmerk auf bedeutsame Kindheitserinnerungen und förderten Katharsis und Abreagieren. Gegen Ende der Sitzung erhielt der Patient den posthypnotischen Auftrag, sich an alle Einzelheiten der Sitzung zu erinnern und weiterhin über die in ihr aufgetauchten Probleme nachzudenken. Für den Rest des Sitzungstages war ihm ein besonderer, isolierter Aufenthaltsraum zugewiesen.

Levine und Ludwig untersuchten die Wirksamkeit der hypnodelischen Technik bei Narkotika-Süchtigen und Alkoholikern. Nach ihrem ersten Bericht erwies sich die Kombination von LSD-Einfluß und Hypnose wirksamer als jede dieser beiden Komponenten für sich allein genommen.

1.5.2.5 Kollektive LSD-Psychotherapie

Dies ist eine LSD-Therapie *en masse*, bei der sich die Patienten während der Sitzung, gewöhnlich mit einer mittleren oder hohen Dosis LSD, in Gesellschaft mehrerer Mitpatienten befinden, die an dem gleichen psychedelischen Behandlungsprogramm teilnehmen. Der grundlegende Unterschied zwischen diesem Verfahren und der schon beschriebenen LSD-gestützten Gruppenpsychotherapie ist die Unterlassung jedes Versuchs, mit der Gruppe als ganzer während der Wirkungszeit der Droge koordiniert zu arbeiten. Der wichtigste Grund für die gleichzeitige Verabreichung der Droge an eine größere Anzahl Personen ist die Zeitersparnis für die Therapeutengruppe. Obwohl sich die Patienten im gleichen Raum befinden, erlebt doch jeder die Sitzung im wesentlichen für sich, mit nur gelegentlichen, unstrukturierten Begegnungen und Interaktionen von rudimentärem Charakter. Gewöhnlich läuft ein Standardprogramm mit Stereomusik für die ganze Gruppe, aber über Kopfhörer-Anschlüsse können auch verschiedene Programme angeboten werden. Manchmal sind Lichtbilder mit emotional bedeutsamem oder provokativem Material, ästhetisch reizvolle Bilder oder Mandalas integrierende Bestandteile des Behandlungsprogramms für den Sitzungstag. Der Therapeut und seine Helfer führen eine kollektive Aufsicht; individuelle Zuwendung erfolgt nur, wenn unbedingt nötig. Am Tag nach der Drogensitzung oder später können die einzelnen Teilnehmer ihre Erfahrungen gewöhnlich mit den anderen besprechen.

Dieses Verfahren hat Vor- und Nachteile. Die Möglichkeit, mehrere Patienten gleichzeitig zu behandeln, ist ökonomisch gesehen wichtig und könnte in Zukunft die Antwort auf das ungünstige Zahlenverhältnis zwischen Fachpersonal und Patienten in der Psychiatrie darstellen. Andererseits könnte der Mangel an einfühlsamer individueller Hilfe bedeuten, daß diese Behandlung wenig bewirkt und kaum zum Durcharbeiten besonders schwieriger persönlicher Problembereiche hinführen wird. Außerdem besteht in einer solchen kollektiven Situation die Gefahr psychischer Ansteckung; Panikreaktionen, aggressives Verhalten und lautes Abreagieren Einzelner können das Erleben der Mitpatienten negativ beeinflussen. Wird das Gruppenverfahren jedoch in sensibler Weise mit Einzelbehandlung, wo sie nötig ist, kombiniert, so können seine Vorteile die Nachteile überwiegen.

Das bekannteste Behandlungsprogramm dieser Art war eine multidimensionale Form psychedelischer Psychotherapie, die von Salvador Roquet (87) entwickelt wurde, einem mexikanischen Psychiater und Begründer der Albert-Schweitzer-Gesellschaft in Mexico City. Sein therapeutisches Programm verdient in diesem Zusammenhang eine eingehendere Behandlung, obwohl dabei außer LSD auch andere pflanzliche Stoffe Verwendung fanden. Als ausgebildeter Psychoanalytiker, der zugleich mit den traditionellen Heilpraktiken und Heilzeremonien verschiedener Indianergruppen Mexikos vertraut war, schuf Roquet ein neues Verfahren der Therapie mit psychedelischen Drogen, das er Psychosynthese nannte. Es ist nicht zu verwechseln mit der Theorie und Praxis des eigenständigen psychotherapeutischen Systems, das von Roberto Assagioli in Italien entwickelt wurde und das ebenfalls Psychosynthese heißt. Diese letztere ist ein strikt drogenfreies Verfahren, das allerdings mit der psychedelischen Therapie einen starken transpersonalen Akzent gemein hat. Roquet führte seine Therapie mit Gruppen von zehn bis achtundzwanzig Patienten verschiedenen Alters und Geschlechts durch. Die Mitglieder wurden sorgfältig so ausgewählt, daß jede Gruppe nach Alter, Geschlecht, klinischen Problemen, der verabreichten psychedelischen Droge und der bereits in Behandlung verbrachten Zeit so heterogen wie möglich wurde. In jeder Gruppe gab es Neulinge, deren Therapie eben erst anfang, und andere, die in der Mitte und kurz vor dem Abschluß ihrer Behandlung standen. Ein wichtiges Ziel bei der Auswahl war das Angebot eines breiten Spektrums geeigneter Figuren für Projektionen und imaginäre Rollen. Verschiedene Mitglieder einer solchen heterogenen Gruppe konnten so Vater-, Mutter- oder Autoritätsfiguren darstellen, als Geschwisterersatz oder Sexualobjekte dienen.

Nach dem Vorbild indianischer Rituale fanden die Drogensitzungen bei Nacht statt. Alle Teilnehmer kamen in einem großen Raum zu einer Gruppendiskussion zusammen, die keinen Leiter hatte und etwa zwei Stunden dauerte. Dies gab den Patienten Gelegenheit, die neuen Teilnehmer kennenzulernen und ihre Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen zu besprechen; außerdem konnten sie Projektionen und Übertragungen vornehmen, die auf die Drogensitzungen einen starken katalysatorischen Einfluß hatten und oft wertvolle Lernerfahrungen schufen. Der große Behandlungsraum war mit Gemälden und Plakaten zu vieldeutig ansprechenden Themen geschmückt. Ein breites Spektrum psychedelischer Substanzen, darunter LSD, Peyote, verschiedene psilocybinhaltige Pilze, Ololiqui (Samen einer Trichterwinde), *Datura ceratocaulum* (Stechapfel) und Ketamin wurden während der Sitzungen verabreicht.

Die Patienten lagen zumeist die Wände entlang auf Matratzen, durften aber auch nach Belieben umhergehen, wenn sie wollten. Zwei Stereoanlagen wurden benutzt, und vielerlei Musik und Geräusche wurden angeboten, um die Tiefe und Intensität der Gruppenreaktionen zu beeinflussen. Ein wichtiges Moment der psychedelischen Sitzungen war die Reizüberflutung durch Lichtbilder, Filme, Stereo-Effekte und ein in bestimmten Intervallen aufblitzendes farbiges Flutlicht. Mehrere Themen, die als besonders bedeutsam angesehen wurden, waren in dem ansonsten erratischen Durcheinander zusammenhangloser Bilder und Töne ineinander verflochten; dazu gehörten Geburt und Tod, Gewalt, Sexualität, Religion und die Kindheit. Die Reizüberflutung dauerte etwa sechs Stunden; dann kam eine Reflexionsphase, die bis zum Sonnenaufgang dauerte, und schließlich legten sich alle Teilnehmer, auch die Therapeuten, für eine Stunde zur Ruhe.

Die Integrationssitzung am nächsten Tag sah Gruppendiskussionen und Aussprachen über die individuellen Erlebnisse vor. Die Hauptabsicht in dieser Phase war es, die Verarbeitung der in der Drogensitzung aufgedeckten Inhalte zu erleichtern und die gewonnenen Einsichten auf die Probleme des Alltags zu beziehen. Je nach Art der Interaktionen dauerte dies vier bis zwölf Stunden. Für den einzelnen Patienten erforderte die Therapie zehn bis zwanzig solcher Sitzungen, je nach Art und Schwere seiner klinischen Symptome. Die Patienten waren überwiegend ambulant behandelte Neurotiker, doch beschrieb Roquet auch Behandlungserfolge unterschiedlichen Grades bei mancherlei antisozialen Persönlichkeiten und bei ausgewählten Schizophrenen.

1.6 Die Notwendigkeit einer allgemeinen Theorie der LSD-Therapie

Die therapeutischen Experimente mit LSD und die psychedelische Forschung allgemein sind stark beeinträchtigt worden durch die Existenz eines Schwarzen Marktes, durch die unbeaufsichtigten Selbstversuche, durch die Sensationspresse und durch unvernünftige legislative Maßnahmen. Obwohl man das LSD nun schon seit nahezu dreißig Jahren kennt, ist die Literatur, in der seine Wirkungen und therapeutischen Möglichkeiten beschrieben werden, noch immer unschlüssig und kontrovers. Weitere Fortschritte auf diesem Gebiet würden die Zusammenarbeit unabhängiger Forschungsgruppen aus verschiedenen Ländern bei der Erhebung und im Austausch experimenteller Befunde erfordern. Die Zahl der Stellen, wo LSD-Forschung betrieben wird, ist jedoch stark zusammengestrichen worden und nimmt weiter ab. Obwohl die Aussichten für umfangreichere psychedelische Studien gegenwärtig trüb sind, gibt es doch Anzeichen, die dafür sprechen, daß systematische Forschungen von neuem in Gang kommen werden, sobald sich die allgemeine Verwirrung gelegt hat und die Vernunft wieder Gehör finden kann.

Was aus der LSD-Forschung in Zukunft auch werden mag, es gibt Gründe genug, die Beobachtungen und Ergebnisse früherer psychedelischer Versuche zu analysieren und die wichtigsten Einsichten und Erkenntnisse in schlichter, verallgemeinernder Form darzustellen. Ein solcher Versuch erscheint berechtigt, gleichgültig ob als ein Epitaph

auf die LSD-Ära oder als Manifest für künftige LSD-Forscher. Wenn wir schon gegenwärtig den »Schwanengesang« der LSD-Forschung erleben, so wäre es doch von Interesse, rückblickend die Kontroversen und theoretischen Unklarheiten über die Art der LSD-Wirkung deutlicher sehen zu können. Wenn die LSD-Forschung in Zukunft weitergeführt wird, wäre die Klärung der heutigen Mißverständnisse und Streitigkeiten von großer praktischer Bedeutung. Weitere kontrollierte Untersuchungen in großem Maßstab sind nötig, will man die Wirksamkeit des LSD als Hilfsmittel der Psychotherapie wissenschaftlich einigermaßen genau beurteilen. Wenn aber die Kernpunkte der früheren Kontroversen nicht klar erkannt und in der künftigen Forschung berücksichtigt werden, so werden neue Untersuchungen vermutlich nur alte Irrtümer verewigen und entsprechend unschlüssige Resultate erbringen.

Wie schon gesagt, sind die einzelnen Forscher und Therapeutengruppen, die mit LSD gearbeitet haben, von sehr unterschiedlichen Prämissen ausgegangen. Sie haben je besondere therapeutische Ziele verfolgt, sich an je verschiedene theoretische Systeme gehalten, sind technisch je anders verfahren und haben die Droge unter höchst unterschiedlichen Rahmenbedingungen verabreicht. Ich bin überzeugt, daß der Hauptgrund für die Kontroversen um die LSD-Therapie im mangelnden Verständnis für die Art der LSD-Wirkung und im Fehlen einer plausiblen, allgemein annehmbaren theoretischen Orientierung liegt, durch die sich die großen Mengen einzelner Befunde auf bestimmte gemeinsame Nenner bringen ließen. Eine solche Orientierung müßte Einsichten sowohl in den Inhalt und Verlauf einzelner Sitzungen als auch der wiederholten LSD-Erlebnisse in einer therapeutischen Sitzungsfolge erlauben. Außerdem müßte sie erklären können, warum außerpharmakologische Faktoren – die Persönlichkeit des Teilnehmers und des Beisitzers, ihr wechselseitiges Verhältnis, Erwartungsrahmen und Situationsbedingungen – auf den Verlauf der Sitzungen so starken Einfluß nehmen.

Andere wichtige Probleme, die in einer allgemeinen theoretischen Orientierung zu berücksichtigen wären, sind die verlängerten Reaktionen und psychotischen Zusammenbrüche, die nach manchen Sitzungen eintreten, oder das spätere Wiederauftreten LSD-ähnlicher Zustände (»Flashbacks« oder Rückblenden). Das allgemeine Verständnis dieser Erscheinungen ist gegenwärtig höchst unvollkommen – ein Sachverhalt mit schweren praktischen Folgen, unter anderem der, daß die psychiatrische Behandlung der beim nichtmedizinischen Gebrauch von Psychedelika auftretenden Komplikationen gemeinhin unwirksam und nicht selten schädlich ist.

Eine allgemeine Theorie der LSD-Psychotherapie sollte außerdem imstande sein, die heute bestehende Kluft zwischen der psycholytischen und der psychedelischen Therapie, den beiden verbreitetsten und brauchbarsten Verfahren, und manchen anderen Formen wie der anaklitischen und der hypnodelischen Therapie zu überbrücken. Es müßte möglich sein, gemeinsame Nenner und Erklärungsprinzipien für diese verschiedenen Verfahren zu finden und ihre Kontraindikationen, Erfolge und Mißerfolge zu verstehen. Eine theoretische Orientierung, welche die Hauptaspekte der LSD-Wirkung richtig darstellt, müßte auch praktische Richtlinien bezüglich der optimalen Bedingungen geben, unter denen dieses Mittel in der Psychotherapie eingesetzt werden kann. Dazu würden sowohl eine allgemeine Behandlungsstrategie gehören als auch nähere Angaben über Dosierung, zweckmäßige Verfahren für verschiedene Sonderfälle, unterstützende Techniken, Bedingungen des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation. Und schließlich sollte eine solche Orientierung auch eine Anzahl partieller Arbeitshypothesen von praktischer und theoretischer Bedeutung an die Hand geben, die mit wissenschaftlichen Methoden zu prüfen wären.

Eine Theorie zu formulieren, die all diesen Erfordernissen vollauf genüge, wäre angesichts dieser verwickelten und vielschichtigen Problematik heute überaus schwierig. Einstweilen würde schon ein theoretisches Provisorium einen deutlichen Fortschritt ausmachen, wenn es nur die meisten wichtigeren Befunde zusammenfassen und für die

therapeutische Praxis Orientierungen geben könnte. In den folgenden Kapiteln wollen wir versuchen, ein solches Provisorium aufzurichten. Ich bin überzeugt, daß ein theoretisches System, das auch nur die wichtigsten Befunde der LSD-Therapie erklären will, nicht nur ein neues Verständnis der LSD-Wirkungen, sondern auch ein neues, erweitertes Modell des menschlichen Geistes und der menschlichen Natur erfordert. Die Forschungen, auf denen meine Überlegungen beruhen, waren abenteuerliche klinische Expeditionen in neue, von den Wissenschaften des Okzidents bislang nicht berührte Territorien des menschlichen Inneren. Es wäre unrealistisch zu erwarten, daß ich künftigen Reisenden mehr als eine grobe, behelfsmäßige Karte dieser Regionen an die Hand zu geben vermöchte. Nach dem Vorbild der alten Geographen dürfte ich auf vielen Gebieten meiner Karte eigentlich nur die Warnung *hic sunt leones*⁵ vermerken.

Die vorgeschlagene theoretische und praktische Orientierung ist ein Versuch, unzählige neue und verwirrende Beobachtungen aus mehreren tausend LSD-Sitzungen zu ordnen, zu kategorisieren und in logischer Verallgemeinerung darzustellen. Schon in ihrer gegenwärtigen provisorischen Form hat diese Orientierung sich als behilflich erwiesen, die Vorgänge in psychedelischen Therapiesitzungen und ebenso auch bei nichtmedizinischen Selbstversuchen zu verstehen; die Beachtung ihrer Prinzipien hat LSD-Behandlungen mit maximalem Erfolg und minimalem Risiko ermöglicht. Ich glaube, daß sie auch zweckmäßige Anleitungen zu Notfallmaßnahmen und zur Behandlung von Komplikationen gibt, wie sie nach unbeaufsichtigten Selbstversuchen manchmal erforderlich werden.

Anmerkungen

- 1 Ein Mikrogramm oder Gama ist ein Millionstel Gramm.
- 2 Bekehrungen oder Konversionen sind plötzliche, sehr dramatische persönliche Wandlungen, wie sie in gewissen Situationen bei entsprechend prädisponierten Menschen manchmal unerwarteterweise eintreten. Die Richtung dieser tiefen Wandlungen ist gewöhnlich entgegen den vorherigen Überzeugungen, Empfindungsweisen, Lebensauffassungen, Einstellungen und Verhaltensmustern des Betroffenen. Je nach dem Gebiet, auf das sie sich hauptsächlich auswirken, können wir religiöse, politische, moralische, sexuelle und andere Bekehrungen unterscheiden. Religiöse Bekehrungen von Atheisten zu Gläubigen oder sogar Fanatikern sind bei den Zusammenkünften ekstatischer Sekten und bei den Gottesdiensten berühmter charismatischer Prediger, wie etwa John Wesley einer war, beobachtet worden. Maya Deren hat in ihrem Buch DEVINE HORSEMEN (22) eine vorzügliche Beschreibung ihrer Bekehrung zum haitianischen Voodoo gegeben, die bei ihren Studien über Eingeborenen-Tänze eintrat. Victor Hugos Beispiel von der moralischen Bekehrung des Jean Valjean in DIE ELENDE (39) hat in die psychiatrischen Lehrbücher Eingang gefunden und dort den Namen für eine bestimmte Art korrektiver emotionaler Erlebnisse abgegeben. Die augenfälligste Illustration zur politischen Bekehrung (und späteren Rückbekehrung) gab Arthur Koestler in ARROW IN THE BOW (47) und DER GOTT, DER KEINER WAR (46). Biblische Beispiele für moralische und sexuelle Bekehrungen mit religiösem Charakter sind die Geschichten von Barabas und von Maria Magdalena.
- 3 Die Bedeutung traumatischer Kindheitsreminiszenzen für die Dynamik der psycholytischen Therapie wurde systematisch untersucht und beschrieben von Hanscarl Leuner (57). Siehe dazu auch die Behandlung der psychodynamischen Erfahrungen im ersten Band dieser Folge: Stanislav Grof, TOPOGRAPHIE DES UNBEWUSSTEN (32, im folgenden kurz als TOPOGRAPHIE zitiert).
- 4 Walter Pahnke (76) hat die Grundmerkmale spontaner und psychedelischer Gipfelerlebnisse in seinen neun mystischen Kategorien zusammengefaßt. Dies sind ihm zufolge die wesentlichen Eigenschaften dieser Zustände: 1) Gefühle des Einsseins, 2) Transzendenz der Zeit und des Raumes, 3) stark positive Affekte, 4) der Eindruck einer objektiven, wirklichen Erfahrung, 5) Heiligkeit, 6) Unauslöschlichkeit, 7) Paradoxie, 8) Flüchtigkeit und 9) anschließende positive Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Der von Pahnke und Richards entwickelte *Psychedelic Experience Questionnaire* (PEQ) ermöglicht ein Urteil darüber, ob in einer LSD-Sitzung ein psychedelisches Gipfelerlebnis eingetreten ist oder nicht, und erlaubt dessen grobe Quantifizierung.
- 5 *Hic sunt leones* (»hier sind Löwen«), ein Ausdruck, mit dem die frühen Geographen auf ihren Karten die wenig erforschten Gegenden kennzeichneten, wo man allerlei wilde Tiere, barbarische Völkerschaften und andere Gefahren mutmaßen konnte.

2 Kritische Variablen in der LSD-Therapie

Ein tieferes Verständnis für die Natur und den Verlauf des LSD-Erlebens und für die Dynamik der LSD-Psychotherapie zu gewinnen, ist unmöglich ohne die volle Kenntnis aller an der LSD-Reaktion mitbeteiligten Faktoren. Die anfänglichen simplifikatorischen und reduktionistischen Auffassungen des LSD-Erlebens als einer »Modell-Schizophrenie« oder einer »toxischen Psychose« – als einfache Folge einer durch die Droge bewirkten Störung der normalen physiologischen und biochemischen Vorgänge im Gehirn – sind von allen ernsthaften Forschern längst aufgegeben worden. Die LSD-Literatur ist voller Beobachtungen, die den außerpharmakologischen Faktoren als Determinanten der psychedelischen Erfahrungen die höchste Bedeutung und einen entscheidenden Einfluß auf den therapeutischen Prozeß zuschreiben. Um also die Natur der LSD-Reaktion in ihrer ganzen Komplexität zu erfassen, müssen wir nicht nur die eigentlich pharmakologische Wirkung der Droge behandeln, sondern auch die wichtigsten außerpharmakologischen Einflüsse: die Persönlichkeit des Patienten, seine emotionale Verfassung und seine derzeitigen Lebensumstände, die Persönlichkeit des Beisitzers oder Therapeuten, die Art der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten sowie jenen ganzen Komplex zusätzlicher Faktoren, die wir unter den Begriffen des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation zusammenfassen.

2.1 Pharmakologische Wirkungen des LSD

Da Verabreichung von LSD die *conditio sine qua non* oder die unbedingt notwendige Voraussetzung der LSD-Reaktion ist, sollte es als nicht mehr denn logisch erscheinen, wenn man die Droge selbst als den entscheidenden Faktor ansieht. Die sorgfältige Analyse klinischer Beobachtungen aus der LSD-Therapie zeigt jedoch, daß schon diese Frage sehr viel komplizierter ist. Die Phänomene, die im Verlauf von LSD-Sitzungen auftreten können, umfassen ein sehr weites Spektrum; kaum eine perzeptorische, emotionale oder psychosomatische Erscheinung, die nicht schon als Teil dieses Spektrums beobachtet und beschrieben worden wäre. Wenn mehrere Patienten unter relativ gleichartigen Umständen die gleiche Dosis LSD nehmen, wird dennoch jeder etwas ganz anderes erleben. Die extreme Vielgestaltigkeit und interindividuelle Variabilität des LSD-Zustandes wird ergänzt durch seine ebenso erstaunliche intraindividuelle Variabilität. Von mehreren LSD-Sitzungen desselben Menschen wird jede nach allgemeinem Charakter, spezifischem Inhalt und Verlauf gewöhnlich ganz anders sein als die anderen. Diese Wechselhaftigkeit der Wirkung bildet zweifellos ein starkes Argument gegen die Vorstellung, die LSD-Reaktion habe einfache biochemische und physiologische Determinanten.

Die Frage, ob es auch invariante, wiederholbare und regelmäßige Wirkungen des LSD gibt, die rein pharmakologischer Art wären, ist aus theoretischer und praktischer Sicht sehr interessant und wichtig. Solche Wirkungen müßten unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur und den äußeren Umständen auftreten; sie müßten sich bei ausnahmslos jedem Menschen zeigen, der eine hinlängliche Dosis LSD einnimmt. Umgekehrt sind die Fragen, in welchem Maße die verschiedenen außerpharmakologischen Faktoren an der LSD-Erfahrung beteiligt sind und welches die Art und Wirkungsweise ihres Einflusses ist, ebenso interessant und theoretisch wie praktisch bedeutsam. Die Suche nach typischen und zwingenden pharmakologischen Wirkungen des LSD war ein wichtiger Aspekt meiner analytischen Arbeit an LSD-Befunden. Das Ergebnis dieser Suche war einigermaßen befremdend: Bei der Auswertung von fast fünftausend Protokollen von LSD-Sitzungen fand ich nicht ein einziges Symptom, das in allen Fällen absolut kon-

stant aufgetreten wäre und damit als tatsächlich invariant hätte betrachtet werden können.

Veränderungen der Gesichtswahrnehmung werden gewöhnlich als typische Erscheinungen im LSD-Zustand beschrieben und könnten daher leicht als pharmakologisch bedingte Invarianten angesehen werden. Obwohl in meinen Protokollen oft von verschiedenen abnormen visuellen Phänomenen die Rede war, habe ich doch auch eine Anzahl von Sitzungen mit hoher Dosierung gefunden, in denen Änderungen der Gesichtswahrnehmung nicht auftraten. In manchen dieser Fälle hatte die LSD-Reaktion die Form eines intensiven sexuellen Erlebnisses; andere waren gekennzeichnet durch massive Somatisierung mit Gefühlen allgemeinen Unwohlseins und physischer Übelkeit oder durch quälende Schmerzempfindungen in verschiedenen Körperteilen. Sonderfälle von Sitzungen ohne visuelle Änderungen wurden in fortgeschrittenen Stadien der psycholytischen Behandlung und in manchen psychedelischen Sitzungen beobachtet. In ihnen trat entweder ein brutaler und primitiver Erfahrungskomplex auf, den manche Teilnehmer als ein Nacherleben der eigenen Geburt bezeichneten, oder es kam zu transzendentalen Erlebnissen des kosmischen Einsseins und der suprakosmischen Leere, welche die paradoxe Eigenschaft hatte, »inhaltlos und zugleich allumfassend« zu sein.

Die physischen Äußerungen des LSD-Zustands verdienen in diesem Zusammenhang besondere Beachtung, denn in den frühen Forschungsberichten wurden sie als einfache pharmakologische Wirkungen der Droge angesehen und auf direkte chemische Reizung der vegetativen Zentren im Hirn zurückgeführt. Die sorgfältige Beobachtung zahlreicher Sitzungen und die Analyse der Protokolle stützen diese Erklärung nicht. Die physischen Begleiterscheinungen der LSD-Reaktion sind von Sitzung zu Sitzung in beträchtlichem Maße wechselhaft. Das Spektrum der sogenannten »vegetativen Symptome« ist breiter als bei jeder anderen Droge, mit Ausnahme mancher anderen Psychedelika. Höchst sonderbarerweise umfassen diese Symptome sowohl sympathische als auch parasympathische Phänomene und treten in verschiedenen Kombinationen von beidem gebündelt auf. Bei niedriger Dosierung sind sie ebenso häufig und intensiv wie bei hoher, und zwischen Dosierung und Wirkung besteht kein nachweisbarer Zusammenhang. In vielen Sitzungen mit hoher LSD-Dosis treten die körperlichen Symptome überhaupt nicht oder nur phasenweise auf, in Verbindung mit schwierigem und stark abgewehrtem unbewußten Material. Umgekehrt sind manche Sitzungen mit niedriger Dosis durch massive vegetative Symptome während des ganzen Verlaufs der Drogenreaktion gekennzeichnet. Es ist nicht ungewöhnlich, daß ein unter schweren körperlichen Symptomen leidender Teilnehmer nach Erhalt einer zusätzlichen Dosis LSD sich dem Erleben hingeben kann, latente Probleme durcharbeitet und seine körperlichen Beschwerden verliert. Ein weiterer Aspekt dieser Symptome, der uns für unser Thema besonders interessiert, ist ihre ungewöhnliche Empfindlichkeit für mancherlei psychologische Faktoren; sie lassen sich oft durch spezifische äußere Einflüsse oder psychotherapeutische Interventionen modifizieren oder sogar beenden. Die Faktoren, durch welche die »vegetativen« und andere körperliche Erscheinungen in LSD-Sitzungen so dramatisch beeinflußt werden können, reichen von einer treffenden Deutung und der Ankunft einer bestimmten Person bis hin zu körperlicher Kontaktnahme und der Durchführung verschiedener bioenergetischer Übungen.

Eine körperliche Erscheinung der LSD-Reaktion, die besonders erwähnt werden muß, ist die Weitung der Pupillen (Mydriasis). Sie ist so häufig, daß ihr Vorhandensein von vielen Experimentatoren und Therapeuten als relativ zuverlässiges Anzeichen dafür betrachtet wurde, daß der Betreffende noch unter Einfluß der Droge stehe. Lange Zeit erschien auch mir bei meinen Untersuchungen über die LSD-Reaktion die Mydriasis als gute Anwarterin auf den Rang einer Invariante. Später erlebte ich mehrere LSD-Sitzungen, manche davon sehr dramatisch, in denen die Pupillen des Betreffenden ver-

engt zu sein schienen oder in denen sie in raschem Wechsel bald extrem geweitet und bald verengt waren.

Ähnlich ist die Lage der Befunde im Bereich der gesamtkörperlichen Erscheinungen wie psychomotorische Erregung oder Hemmung, Muskelspannung, Zittern, Zuckungen, anfallsartige Aktivitäten und mancherlei Bewegungen des Sichdrehens und Sichwindens. Keines dieser Symptome tritt regelmäßig und voraussagbar genug auf, um als spezifische pharmakologische Wirkung des LSD gelten zu können. Das soll nicht heißen, daß LSD *per se* keinerlei spezifische physiologische Wirkungen habe; in Tierversuchen mit unvergleichlich viel höherer Dosierung lassen solche sich klar nachweisen. Meine Erfahrung lehrt mich jedoch, daß innerhalb des bei Humanexperimenten oder in der psychotherapeutischen Praxis üblichen Dosierungsbereichs die körperlichen Erscheinungen nicht aus direkter pharmakologischer Reizung des Nervensystems resultieren. Sie scheinen Folgen einer chemischen Aktivierung dynamischer Matrizen im Unbewußten zu sein, von ähnlicher Struktur wie hysterische Konversionen, organoneurotische Phänomene oder Symptome psychosomatischer Störungen.

Ebenso unvoraussagbar wie der Inhalt der LSD-Reaktion ist ihre Intensität, und die individuellen Reaktionen auf die gleiche Dosis gehen recht weit auseinander. Der Grad der Empfänglichkeit oder Resistenz gegen LSD scheint eher von komplizierten psychologischen Faktoren abhängig als von Variablen konstitutioneller, biologischer oder metabolischer Natur. Teilnehmer, die im Alltag ein starkes Bedürfnis nach uneingeschränkter Selbstbeherrschung zeigen und denen es schwer fällt, sich zu entspannen und »gehen zu lassen«, können manchmal einer relativ hohen Dosis LSD (300-500 Mikrogramm) ohne erkennbare Veränderung widerstehen. Manchmal gelingt der Widerstand gegen eine hohe Dosis auch jemandem, der ihn sich fest vorgenommen hat – etwa um dem Therapeuten zu trotzen und mit ihm in Konkurrenz zu treten; um psychische »Stärke« zu beweisen, indem man mehr verträgt als die Mitpatienten; um seinen Freunden Eindruck zu machen oder aus hundert anderen Gründen. Natürlich sind hinter solchen oberflächlichen Rationalisierungen tiefere und bedeutsamere unbewußte Motive zu suchen. Weitere Ursachen hoher Resistenz gegen die Drogenwirkung können sein, daß ein Teilnehmer nicht genügend vorbereitet und vorinformiert wurde, sich nicht sicher fühlt, nicht völlig einverstanden ist und nur mit Vorbehalten kooperiert, oder daß es in der therapeutischen Beziehung am Grundvertrauen fehlt. In solchen Fällen setzt die volle Wirkung des LSD manchmal erst dann ein, wenn die Motive des Widerstands analysiert und erkannt sind. Durch ähnliche Faktoren scheint auch das Unvermögen vieler Menschen bedingt, sich bei einem unbeaufsichtigten Selbstversuch, in Anwesenheit von Fremden und in einer ungewohnten Umgebung der Drogenwirkung zu überlassen. Solche Erfahrungen führen zu unvollständiger Auflösung und Verarbeitung des Erlebens, zu schädlichen Nachwirkungen und späteren Wiederholungen (»Flashbacks« oder Rückblenden). Eine plötzliche Ernüchterung, die in jeder Phase der Sitzung und bei jeder Dosierung eintreten kann, zeigt gewöhnlich eine rasche Mobilisierung der Abwehrmechanismen gegen das drohende Auftauchen unangenehmen traumatischen Materials an.

Unter den Psychiatrie-Patienten sind stark zwangsneurotische Personen gegen LSD besonders resistent. Bei meinen Studien konnte ich beobachten, daß solche Patienten oftmals einer Dosis von mehr als 500 Mikrogramm mit nur geringen Anzeichen körperlichen oder psychischen Leidens widerstehen konnten. In Extremfällen vergehen mehrere Dutzend Sitzungen mit hoher Dosierung, ehe die psychischen Widerstände so weit abgebaut sind, daß der Patient anfangen kann, Episoden einer Regression in die Kindheit zu erleben und des unbewußten Materials gewahr zu werden, das er durcharbeiten muß. Nach Beobachtung mehrerer Fälle, in denen selbst eine drastische Erhöhung der Dosis – in einem Falle 1500 Mikrogramm, intramuskulär verabfolgt – keine voll ausgeprägte LSD-Erfahrung bewirkte, wurde mir klar, daß hohe psychische Resistenz nicht einfach

durch Steigerung der Dosis zu überwinden ist; sie muß nach und nach in einer Reihe von Sitzungen abgebaut werden. Es scheint für die Dosierung einen Sättigungspunkt zu geben, der zwischen 400 und 500 Mikrogramm liegt; wenn der Patient auf diese Dosis nicht angemessen reagiert, so kann auch weiteres LSD an der Situation nichts mehr ändern.

Manche Hinweise, die freilich von anekdotischem und nicht von experimentellem Charakter sind, scheinen zu besagen, daß geringe Ansprache auf LSD auch bei spirituell hochentwickelten Menschen vorkommt, die ausgiebige Erfahrungen mit ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen haben oder die meiste Zeit in einem solchen Zustand verbringen. Ein berühmtes Beispiel gibt der Bericht von Ram Dass (83), demzufolge Dass' indischer Guru bei zwei Gelegenheiten auf eine extrem hohe Dosis LSD (900 bzw. 1200 Mikrogramm) nicht ansprach. Dies würde auf die Möglichkeit hindeuten, daß das Ausbleiben der Reaktion paradoxerweise mit zwei gegensätzlichen Bedingungen verknüpft sein könnte: mit übermäßiger Rigidität und einem starken psychischen Abwehrsystem einerseits und extremer Offenheit und Unbeschränktheit andererseits.

Nach dieser Übersicht über verschiedene Arten von Befunden, die dafür sprechen, daß es keinerlei klare, spezifische und invariante pharmakologische Wirkungen des LSD bei jenem Maß von Dosierung gibt, das in Experimenten mit Menschen und in ihrer klinischen Behandlung gemeinhin üblich ist, können wir versuchen anzugeben, welcherlei Wirkungen LSD nun tatsächlich hat. Nach meiner Erfahrung sind diese Wirkungen höchst unspezifisch und lassen sich nur in ganz allgemeinen Ausdrücken beschreiben. In der großen Mehrzahl der Fälle besteht eine Gesamttendenz zu Wahrnehmungsveränderungen in mehreren sensorischen Bereichen. Das Bewußtsein wird gewöhnlich qualitativ verändert und hat einen traumhaften Charakter. Der Zugang zu unbewußtem Material wird erleichtert, und die psychischen Abwehrmechanismen werden vermindert. Die emotionale Reaktionsbereitschaft ist fast immer wesentlich gesteigert, und affektive Faktoren spielen als Determinanten der LSD-Reaktion eine wichtige Rolle. Ein recht augenfälliger Aspekt der LSD-Wirkung ist eine merkliche Intensivierung der mentalen und neuralen Vorgänge allgemein; daran sind Phänomene von unterschiedlicher Art und Herkunft beteiligt.

Frühere und auch neuerdings aufgetretene psychogene Symptome, an denen der Patient in der Kindheit oder in einem späteren Lebensabschnitt gelitten hat, können verstärkt und veräußerlicht werden. Während er sie in übertriebener Form erlebt, gelangt der Patient oft zu Einsichten in das Netz der unbewußten Prozesse, die sich hinter ihnen verbergen; er erkennt ihre spezifischen psychodynamischen, perinatalen und transpersonalen Wurzeln. Traumatische oder positive Erinnerungen, die stark gefühlsbefrachtet sind, werden aktiviert, aus dem Unbewußten heraufgeholt und nacherlebt. Inhalte verschiedener dynamischer Matrizen aus den einzelnen Schichten des individuellen und kollektiven Unbewußten können ins Bewußtsein treten und auf vielseitige Weise erlebt werden. Manchmal werden auch Erscheinungen neuralen Charakters verstärkt und äußern sich in den Sitzungen, so etwa Schmerzen im Zusammenhang mit Arthritis oder verrenkten Zwischenwirbelscheiben, Entzündungen, postoperativen oder posttraumatischen Veränderungen. Das Nacherleben der Sinnesempfindungen bei früheren Verletzungen oder Operationen ist besonders häufig. Interessant ist hier aus theoretischer Sicht, daß LSD-Patienten offenbar auch Schmerzen und andere Empfindungen von Operationen nacherleben können, bei denen sie sich in Vollnarkose befanden. Die Eignung des LSD und anderer Psychedelika zur Aktivierung und Verstärkung neuraler Vorgänge ist so augenfällig, daß es von mehreren tschechischen Neurologen als diagnostisches Instrument zur Veräußerlichung latenter Paralysen und anderer unauffälliger organischer Schäden des Zentralnervensystems benutzt worden ist (24). Die negative Seite dieser interessanten Eigenschaft ist die Tatsache, daß LSD bei Patienten, die an manifester Epilepsie leiden oder eine latente Disposition zu dieser Krankheit haben, Anfälle auslö-

sen kann. Eine rasche Folge epileptischer Anfälle, die schwer zu beherrschen sind, der sogenannte *status epilepticus*, ist eines der wenigen ernsthaften körperlichen Risiken bei der LSD-Therapie.

Im großen und ganzen habe ich bei meinen Analysen der Befunde keine deutlich pharmakologischen Wirkungen gefunden, die konstant gewesen wären und daher als drogenspezifisch hätten betrachtet werden können. Heute sehe ich im LSD einen hochwirksamen unspezifischen Verstärker oder Katalysator der biochemischen und neurophysiologischen Vorgänge im Gehirn. Es scheint einen Zustand allgemeiner undifferenzierter Aktivierung zu bewirken, der das Auftauchen unbewußten Materials aus den verschiedenen Schichten der Persönlichkeit begünstigt. Die Vielseitigkeit seiner Wirkung und deren ungewöhnliche inter- und intraindividuelle Variabilität lassen sich aus dem Beteiligtsein und dem bestimmenden Einfluß außerpharmakologischer Faktoren erklären.

In den folgenden Abschnitten wollen wir im einzelnen die wichtigsten außerpharmakologischen Variablen behandeln, die auf den Prozeß der LSD-Psychotherapie entscheidenden Einfluß zu nehmen scheinen. Zu ihnen gehören die Persönlichkeitsstruktur und die gegenwärtigen Lebensumstände des Patienten, die Persönlichkeit des Therapeuten, die Art ihrer gegenseitigen Beziehung, der Erwartungsrahmen und die Situation der Sitzungen.

2.2 Persönlichkeit des Patienten

Wenn wir darüber sprechen, welche Bedeutung der Persönlichkeit des Patienten für die Art, den Inhalt und Verlauf seines LSD-Erlebens zukommt, so müssen wir unterscheiden zwischen dem Einfluß der Persönlichkeitsfaktoren in der einzelnen Sitzung mit niedriger bis mittlerer Dosierung einerseits und in einer therapeutischen Sitzungsfolge oder in einer psychedelischen Sitzung mit hoher Dosierung andererseits. Wir wollen zuerst auf die eher oberflächlich zutage liegenden Persönlichkeitsvariablen eingehen und dann zu den tieferen, latenten Strukturen kommen, die sich determinierend auf das LSD-Erleben auswirken.

Manche bedeutsamen Persönlichkeitsvariablen lassen sich schon vor der eigentlichen LSD-Behandlung feststellen, beim Aufnahmegespräch und in der Vorbereitungsphase. Es gibt eine recht große Gruppe von Personen, die an die LSD-Sitzungen mit vielerlei Befürchtungen und mit tiefem Unbehagen herangehen. Sie haben viele Fragen und Zweifel in bezug auf die Wirkung der Droge und den Wert des therapeutischen Verfahrens; sie reiten auf den Greuelgeschichten herum, die sie aus den Zeitungen, dem Rundfunk oder Fernsehen kennen, und verraten ein Bestreben, die eigentliche Sitzung so weit wie möglich hinauszuschieben. Nicht selten haben diese Menschen schwere Schlafstörungen oder fürchterliche Alpträume, wenn der Termin für die Drogensitzung näherückt. Viele allgemeine und besondere Bedenken müssen gewöhnlich erst ausgeräumt werden, ehe ein solcher Mensch in eine Drogensitzung einwilligt.

Anscheinend gibt es ein bestimmtes Bündel von Konflikten und Problemen, das vielen dieser Menschen gemeinsam ist. Im Alltag sind sie ständig in Sorge um die vollkommene Beherrschung ihres Fühlens und Verhaltens. Sie haben Furcht vor zeitweiliger oder dauernder Entfesselung der Triebenergien, insbesondere der sexuellen und aggressiven Regungen, und vor unwillkürlichen Gefühlsausbrüchen. Oft macht ihnen der Gedanke, sie könnten die Selbstbeherrschung verlieren, stark zu schaffen; sie befürchten wegen des daraus resultierenden Verhaltens gesellschaftliche Verlegenheiten und Ärger bis hin zum öffentlichen Skandal. Der Kampf gegen die aus dem Unbewußten hervor-drängenden Kräfte kostet diese Menschen viel Zeit und Mühe, und oft verbindet er sich mit Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen und mit Selbstvorwürfen wegen der eige-

nen Triebregungen. Im Extremfall wird aus diesen Befürchtungen eine allgemeine Angst, zu sterben oder wahnsinnig zu werden. Solche Menschen begegnen typischerweise mit Furcht oder Abscheu allen Zuständen, welche die bewußte Herrschaft über die unbewußten Regungen einzuschränken drohen: der Müdigkeit, fiebrigen Erkrankungen, der Schlaflosigkeit oder den hypnagogischen Perioden. Bei manchen Patienten ist die Furcht vor dem Übergang zwischen Wachbewußtsein und Schlaf so stark, daß sie einen langen, ermüdenden Spaziergang machen oder bis spät in die Nacht hinein arbeiten müssen, um die hypnagogische Periode abzukürzen und den Vorgang des Einschlafens zu beschleunigen.

Ihren deutlichsten Ausdruck finden solche Probleme gewöhnlich im Geschlechtsleben, da der vollwertige Orgasmus ein zeitweiliges Aufgeben der willentlichen Beherrschung erfordert. Hier leiden solche Menschen oft an Impotenz, Frigidität, unbefriedigendem oder oberflächlichem Orgasmus; oder sie bemühen sich, sexuelle Beziehungen ganz zu vermeiden. Spricht man mit ihnen über ihre sexuellen Erfahrungen, so klingt manchmal eine Furcht vor den aggressiven Regungen an, die man in sich selbst oder im Partner entfesseln könnte, oder ein Angstgefühl, die Lage nicht mehr beherrschen zu können. Auf einer tieferen Ebene können die damit assoziierten Phantasien die Form starker unbewußter Ängste annehmen, man könnte den anderen verschlingen oder von ihm verschlungen werden. Menschen mit solchen Problemen erfassen oft instinktiv oder entnehmen aus den Berichten anderer, daß LSD eine Enthemmung bewirkt und daß seine Einnahme zum Verlust der Selbstbeherrschung und zu einem starken Hervordrängen unbewußter Inhalte führt. Die Aussicht auf eine LSD-Sitzung weckt also ihre schlimmsten Befürchtungen. Die eben genannten Probleme hinsichtlich Geschlechtsverkehr und Orgasmus verraten auch, wie sich bei diesen Menschen die perinatalen Energien äußern.

Ein anderes Problem, aus dem eine negative Einstellung zur LSD-Therapie und Abneigung gegen eine Drogensitzung erwachsen kann, hängt mit mangelndem Vertrauen des Patienten zu sich selbst und zu anderen, zur menschlichen Gesellschaft und zur ganzen Welt zusammen. Wo diese Gefühle ein neurotisches Ausmaß erreichen, muß viel zusätzliche Zeit darauf verwendet werden, beim Patienten hinlänglich viel Vertrauen zu wecken, ehe er die Droge einnimmt. Offen paranoide Einstellungen gegen das Verfahren, insbesondere dann, wenn der Patient erkennen läßt, daß er den Therapeuten für einen der gegen ihn Verschworenen hält, sind als Kontraindikationen zu einer LSD-Therapie zu betrachten.

Begeisterte Zustimmung zur LSD-Behandlung, lebhaftes Neugier auf die Droge und begieriges Verlangen nach psychedelischen Sitzungen wurden bei mancherlei Intellektuellen beobachtet, die mit der Fadheit und Monotonie des alltäglichen Lebens unzufrieden sind und auf der Suche nach ungewöhnlichen, exotischen und anregenden Erlebnissen sind. Ihnen erscheint die Möglichkeit, verborgene Regionen des Geistes kennenzulernen, oft als einmalige Gelegenheit, etwas Neues zu erfahren, die zu dem besonderen Anreiz des LSD-Erlebnisses noch hinzukommt. Für Patienten mit einer stark positiven Komponente in der Übertragungsbeziehung liegt die stärkste Attraktion der Sitzung manchmal in der Aussicht, einen ganzen Tag lang die ungeteilte Aufmerksamkeit des Therapeuten beanspruchen zu können. Manche Patienten benutzen unbewußt oder mit verschiedenen Stufen bewußten Gewahrseins die Drogensitzung als Gelegenheit zum Erleben, Äußern und Agieren ihrer ansonsten unterdrückten Bestrebungen.

Gelegentlich kann man einen möglicherweise gefährlichen Eifer und eine starke Motivation zu einer psychedelischen Sitzung bei verzweifelten Patienten beobachten, denen im Leben nicht mehr viele Alternativen offenstehen. Sie befinden sich in einer subjektiv unerträglichen Lage mit heftigen Konflikten, aus denen starke und quälende Gefühls- spannungen erwachsen. Zu ihren typischen Merkmalen gehören ernste Zweifel am Sinn des Lebens, Spielen mit Selbstmordphantasien und ein achtloses, riskantes Gebaren in vielerlei Lebenssituationen. Da sie den heftigen Widerstreit der psychischen Kräfte

nicht länger ertragen können und der leidigen Kompromisse müde sind, sehnen sie sich nach einer augenblicklichen Beendigung dieses qualvollen Zustandes. Das LSD wird in ihrer Phantasie zum Zaubermittel, das ihnen die sofortige Erleichterung schafft, entweder durch eine Wunderheilung oder durch beschleunigte Selbstvernichtung. Wenn die psychedelische Sitzung mit einem solchen Menschen nicht bis zu den Elementen des Ich-Todes und der Transzendenz gelangt, so kann es sein, daß sie die schon vorhandenen selbstzerstörerischen Neigungen aktiviert. Es ist sehr wichtig, solche Einstellungen im voraus zu erkennen, ihre latenten Motive zu analysieren und die Situation mit dem Patienten zu besprechen, ehe man ihm die Droge verabreicht.

Alle bisher erörterten Faktoren sind hauptsächlich vor der ersten LSD-Sitzung von Bedeutung. Den meisten Patienten wird klar, wenn sie die Droge im Rahmen einer therapeutischen Sitzungsfolge einige Male eingenommen haben, was die psychedelische Erfahrung leisten kann, wenn sie das eigene Unbewußte erforschen, die Wurzeln ihrer emotionalen Symptome ergründen und ihre Lebensprobleme lösen wollen. Auch diejenigen, die sich anfangs wegen der verringerten Selbstbeherrschung Sorgen machen, erkennen meist den therapeutischen Nutzen des Verfahrens. Ihre vorherige Auffassung, wonach die einmal verlorene Selbstbeherrschung nicht mehr wiedererlangt werden kann, tritt hinter der Einsicht zurück, daß ein zeitweiliges Aussetzen der Abwehr ein befreiendes Erlebnis ist. Sie entdecken eine neue Form des In-der-Welt-Seins, in der die Selbstbeherrschung sich mühelos wahren läßt, weil die andrängenden Kräfte, die eine ständige ängstliche Beobachtung erforderten, entspannt worden sind.

Im großen und ganzen finden alle Patienten, die eine Folge von mehreren LSD-Sitzungen durchmachen, nach und nach eine positive Einstellung zu der Behandlung. Auch wenn es nach einer besonders schwierigen Sitzung einmal vorkommen kann, daß jemand Angst und Bedenken hinsichtlich einer Fortsetzung zeigt, verliert er doch gewöhnlich nicht das Vertrauen in den Wert des Verfahrens. Die größte Ausnahme von dieser Regel sind Patienten mit schweren Zwangsneurosen, die manchmal während des ganzen Verfahrens eine allgemein pessimistische Einstellung bewahren. Ihr Pessimismus wird oft noch bestätigt und verstärkt durch ereignislose Sitzungen und einen augenscheinlichen Mangel an therapeutischen Fortschritten.

Besonders zu erwähnen sind Personen mit hoher Intelligenz und starkem intellektuellem Interesse an Bildung, Psychologie, Kunst, Philosophie und Religion. Sie erkennen meist sehr schnell, daß eine Reihe von LSD-Sitzungen den Rahmen der herkömmlichen tiefenpsychologischen Analyse überschreitet und zu einer ernsthaften philosophischen und spirituellen Erkundungsfahrt einzigartige Möglichkeiten bietet. Infolgedessen gehen sie der psychedelischen Selbsterforschung mit großem Interesse und starker emotionaler Beteiligung nach. Die LSD-Sitzungen erscheinen dabei als Gelegenheiten zur Beschäftigung mit den Geheimnissen des Kosmos und den Rätseln der menschlichen Existenz. Sie gewinnen damit eine ähnliche Bedeutung wie die geistlichen Übungen der antiken und orientalischen Kulturen, wie die Übergangsriten, Tempelmysterien und andere esoterische Bräuche der mystischen Tradition.

Wir haben auch interessante Beziehungen zwischen der klinischen Diagnose oder Symptomatologie mancher Patienten und der Art ihrer LSD-Sitzungen feststellen können. Am augenfälligsten sind diese Beziehungen bei jenen Personen, die an schweren Zwangsneurosen leiden. Diese Patienten gehören für gewöhnlich zu der Gruppe derjenigen, die sich vor der Wirkung der Droge, bevor sie sie kennengelernt haben, fürchten; sie bringen meist allerlei Fragen und Bedenken vor und neigen dazu, den Beginn der Behandlung hinauszuschieben. Ihre Resistenz gegen die LSD-Wirkung ist sehr hoch; sogar Sitzungen mit extremer Dosierung bleiben oft ereignislos. Die Phänomenologie ihrer LSD-Sitzungen beschränkt sich meist auf den erbitterten Kampf gegen die Drogenwirkung und eine heroische Anstrengung, Realitätsprüfung und Selbstbeherrschung aufrechtzuerhalten. Störungen der optischen Wahrnehmung treten so gut wie gar nicht auf, und die

einzigsten Anzeichen der LSD-Wirkung sind gewöhnlich massive Somatisierungen. Sofern diese Patienten überhaupt etwas Ungewohntes empfinden, bringen sie vielerlei Klagen über unangenehme physische Symptome vor: Kopfschmerzen, Schwäche, Müdigkeit, allgemeines Unwohlsein, Neigung zu Ohnmachtsanfällen, Schweißausbrüche, Frösteln oder Hitzeschauer. Sie werden vielleicht beunruhigt durch ein Gefühl, den Realitätskontakt zu verlieren, durch eine Steigerung sexueller und aggressiver Triebregungen oder durch Konflikte hinsichtlich Selbstachtung und ethischer Fragen. Ihre Sitzungen sind gekennzeichnet durch ein heftiges inneres Ringen, gefolgt von Gefühlen äußerster Erschöpfung. Bei Patienten mit extrem starken Zwangsneurosen kann eine beträchtliche Zahl LSD-Sitzungen erforderlich sein, bis die Widerstände schwinden und die Sitzungen einen konkreteren Inhalt gewinnen.

Bei Menschen mit hysterischer Persönlichkeitsstruktur und Symptomatologie sind Art, Inhalt und Verlauf der LSD-Sitzungen gewöhnlich ganz anders; diese Patienten scheinen geradezu auf der den Zwangsneurotikern entgegengesetzten Seite des Spektrums zu stehen. Recht typisch für sie ist eine lebhaftere, erregtere Neugier, und ihre Einstellung zur Drogenerfahrung ist allgemein sehr viel positiver. Sie sind äußerst empfänglich für die Wirkungen des LSD und zeigen oft schon nach einer relativ kleinen Dosis dramatische Reaktionen. Die Veränderungen der Wahrnehmung sind hier außerordentlich vielseitig, mit deutlichem Überwiegen der visuellen Elemente und lebhafter Körperempfindungen. Wie auch Beobachtungen aus der klassischen Psychoanalyse zeigen, scheint das Erleben dieser Patienten von Wahrnehmungen erotischen Charakters und von einer üppigen Sexualsymbolik beherrscht. Ihre Vorstellungen haben oft einen bewegten, szenischen Charakter; sie sind dramatisch, lebhaft und farbenfroh, mit Visualisierungen blendender Tagträume und anderen Elementen phantastischer Wunscherfüllung. Die glatte Szenenfolge kann gestört werden, wenn die Patienten den traumatischen und pathogenen Konstellationen der Erinnerung näherkommen. Wie alle Menschen sind auch die hysterischen Patienten gegen schwierige und schmerzliche Erfahrungen in psychedelischen Sitzungen nicht immun. Ihnen scheint jedoch eine hohe Leidenstoleranz zu eigen, und sie wissen die Perioden voller Qual und unmenschlichem Grauen ebenso zu würdigen wie die Episoden ekstatischer Verzückung. Bei der LSD-Therapie ebenso wie bei nichtmedikamentöser Therapie können diese Patienten besondere Probleme hinsichtlich Übertragung und Gegenübertragung aufgeben.

Beobachtungen aus der LSD-Therapie scheinen Freuds Feststellung eines engen Verhältnisses zwischen Homosexualität und paranoidem Verhalten zu bestätigen. Wiederholt konnten wir feststellen, daß Patienten mit starken latenten oder manifesten Problemen hinsichtlich der Homosexualität eine größere Disposition zu panischen Reaktionen hatten, zu paranoider Wahrnehmung, zu Projektionen im Hinblick auf ihre LSD-Erlebnisse, zu wahnhafter Deutung der Situation und der Sitzung insgesamt. Diese Schwierigkeiten traten gewöhnlich dann ein oder waren besonders ausgeprägt, wenn die Präokkupation mit den Problemen der Homosexualität im Brennpunkt des LSD-Erlebens stand.

Feste und spezifische Korrelationen zwischen den klinischen Symptomen der Depression und dem Charakter des psychedelischen Erlebens haben wir nicht ermitteln können. Obwohl in LSD-Sitzungen oft die Vertiefung einer schon bestehenden Depression und die Verstärkung von Selbstmordgedanken zu beobachten ist, scheint doch der klinische Zustand des depressiven Patienten oft recht labil und für dramatische Änderungen und Durchbrüche offen zu sein. Bei neurotischen Depressionen führt die erhöhte affektive Labilität manchmal zu einem eigentümlichen Zustand, in dem depressive Affektäußerungen, wie etwa Weinen, zugleich oder rasch abwechselnd mit schallendem Gelächter oder anderen euphorischen Äußerungen auftreten. Allgemein ist es nicht selten, daß ein Depressiver den größten Teil seiner Sitzung ganz und gar euphorisch oder sogar ekstatisch erlebt und daß sich nach der Sitzung eine deutliche Besserung feststellen läßt, die

manchmal auch anhält. Mehrere zufällige Beobachtungen sprechen dafür, daß eine einzige LSD-Sitzung die vollständige Remission einer schweren periodischen Depression von sehr hartnäckigem Charakter bewirken kann – doch ohne natürlich die latente Persönlichkeitsstruktur zu verändern oder das erneute Auftreten von Depressionen in den üblichen Zeitabständen zu verhindern.

Mehrere Beobachtungen bei LSD-Sitzungen depressiver Patienten sprechen dafür, daß die Droge bei der diagnostischen Unterscheidung der exogenen von den endogenen Depressionen nützlich sein kann. Patienten, deren Depression wesentlich exogenen Ursprungs ist, beschäftigen sich bei ihren Sitzungen gewöhnlich mit vielerlei lebensgeschichtlichen Inhalten, die thematisch und dynamisch zu ihrer Krankheit in Beziehung stehen. Bei Patienten mit endogenen Depressionen ist der Inhalt gewöhnlich sehr viel stärker eingeschränkt; oft besteht er nur in einer Steigerung der tiefen, ursprünglichen Gefühle, welche die Depression ausmachen. Bei diesen Patienten besteht ein klares Risiko, daß ihre klinischen Symptome nach LSD-Sitzungen zeitweilig verstärkt werden können. Diese Beobachtung stimmt überein mit den Erfahrungen von Arendsen-Hein (5), einem niederländischen Psychiater und Pionier der LSD-Psychotherapie.

Allgemein können wir festhalten, daß die Beziehung zwischen den diagnostischen Kategorien und der Art des LSD-Erlebens nicht deutlich und konstant genug ist, um klinisch viel zu nützen, wenn man von den wenigen obengenannten Extremfällen absieht. Zur klinischen Diagnose, wie sie mit Hilfe der psychiatrischen Interviews und anderer herkömmlicher Techniken erstellt wird, kann das LSD gewiß nicht viel beitragen. In einer ganzen Folge von LSD-Sitzungen wird die Beziehung zwischen der ursprünglichen diagnostischen Kategorie eines Patienten und seinem psychedelischen Erleben noch loser und unvorhersehbarer als in der einzelnen Sitzung. Wie später noch erörtert werden wird, hängt die wiederholte Einnahme der Droge mit größeren dynamischen Verschiebungen in der Persönlichkeitsstruktur und häufig auch mit Symptomveränderungen zusammen.

Der geringe Wert des LSD als Hilfsmittel für die herkömmliche klinische Diagnose steht in scharfem Gegensatz zu seiner Leistungsfähigkeit für eine dynamische Diagnose. Es ist ein unvergleichliches Werkzeug zur Erforschung der Kräfte, welche die Grundpersönlichkeit ausmachen, und zur Untersuchung der dynamischen Tiefenstrukturen unterhalb der klinischen Symptome. In Sitzungen mit niedriger bis mittlerer Dosierung und in den Endphasen von Sitzungen mit hoher Dosierung ist oft eine deutliche Verstärkung der bestehenden Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensmuster zu beobachten. Damit gehen typischerweise Verschärfungen aktueller klinischer Symptome oder erneutes Auftreten emotionaler und psychosomatischer Störungen einher, an denen der Patient in der Vergangenheit gelitten hat. Manchmal gehören diese einer relativ jungen Vergangenheit, manchmal der Kindheit oder sogar dem Säuglingsalter an.

Gelegentlich kommt es vor, daß in einer Sitzung ein völlig neues Symptom auftaucht, das der Patient, soweit er sich erinnern kann, noch nie erlebt hat. Dem Forscher bietet dies die einmalige Gelegenheit zum Studium der Psychogenese und Physiogenese klinischer Symptome, also von Symptomen in der Entstehung, *in statu nascendi*. Die allgemeine dynamische Struktur dieser neugebildeten Symptome scheint die gleiche zu sein wie die der gewöhnlichen neurotischen Erscheinungen; sie stellt eine Kompromißbildung zwischen starken unbewußten Trieben oder Bestrebungen und den Abwehrmechanismen dar. Phänomene dieser Art zeigen sich offenbar in der Aktivierung und Veräußerlichung latenter Matrizen des Unbewußten, die in der dynamischen Struktur der Persönlichkeit liegen. Der Grund, warum sie im früheren Leben nicht hervorgetreten sind, ist der, daß sie nicht hinreichend durch biochemische oder psychische Kräfte aktiviert wurden, um das Ich des Patienten zu beeinflussen. Die sogenannten »vegetativen« Symptome scheinen oft in diese Kategorie zu gehören.

Die individuellen Merkmale, die im niedrigen Dosierungsbereich verstärkt werden, stellen oberflächlichere, aber wichtige Aspekte der Persönlichkeit dar. Im Alltag sind manche dieser Züge so undeutlich, daß sie sich nicht leicht erkennen und bestimmen lassen; oder der Einzelne weiß ihnen mit allerlei Methoden entgegenzuwirken und sie zu verbergen. LSD kann diese unauffälligen Züge bis zur Karikatur verschärfen. Unter der verstärkenden Wirkung der Droge werden sie so markant, daß weder der Therapeut noch der Patient sie mehr übersehen können. Das breite Spektrum der Phänomene in dieser Gruppe läßt sich in mehrere typische Kategorien einteilen:

Die erste Kategorie umfaßt Erscheinungen, in denen sich die *emotionale Reaktivität* und der *allgemeine Gefühlston* äußern. Die Patienten können ihre augenblickliche Gefühlslage zutiefst erfassen und den Dimensionen ihres Erlebens und den Eigenschaften der verschiedenen affektiven Zustände, die diese Gefühlslage mit sich bringt, nachgehen. Die wahrscheinlich wertvollsten Einsichten, die sich in diesem Zusammenhang gewinnen lassen, betreffen die positiven oder negativen Gefühle gegen manche Menschen und Situationen, besonders in Form ambivalenter und widerstreitender Einstellungen. Ähnlich werden von manchen Patienten in vollem Umfang Ängste und spezielle Befürchtungen erlebt und geäußert, Niedergeschlagenheit und Verzweiflung, Zustände aggressiver Gespanntheit, Reizbarkeit und Impulsivität oder emotionale Labilität mit abwechselnd depressiver und euphorischer Stimmung. Ein Erlebnis, das vornehmlich bei neurotischen Patienten auftritt, ist ein quälendes Gefühl der Einsamkeit und Isolierung, mit dem Eindruck, unnütz zu sein. Dieses Gefühl, man sei auf der Welt überflüssig und das eigene Leben habe keinen Sinn, hängt oft mit dem Bedürfnis zusammen, unentbehrlich und geachtet zu sein. Menschen, die in der Kindheit starke Zurücksetzungen und emotionale Entbehrungen erlitten haben, zeigen in dieser Hinsicht ein heftiges Liebesbedürfnis. Solche Sehnsüchte weisen gewöhnlich stark infantile Züge mit anaklitischen Elementen auf. Manchmal können Erfahrungen dieser Art zu wertvollen Einsichten in die grundsätzlich kindliche Natur von vielerlei Abhängigkeitsbedürfnissen führen und verständlich machen, wie aus dieser Verwirrung Konflikte im Alltag erwachsen.

Die zweite Kategorie umfaßt Probleme des *Selbstbildes* und der *Selbstachtung*. Am häufigsten sind hier quälende Minderwertigkeitsgefühle im Hinblick auf verschiedene Anforderungen des eigenen Lebens. So sind zum Beispiel recht viele Patienten unzufrieden, unglücklich oder sogar verzweifelt über ihre äußere Erscheinung. Sie klagen, sie seien häßlich, ungeschlacht oder abstoßend, weisen auf imaginäre oder unerhebliche körperliche Mängel hin und übertreiben gewaltig die Bedeutung mancher tatsächlich vorhandener Fehler. Dieses Besorgtsein um die Selbstachtung betrifft oft auch die intellektuellen Fähigkeiten. Jemand bezeichnet sich als dumm, fad, phantasielos, unfähig, primitiv und ungebildet, oft in direktem Widerspruch zu seinen tatsächlichen Eigenschaften und gesellschaftlichen Erfolgen. Für Neurotiker ist es typisch, daß sie unvorteilhafte Vergleiche zwischen den eigenen Fähigkeiten und denen von Bezugspersonen wie Geschwistern, Eltern, Kollegen und Mitpatienten anstellen. Dies wird oftmals auf den Therapeuten projiziert, der stark ins Ideale erhöht und als der in jeder Hinsicht weit Überlegene betrachtet wird. Eine Folge kann sein, daß die Patienten viel Zeit und Energie darauf verwenden, zwanghaft darüber zu sinnieren, ob sie die Aufmerksamkeit, die ihnen zuteil wird, überhaupt verdienen, und ob der Therapeut seine Zeit nicht sinnvoller mit anderen Patienten verbrächte.

Eine besonders auffällige Erscheinung sind bei vielen Patienten ihre geringe moralische Selbstachtung und ihre Konflikte zwischen Triebregungen und ethischen oder ästhetischen Prinzipien. Sie haben das Gefühl, schlechte, böartige, wertlose und abscheuliche Menschen zu sein, die ihr Leben in schierer Unmoral oder Sünde hinbringen. Plötzlich wird ihnen klar, daß sie im täglichen Handeln andere Menschen ausnützen, betrügen, beleidigen oder belästigen, sich ihnen aufdrängen oder sie verletzen. Dies kann solche Ausmaße annehmen, daß manche davon sprechen, sie kämen sich schmutzig, pervers,

bestialisch vor, oder sie hätten gar kriminelle Züge in ihrer Persönlichkeit erkannt. In den meisten Fällen handelt es sich bei diesen verwerflichen Zügen um recht triviale Neigungen oder Handlungen oder um menschliche Eigenschaften von ubiquitärer Verbreitung. Eine andere Variante der niedrigen Selbstachtung ist das Gefühl, emotional minderwertig zu sein. Manche klagen, daß sie zwar von anderen herzlich und liebevoll behandelt würden, ihrerseits aber zur Erwidern solcher Gefühle nicht fähig seien. Sie glauben sich außerstande, ihren Kindern, Gatten, Geliebten, Eltern oder Geschwistern echte Zuneigung und menschliche Anteilnahme entgegenzubringen. Eine weitere häufige Erscheinung dieser Art sind quälende Schuldgefühle, Gewissensbisse und Selbstvorwürfe.

Weniger häufig erlebt man eine Aktivierung von Bestrebungen der Selbsterhöhung, wie etwa unmäßiges Prahlens und Protzen, herablassende und pseudoautoritative Einstellungen, übertriebene Machtdemonstrationen, Bereitschaft zu bissigen und nörgelnden Bemerkungen oder Neigung zu Spott und Zynismus. Das vergrößerte, karikaturistisch überzeichnete Bild dieser Erscheinungen macht es leicht, sie als kompensatorische Manöver zu durchschauen, mit denen latente Gefühle tiefer Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit verdeckt werden sollen. Mit einiger Regelmäßigkeit bringt diese Dynamik wichtige bestehende Probleme des Patienten zum Vorschein.

Die dritte Hauptkategorie von Erscheinungen in bezug auf Persönlichkeitsmerkmale umfaßt die Hervorhebung von Verhaltensmustern, die für die *soziale Reaktivität* des Patienten bezeichnend sind. Manche zeigen eine merklich gesteigerte Umgänglichkeit; sie reden unaufhörlich, sind ständig um menschlichen Kontakt bemüht und wollen andere durch Späße und Clownerien unterhalten. Manchmal haben sie ein ungeheures Bedürfnis, beachtet zu werden, und empfinden eingebildete oder tatsächliche Vernachlässigung als sehr schmerzhaft. Dies kann sie zu mancherlei beachtungheischenden Maßnahmen treiben, in der Regel denselben, die sie in gewissem Umfang auch im Alltag gebrauchen. Sie reichen von lärmendem und theatralischem Gebaren bis hin zu Sympathiebekundungen und zärtlicher Kontaktsuche. Manchmal tritt die erotische Komponente in den Vordergrund; dies führt dann zu Koketterie, Verführungsgebaren, leichteren Formen sexueller Aggressivität, verbalen Äußerungen voller sexueller Untertöne oder offener Obszönitäten.

Umgekehrt können auch die Rückzugshaltungen verstärkt werden, deren sich jemand gewohnheitsmäßig im Alltag bedient. In der psychischen Zurückgezogenheit und Abneigung gegen den Umgang mit anderen in einer LSD-Sitzung kann sich ein mangelndes Interesse an Sozialkontakten äußern und eine Vorliebe für die ästhetisch oder intellektuell attraktivere Introspektion. In manchen Fällen kann dies aber auch Ausdruck komplizierter zwischenpersönlicher Probleme und innerer Konflikte sein. Kontakte können aus Furcht vor anderen Menschen und geringer Selbstachtung vermieden werden. Bei manchen Menschen geschieht dies aus einem Gefühl heraus, unbedeutend, uninteressant, störend oder widerwärtig zu sein; bei anderen aus einer starken Befürchtung, abgewiesen zu werden. Die Rückzugsneigungen können auch Konflikte und Probleme hinsichtlich der Aggression verraten: Das Dasein der anderen, ihre Äußerungen und ihr Verhalten werden als Auslöser feindseliger Handlungen erlebt, die man verwerflich und beängstigend findet. In diesem Falle dient Rückzug der Selbstbeherrschung. Ein typisches Problem, das in einer LSD-Sitzung verstärkt werden kann, ist der Widerstreit zwischen dem Bedürfnis nach der Gesellschaft anderer und der Neigung zum Alleinsein. Der Patient fürchtet sich vor dem Alleinsein, kann aber zugleich die Gesellschaft der anderen nicht ausstehen; er (oder sie) hat eine tiefe Sehnsucht nach menschlichem Kontakt – den er doch fürchtet.

Eine weitere häufige Erscheinung ist die Intensivierung sozialer und zwischenpersönlicher Haltungen in bezug auf Dominanz und Unterwerfung. Dies kann sich in starken Bestrebungen äußern, andere zu lenken und zu manipulieren, zu bekritteln und zu be-

vormunden. Manche geben sich sichtlich Mühe, Situationen herbeizuführen, in denen Rivalitäten und Kraftproben ausgetragen werden oder andere Menschen entwürdigt, gedemütigt und lächerlich gemacht werden können. Ebenso können die unterwürfigen, liebedienerischen Verhaltensweisen bis zur Karikatur getrieben werden. Manche entschuldigen sich unaufhörlich für allerlei triviale oder imaginäre Vergehen und müssen immer wieder darüber beruhigt werden, daß sie nichts und niemanden stören. Andere fragen immerzu, ob sie auch niemanden gekränkt oder verletzt hätten, oder wollen immer von neuem versichert bekommen, daß niemand auf sie böse ist. Unentschlossenheit, ängstliches Sichanklammern und passiv-abhängige Manöver können ebenfalls extreme Ausmaße erreichen, in denen sie an anaklitisches Verhalten angrenzen.

Eine bemerkenswerte und oft zu beobachtende Erscheinung ist das heroische Ringen um die Wahrung uneingeschränkter Selbstbeherrschung. Wie oben schon gesagt, ist dies bezeichnend für Patienten, die schon im Alltag mit der Selbstbeherrschung allerlei Schwierigkeiten haben. Umgekehrt klagen Personen mit reichem Innenleben, in dem sie vor der traumatisierenden Wirklichkeit Schutz suchen können, bei einer LSD-Sitzung oft über ihr Unvermögen, sich entweder der Außenwelt oder dem inneren Erleben ungeteilt hinzugeben.

Während LSD in schwächerer Dosierung oberflächliche Schichten der Persönlichkeitsstruktur aktiviert und hervorhebt, die im alltäglichen Umgang eine wichtige Rolle spielen, bringt eine höhere Dosierung tiefe dynamische Kräfte und Bestrebungen nach außen. Sobald die LSD-Dosis eine gewisse kritische Schwelle, die bei jedem Menschen anders liegt, überschreitet, ist oft eine augenfällige psychische Umkehrung zu beobachten. Nun kommen vielerlei starke Bestrebungen zum Vorschein, die den bisher genannten oberflächlichen Elementen oft ganz entgegengesetzt sind, und ergreifen die Herrschaft über das Erleben und Verhalten des Patienten. Sie stellen größere dynamische Unterströmungen dar, die unter normalen Umständen von mancherlei Abwehrmechanismen eingedämmt werden. Während die bisher behandelten Phänomene zur besseren Kenntnis der mehr oder weniger manifesten Persönlichkeitsaspekte verhelfen, kann das Hervortreten diesen tieferen Bestrebungen wesentlich zum Verständnis der dynamischen Persönlichkeitsstruktur beitragen.

Diese Umkehrung ist am häufigsten bei extrem submissiven und ängstlichen Menschen zu beobachten, die im täglichen Leben schüchtern, zaghaft und überhöflich sind und jeden zwischenmenschlichen Konflikt sorgsam vermeiden. Wenn sie im Ringen um die Selbstbeherrschung endlich unterlegen sind, lassen diese Menschen eine ausgeprägte Aggressivität mit gehässigen und destruktiven Tendenzen erkennen. Eine zeitweilige Umkehrung von ähnlicher Art ist ziemlich häufig bei Patienten, die normalerweise starke sexuelle Hemmungen oder viktorianische Vorurteile haben, übermäßig zur Schamhaftigkeit, zur Askese, zu Puritanismus und Prüderie neigen. Das Erleben solchen Menschen ist in LSD-Sitzungen oft von unverhohlenen sexuellen Regungen beherrscht. Sie neigen zum Kokettieren, zu Frivolitäten oder Verführungsversuchen und zu sozialem Exhibitionismus mit sexuellem Unterton. Sie ergehen sich manchmal in Obszönitäten, lassen Anzeichen sexueller Aggressivität erkennen oder versuchen, in Anwesenheit der Beisitzer zu masturbieren.

Plötzliche, dramatische Änderungen können sich an Personen vollziehen, die normalerweise unter starken Gefühlen der Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit leiden. Sie werden oftmals großspurig und übertrieben selbstbewußt, bekunden mancherlei tyrannische Neigungen und äußern größenwahnsinnige Ideen und Phantasien. Bei deutlich autoritären Menschen dagegen, die normalerweise allzu gebieterisch auftreten und zu persönlichen Kraftproben und Machtdemonstrationen neigen, bringt diese Phase der LSD-Therapie oftmals den kompensatorischen und abwehrenden Charakter einer solchen Haltung zum Vorschein. Unter dem Einfluß des LSD treten latente Gefühle abgründiger Unsicherheit, geringer Selbstachtung und kindlicher Hilflosigkeit zutage und beherr-

schen das ganze Feld des Erlebens. Viele männliche Patienten, die im täglichen Leben Anwandlungen von Männerstolz, »Machismo« und Muskelprotzertum zeigen, auf männliche Vorrechte pochen und den Frauen mit souveräner Respektlosigkeit und Ironie begegnen, erkennen in diesen Sitzungen, daß sie ihrer Männlichkeit gar nicht so gewiß sind und starke Homosexualitätsängste hegen. Ähnlich treten Überempfindlichkeit, emotionale Zerbrechlichkeit und Verletzlichkeit oft in den Sitzungen von Menschen mit einer nach außen hin zynischen Weltsicht hervor, die sich ansonsten spöttisch und sarkastisch über die menschlichen Gefühle und die positiven Werte im Leben äußern.



Ein Patient bringt zum Ausdruck, wie er während einer psychedelischen Sitzung die Situation in seiner Ehe gesehen hat. Seine Frau erscheint als ein monströses Raubtier, er als eine hilflose Maus, die aus ihrem Maul hängt. Dieses Erlebnis war stark getönt von den zugrundeliegenden perinatalen Elementen.

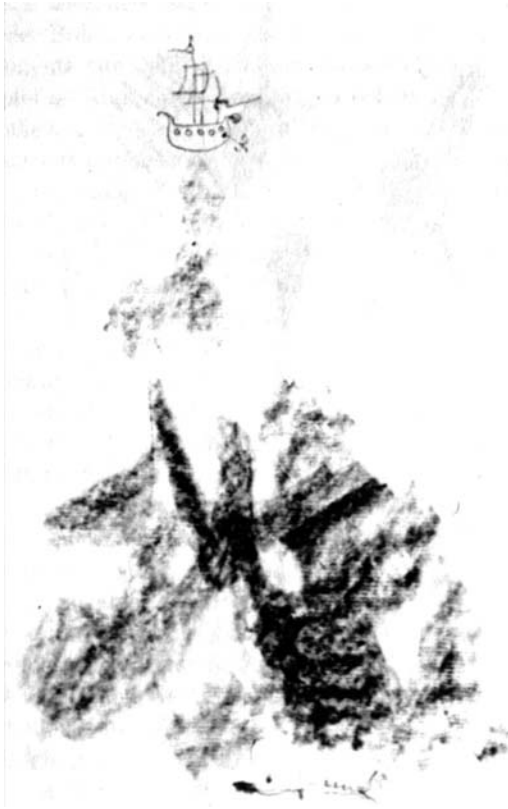
Nicht selten ist es auch, daß kirchenverhaftete Menschen, die in Familien aufgewachsen sind, in denen religiöser Fanatismus und bigotte Heuchelei herrschten, heftige antireligiöse Neigungen bekunden und ketzerische oder blasphemische Bemerkungen machen. Umgekehrt zeigen die allzu Logischen und Vernünftigen, deren Bekenntnis zu pragmatischen und verständigen Werthaltungen einen abwehrenden Charakter hat, auf einer tieferen Ebene oftmals lebhaftige Neigungen zu metaphysischen Ängsten, irrationalen Ideen, zu Aberglauben und magischem Denken.

Verschiedene Aspekte der Persönlichkeitsstruktur, wie wir sie bisher behandelt haben – die Oberfläche oder Fassade, die dynamischen Kräfte im Untergrund und das Wechselspiel von

beiden –, können sich in LSD-Sitzungen auf vielerlei Weisen äußern. Diese Elemente können in Form von Gefühlen erlebt werden, als körperliche Empfindungen, als spezifische Denkvorgänge und als Verhaltensmuster. Zumeist sind sie jedoch mit vielerlei Wahrnehmungsveränderungen verbunden, die alle Sinnesorgane betreffen. Diese können zu systematischer Verzerrung des Körperschemas führen, zu verwickelten auto-symbolischen Transformationen und zum Erleben komplexer symbolischen Szenen, in denen nicht nur die Eigenwahrnehmung, sondern auch die Wahrnehmung der menschlichen und sogar der physischen Umgebung drastisch verändert ist.

Anstatt das ganze Spektrum der Phänomene, die dabei auftreten können, zu beschreiben, wollen wir kurz auf die besonders häufige Tiersymbolik eingehen. Bei ihrer charakterologischen Selbsterforschung identifizieren sich viele LSD-Patienten erlebnishaft mit bestimmten Tieren, die traditionell bestimmte Persönlichkeitstypen, Einstellungen und Verhaltensweisen darstellen. Wenn sich also jemand in der LSD-Erfahrung auto-symbolisch zu einem Raubtier stilisiert, einem Tiger, Löwen, Jaguar oder Schwarzen Panther, so wird man dies als Hinweis auf seine heftigen aggressiven Gefühle verstehen dürfen. Die Identifizierung mit einem Affen kann polymorph perverse Tendenzen wiedergeben und ungehemmte Befriedigung genitaler und prägenitaler Gelüste. Ein starker

Geschlechtstrieb kann in der Verwandlung in einen Hengst oder Bullen zum Ausdruck kommen, oder, wenn eine starke Komponente von Geilheit und unterscheidungsloser Promiskuität im Spiel ist, durch einen dreckigen wilden Eber. Ein Anflug von männlicher Eitelkeit und sexuell getöntem Exhibitionismus kann durch autosymbolische Darstellung des Patienten als krähender Gockel auf einem Misthaufen lächerlich gemacht werden. Ein Ochse oder Esel symbolisiert Dummheit, ein Maultier Hartnäckigkeit, und ein Schwein bedeutet meist Selbstvernachlässigung, Schlamperei und moralische Mängel.



Symbole, die ganz allgemein zum Ausdruck bringen, wie der Patient sein Leben sieht. Das Schiff seiner Existenz schwebt gefährlich auf dem Gipfel einer hohen Welle, und in der Tiefe lauert ein hai-fischartiges Ungeheuer, um ihn zu verschlingen.

Wenn der Patient in der Sitzung die Augen offen behält, können die innerpsychischen Vorgänge auf andere Personen oder sogar auf die dingliche Umgebung projiziert werden. Therapeut, Krankenschwester, Mitpatienten, Freunde oder Angehörige können illusorisch in Repräsentanten für die Triebwünsche des Patienten verwandelt werden. Sie können als Sadisten, Lüstlinge, Perverse, Mörder, Verbrecher oder dämonische Gestalten erscheinen. Ebenso können sie umgekehrt auch die strengen Urteile des Überichs verkörpern: als Elternfiguren, Richter, Geschworene, Polizisten, Gefängniswärter oder Henker. Im Extremfall kann die ganze menschliche und physische Umgebung in eine komplexe Bordell- oder Haremsszene verwandelt werden, in eine sexuelle Orgie, einen mittelalterlichen Kerker, ein Konzentrationslager, einen Gerichtssaal oder eine Todeszelle.

Detaillierte Analysen zur Form und zum Inhalt aller dieser Phänomene, in Anwendung der Methode des freien Einfalls oder der freien Assoziation auf alle Elemente, können zur Quelle weiterer spezifischer und bedeutsamer Informationen über die Persönlichkeit des Patienten werden. Wird die LSD-Therapie mit den drogenfreien erfahrungsorientierten Methoden kombiniert, so kann jede dieser Vorstellungen für die spätere therapeutische Arbeit genutzt werden; zum Beispiel wären die obengenannten komplexen Szenen besonders geeignet für die von Fritz Perls (79) entwickelten Gestalttechniken der Traumanalyse. Es wird dabei klar aufgewiesen, daß die LSD-Erlebnisse eines Patienten in hochspezifischer Weise für seine Persönlichkeit bezeichnend sind; sie stellen verdichtet und symbolisch seine größten emotionalen Probleme dar und hängen eng mit bedeutsamen Situationen aus seiner Vergangenheit und seinen jetzigen Lebensumständen zusammen. Untersucht man detailliert die einzelnen Elemente des LSD-Erlebens auf dieser Ebene, ob nun nach der Freudschen Methode oder nach den neuen erfahrungsorientierten Methoden, so erkennt man weitreichende Ähnlichkeiten zwischen ihrer dynamischen Struktur und der Struktur der Träume. Freud hat einmal die Traumdeutung als den Königsweg zum Unbewußten bezeichnet, und dies gilt noch mehr für die Analyse des LSD-Erlebens. Assoziationen zu allen Elementen aus dem Inhalt einer LSD-Sitzung, die auf der psychodynamischen Ebene liegen, führen geradewegs zu wichtigen emotionalen Problemen des Patienten hin.

Die Tatsache, daß LSD selektiv die am stärksten gefühlsbeladenen unbewußten Inhalte zu aktivieren pflegt, macht diese Droge zu einem einzigartigen Werkzeug psychodynamischer Diagnostik. Schon eine einzige LSD-Sitzung kann oft die bedeutsamsten Konfliktzonen bestimmbar machen, die dynamische Tiefenstruktur klinischer Symptome aufdecken und zwischen relevanten und irrelevanten Problemen unterscheiden helfen. Alle LSD-Erlebnisse psychodynamischen Charakters sind vielfach überdeterminiert und bringen in den kryptischen Kürzeln ihrer Symbolsprache die Grundprobleme der Persönlichkeit zum Ausdruck.¹

Die Bedeutung der Persönlichkeitsfaktoren für den Charakter, Inhalt und Verlauf des LSD-Erlebens wird noch deutlicher, wenn die Droge im Rahmen einer therapeutischen Sitzungsfolge mehrfach eingenommen wird. Unter diesen Umständen kann der Patient gewöhnlich mancherlei emotionale und psychosomatische Symptome, zwischenpersönliche Einstellungen und Verhaltensmuster bis zu ihrem Ursprung im Unbewußten zurückverfolgen. Dazu kommt es in den meisten Fällen ganz spontan, ohne daß die freie Assoziation angewendet werden und ohne daß der Therapeut viel deuten müßte. LSD-Sitzungsfolgen können als Prozesse aufgefaßt werden, in denen der Inhalt dynamischer Matrizen im Unbewußten immer mehr aktiviert und aufgeschlossen wird.

Der Charakter des LSD-Erlebens hängt davon ab, welche Schicht des Unbewußten aktiviert wird und in den Brennpunkt bewußter Aufmerksamkeit tritt. Obwohl der Charakter des Unbewußten und damit auch der Charakter der LSD-Phänomene der eines vielschichtigen und mehrdimensionalen Ganzen ist, kann man für theoretische und praktische Zwecke bestimmte Hauptbereiche des Erlebens unterscheiden. Jeder dieser Bereiche hat seinen eigenen Inhalt, wird von eigenen dynamischen Systemen beherrscht und hat seine eigene Bedeutung für die psychischen Vorgänge. Die folgenden drei Kategorien von LSD-Erlebnissen erscheinen mir hinreichend klar abgegrenzt, um als selbständige Typen beschrieben zu werden:

- a) psychodynamische Erlebnisse
- b) perinatale Erlebnisse
- c) transpersonale Erlebnisse

Auslassen wollen wir in diesem Zusammenhang die abstrakte oder ästhetische Ebene des LSD-Erlebens, die offenbar mit der chemischen Reizung der Sinnesorgane zu tun hat und für das tiefere Verständnis der Persönlichkeitsstruktur nicht von Belang ist.²

2.2.1 Psychodynamische Erlebnisse

Die Erlebnisse dieser Kategorie hängen mit Inhalten aus der Lebensgeschichte des Patienten zusammen und leiten sich insbesondere von emotional folgenreichen Ereignissen, Situationen und Umständen her. Sie sind verknüpft mit wichtigen Erinnerungen, Problemen und ungelösten Konflikten aus verschiedenen Lebensperioden seit der frühen Kindheit. Die psychodynamischen Erlebnisse entspringen in Bezirken der menschlichen Persönlichkeit, die gemeinhin schon in normalen Bewußtseinsverfassungen zugänglich sind, oder im individuellen Unbewußten, welches das verdrängte lebensgeschichtliche Material enthält. Die unkompliziertesten psychodynamischen Erscheinungen sind Vergewärtigungen früherer Ereignisse, mit lebhaftem Nachvollzug traumatischer oder außergewöhnlich lustvoller Erinnerungen aus dem Säuglingsalter, der Kindheit oder späteren Lebensabschnitten. Zu den komplizierteren Erscheinungen gehören überraschende Kombinationen verschiedener Erinnerungsgehalte, bildliche Konkretisierungen von Phantasien, Inszenierungen von Wunsch- oder Tagträumen, Deckerinnerungen und andere komplexe Mischungen von Phantasie und Realität. Außerdem gibt es auf der psychodynamischen Ebene noch mancherlei Erlebnisse, die wichtiges unbewußtes Material in symbolischer Verkleidung, in kryptischer Entstellung durch die Abwehrmechanismen und in metaphorischen Anspielungen enthalten.

Die Erlebnisse in psychodynamischen LSD-Sitzungen lassen sich weitgehend in den Grundbegriffen der Psychoanalyse verstehen. Wären die psychodynamischen Episoden die einzige Art von LSD-Erlebnissen, so könnten die Befunde aus der LSD-Psychotherapie als gleichsam experimenteller Beweis für das Freudsche Theoriengebäude dienen. Die psychosexuelle Dynamik und die von Freud beschriebenen Grundkonflikte zeigen sich mit ungewöhnlicher Klarheit und Lebhaftigkeit selbst in den Sitzungen naiver Personen. Unter dem Einfluß des LSD regredieren sie in die frühe Kindheit, erleben mancherlei psychosexuelle Traumata nach und bearbeiten Konflikte bezüglich der Aktivitäten in den verschiedenen libidinösen Zonen. Sie müssen psychische Grundprobleme durcharbeiten, wie sie die Psychoanalyse beschrieben hat, etwa den Ödipus- und den Elektra-Komplex, frühe kannibalische Regungen, Konflikte hinsichtlich des Sauberkeitstrainings, Kastrationsangst und Penisneid.

Um aber diese Sitzungen und ihre Folgen für den klinischen Zustand der Psychiatriepatienten und für ihre Persönlichkeitsstruktur vollständiger zu erfassen, müssen wir ins psychoanalytische Denken ein neues Prinzip einführen. Viele LSD-Phänomene auf dieser Ebene lassen sich verstehen, und manche lassen sich sogar voraussagen, wenn man sich das Konzept der spezifischen Erinnerungskonstellationen zu eigen macht, die ich als COEX-Systeme (systems of condensed experience)³ bezeichne. Dieses Konzept ergab sich in der Anfangszeit meiner psychedelischen Studien in Prag aus meinen Analysen zur Phänomenologie therapeutischer LSD-Sitzungen. Es hat sich als äußerst nützlich erwiesen, um die Dynamik der ersten Phasen einer psycholytischen Therapie mit Psychiatriepatienten zu verstehen.

Ein COEX-System kann definiert werden als eine spezifische Konstellation von Erinnerungen (und damit verbundenen Phantasien) aus verschiedenen Lebensabschnitten des Einzelnen. Die zu einem bestimmten COEX-System gehörenden Erinnerungen haben alle ein ähnliches Grundthema oder enthalten ähnliche Elemente und sind mit starken Emotionen der gleichen Qualität besetzt. Die tiefsten Schichten dieses Systems stellen lebhafteste, farbige Erinnerungen an Erfahrungen aus der ersten Lebenszeit und der frühen Kindheit dar. Zu den oberflächlicheren Schichten gehören Erinnerungen an ähnliche Erfahrungen aus späteren Lebensperioden bis hin zur gegenwärtigen Situation. Die starke emotionale Befrachtung der COEX-Systeme (die sich oft in dem heftigen Abreagieren erweist, das die Aufschlüsselung dieser Systeme in LSD-Sitzungen begleitet) ist offenbar eine Summierung aller Emotionen, die zu den Erinnerungen eines bestimmten Systems gehören.

Die einzelnen COEX-Systeme haben feste Bezüge zu bestimmten Abwehrmechanismen und sind mit spezifischen klinischen Symptomen verknüpft. Die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Teilen der Systeme stehen in den meisten Fällen prinzipiell im Einklang mit den Gedanken Freuds; das theoretisch neue Moment ist das Konzept eines dynamischen Organisationssystems. Die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten umfaßt gewöhnlich mehrere größere COEX-Systeme. Ihr Charakter und Umfang, ihre Gesamtzahl und Intensität variieren beträchtlich von Person zu Person. Die psychodynamische Ebene des Unbewußten und damit der Einfluß der COEX-Systeme ist viel weniger bedeutsam bei Personen mit nicht sonderlich traumatischer Kindheit.

Je nach der Grundqualität der emotionalen Besetzung können wir unterscheiden zwischen *negativen* COEX-Systemen (die unlustvolle Gefühlserfahrungen verdichten) und *positiven* COEX-Systemen (die lustvolle Gefühlserfahrungen und positive Aspekte des früheren Lebens verdichten). Obwohl es gewisse Wechselbeziehungen und Überschneidungen gibt, wirken die einzelnen COEX-Systeme doch relativ selbständig. In einem komplizierten Zusammenspiel mit der Umwelt beeinflussen sie selektiv die Art und Weise, wie der Einzelne sich selbst und die Welt wahrnimmt, sie beeinflussen seine Gefühle und Gedanken und sogar manche somatischen Vorgänge.

Soweit die in LSD-Sitzungen beobachteten Erscheinungen vornehmlich von psychodynamischem Charakter sind, lassen sie sich als eine Folge von Veräußerlichung, Abreagieren und Verarbeitung verschiedener Schichten aus negativen COEX-Systemen des Einzelnen verstehen sowie als Bahnung von Wegen für den Einfluß der positiven Systeme. Wenn ein negatives COEX-System ins Feld des Erlebens vordringt, vollzieht sich im Inhalt und Verlauf der LSD-Sitzung eine spezifische Veränderung. Das System gewinnt beherrschenden Einfluß auf alle Seiten des psychedelischen Erlebens. Es bestimmt die Richtung, in welcher die Dinge und Menschen der Umgebung illusionär verwandelt werden, diktiert dem Patienten, wie er sich selbst sehen und erleben muß, beherrscht seine Gefühlsregungen, seine Denkvorgänge und auch manche körperlichen Erscheinungen. Diese beherrschende Rolle spielt ein COEX-System im allgemeinen so lange, bis die älteste Erinnerung oder Kernerfahrung dieses Systems vollständig nacherlebt und verarbeitet worden ist. Daraufhin übernimmt ein anderes System die Führung und beherrscht das Erlebensfeld. Oft lösen in einer Sitzung oder in einer Sitzungsreihe mehrere COEX-Systeme einander in dieser steuernden Rolle ab, wobei jedes in einem ähnlichen Prozeß abreagiert und verarbeitet wird.

Eine sehr interessante Wechselwirkung läßt sich zwischen der Dynamik von COEX-Systemen und Ereignissen in der Außenwelt nachweisen. Wie schon gesagt, bestimmt ein aktiviertes COEX-System die Art und Weise, wie der Patient seine Umgebung wahrnimmt und auf sie reagiert. Umgekehrt können manche Elemente der Behandlungssituation oder bestimmte Vorfälle während der Sitzung ein COEX-System mit entsprechenden Eigenschaften aktivieren; auf diese Mechanismen werden wir zurückkommen, wenn wir die Bedeutung der Rahmensituation erörtern. Der steuernde Einfluß eines aktivierten COEX-Systems muß sich nicht auf den Zeitraum der pharmakologischen LSD-Wirkung beschränken; er kann nach der Sitzung tage-, wochen- oder manchmal monatelang anhalten. Die oben beschriebenen Prinzipien der COEX-Dynamik sind also wichtig, um einmal die therapeutischen Wirkungen psychodynamischer LSD-Sitzungen und zum andern auch ihre Komplikationen zu verstehen. (Vgl. die Kapitel 5 und 6 über Komplikationen in der LSD-Psychotherapie und den Behandlungsverlauf.)

Bevor wir diese Ausführungen über die psychodynamischen und biographischen Aspekte der LSD-Sitzungen abschließen, müssen wir noch eine Kategorie von Erlebnissen erwähnen, die eine Übergangserscheinung zwischen der psychodynamischen und der auf sie folgenden perinatalen Ebene darstellen, auf der die Phänomene von Geburt und Tod oder Tod und Wiedergeburt im Mittelpunkt stehen. In diese Übergangskategorie gehört das Nacherleben traumatischer Erinnerungen aus dem Leben des Einzelnen, die eher von körperlichem als rein psychischem Charakter sind. Solche Erinnerungen gelten typischerweise früheren Situationen, bei denen das Leben oder die körperliche Unversehrtheit in Gefahr waren. Sie erstrecken sich über einen weiten Bereich, der von schweren Operationen, schmerzhaften und gefährlichen Verletzungen, schweren Krankheiten und Fällen von Ertrinkungsgefahr bis zu Episoden seelischer Grausamkeit und körperlicher Mißhandlung reicht. Erinnerungen an die Haft in einem Konzentrationslager, an Erfahrungen mit den Gehirnwäsche- und Verhörmethoden der Nazis oder Kommunisten oder an in der Kindheit erlittene Mißhandlungen wären als Beispiele für die letztere Gruppe zu nennen.

Diese Erinnerungen sind von eindeutig biographischem Charakter, thematisch aber eng verwandt den perinatalen Erinnerungen. Nicht selten tritt das Nacherleben körperlicher Traumata aus der eigenen Vergangenheit als ein oberflächlicheres Begleitmoment zum Erleben der Geburtsqualen auf. Erinnerungen an somatische Traumatisierungen sind oft die Quelle sehr schmerzhafter und beängstigender Erlebnisse in LSD-Sitzungen. Sie scheinen auch bei der Psychogenese mancher emotionaler Störungen eine wichtige Rolle zu spielen, die von den verschiedenen Schulen dynamischer Psychotherapie noch nicht erkannt und berücksichtigt wird. Dies gilt insbesondere für Depressionen, Selbstmordbestrebungen, Sadomasochismus, Hypochondrie und psychosomatische Störungen.

2.2.2 Perinatale Erlebnisse

Den wichtigsten gemeinsamen Nenner und den Mittelpunkt der von diesem Bezirk des Unbewußten ausgehenden Erlebnisse bildet eine Gruppe von Problemen, die mit der biologischen Geburt, mit körperlichem Leid und Schmerz, mit Krankheit, Altern, Gebrechlichkeit, mit dem Sterben und dem Tode zusammenhängen. Wir müssen betonen, daß die Begegnung mit diesen wesentlichen Aspekten des menschlichen Daseins in der Regel die Form tiefen eigenen Erlebens und nicht nur einer symbolischen Vergegenwärtigung annimmt. Eschatologische Ideen mit Visionen von Kriegen, Revolutionen, Konzentrationslagern, Unfällen, Särgen, verwesenden Kadavern, Friedhöfen und Leichenzügen treten als charakteristische Illustrationen und Begleitumstände der perinatalen Erlebnisse auf. Deren Wesen ist jedoch ein äußerst realistisches und authentisches Bild von der letzten biologischen Krise, das die Patienten oft mit dem tatsächlichen Sterben verwechseln. Nicht selten verliert einer in dieser Situation die Realitätsorientierung und kommt zu der Wahnidee, daß ihm tatsächlich der Tod bevorstehe.

Die bestürzende Konfrontation mit diesen alarmierenden Aspekten der Existenz und das tiefe Begreifen des Menschen als biologisches Geschöpf in all seiner Verletzlichkeit und Vergänglichkeit haben zwei wichtige Folgen. Die erste ist eine schwere emotionale und philosophische Krise, die den Einzelnen zwingt, sich ernsthaft nach dem Sinn seines Lebens und seiner Werthaltungen zu fragen. Durch diese Erfahrungen erkennt er – nicht intellektuell, sondern auf einer tieferen, nahezu zellularen Ebene –, daß er, gleich was er tut, dem Unvermeidlichen nicht enttrinnen können. Er wird diese Welt verlassen müssen, und nichts bleibt ihm von all dem, was er geschaffen und angehäuft hat. Dieser Durchgang durch eine ontologische Krise verbindet sich gewöhnlich mit einer endgültigen Herausbildung von Grundwerten. Weltlicher Ehrgeiz, Konkurrenzstreben, Begierden nach Macht, Rang und Ruhm, Ansehen und Besitz verblassen vor dem Hintergrund dieser Unausweichlichkeit, mit der jedes menschliche Drama in der biologischen Vernichtung endet.

Die zweite wichtige Folge dieser erschreckenden Begegnung mit dem Phänomen des Todes ist eine Eröffnung von Bezirken religiösen und spirituellen Erlebens, die offenbar ein Wesenszug der menschlichen Persönlichkeit und von der kulturellen Vorgeschichte des Einzelnen und seiner religiösen Erziehung unabhängig sind. Auflösbar ist dieses existentielle Dilemma einzig auf dem Wege der Transzendenz. Der Einzelne muß Bezugspunkte finden, die jenseits der engen Grenzen seiner hinfälligen Physis liegen und seine knappe Lebensspanne überdauern. Wohl jeder, der im Erleben zu diesen Ebenen vordringt, überzeugt sich von der höchsten Bedeutung der spirituellen Dinge im Weltenplan. Auch positivistisch ausgerichtete Wissenschaftler, hartgesottene Materialisten, Skeptiker und Zyniker, kompromißlose Atheisten und Religionsfeinde wie die marxistischen Philosophen und Politiker nehmen plötzlich Anteil an der spirituellen Suche, nachdem ihnen diese Schichten im eigenen Innern begegnet sind.

Die Erlebnisfolge von Tod und Geburt (oder Wiedergeburt), die für die Öffnung der perinatalen Ebene charakteristisch ist, verläuft oft sehr dramatisch, mit vielen biologischen Begleiterscheinungen, die auch für den außenstehenden Beobachter erkennbar sind. Manchmal verbringt der Patient Stunden unter quälenden Schmerzen, mit Gesichtsverzerrungen, Luftschnappen, Entladungen ungeheurer Muskelspannungen in Zittern und Zucken, heftigen Schüttelanfällen und komplizierten Verrenkungen. Das Gesicht kann dunkelrot anlaufen oder totenblaß werden; der Puls ist erheblich beschleunigt. Die Körpertemperatur schwankt in einem weiten Bereich; Schweißausbrüche und Übelkeit mit stoßartigem Erbrechen sind häufig.

Beim gegenwärtigen Stand der Forschung ist nicht ganz klar, auf welche Weise diese Erfahrungen mit den Umständen bei der tatsächlichen biologischen Geburt des Einzelnen zusammenhängen. Manche LSD-Patienten sprechen ganz ausdrücklich von einem Nachvollzug des Geburtstraumas; andere stellen diese Verknüpfung nicht her und fassen die Begegnung mit Tod und Wiedergeburt in rein symbolischen, philosophischen

und spirituellen Bezügen auf. Auch bei diesen letzteren aber sind die perinatalen Erfahrungen regelmäßig von einem Komplex körperlicher Symptome begleitet, die sich am besten als vom biologischen Geburtsvorgang herkommend deuten lassen. Abgesehen von den anfallsartigen motorischen Entladungen und den schon genannten anderen Symptomen können auch Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit und starke Schleim- und Speichelabsonderung auftreten. Diese Personen nehmen auch fetale Haltungen ein und vollführen Bewegungen, die denen eines Kindes in den Phasen des biologischen Gebärvorgangs ähnlich sind. Außerdem berichten sie oft, sie hätten Feten oder neugeborene Kinder gesehen oder sich mit ihnen identifiziert. Ebenso häufig sind Empfindungen, Stellungen und Verhaltensweisen, die denen von Neugeborenen entsprechen, und visuelle Vorstellungen weiblicher Brüste und Genitalien.

Die meisten der vielseitigen und vielschichtigen Inhalte von LSD-Sitzungen, die sich auf dieser Ebene des Unbewußten bewegen, scheinen in vier typologische Kategorien oder Erlebnismuster zu fallen. Als ich nach einer einfachen, logischen und natürlichen Erklärung für diese Beobachtung suchte, fielen mir die erstaunlichen Parallelen zwischen diesen Mustern und den klinischen Phasen des Gebärvorgangs auf. Zu didaktischen Zwecken, aus theoretischen Erwägungen und für die Praxis der LSD-Psychotherapie erwies es sich als nützlich, diese vier Kategorien von Phänomenen mit den vier aufeinander folgenden Phasen der biologischen Geburt und mit den Erfahrungen des Kindes in der perinatalen Periode zu verknüpfen. Der Kürze halber bezeichne ich die funktionalen Strukturen im Unbewußten, die sich in diesen vier Erfahrungsmustern äußern, als *perinatale Grundmatrizen* (Basic Perinatal Matrices I-IV). Ich verstehe sie als hypothetische dynamische Steuerungssysteme, die auf der perinatalen Ebene des Unbewußten eine ähnliche Funktion haben wie die COEX-Systeme auf der psychodynamischen Ebene.

Die perinatalen Grundmuster haben ihren eigenen spezifischen Inhalt, nämlich konkrete, realistische und authentische Erfahrungen in bezug auf die einzelnen Phasen des biologischen Gebärvorgangs und in bezug auf deren symbolische und spirituelle Entsprechungen (exemplarisch repräsentiert durch die Elemente des kosmischen Einsseins, des verschlingenden Weltenabgrunds, der Ausweglosigkeit, des Todes- und Wiedergeburtserlebens). Abgesehen von diesen eigenen Inhalten fungieren die perinatalen Grundmuster auch als Organisationszentren für die Inhalte anderer Schichten des Unbewußten. Perinatale Erlebnisse können daher auch in psychedelischen Sitzungen auftreten, die sich mit spezifischen psychodynamischen Inhalten der COEX-Systeme beschäftigen, und ebenso auch in Verbindung mit mancherlei transpersonalen Erlebnissen. Besonders häufige Begleiterscheinungen des Geburtserlebens sind Erinnerungen an Krankheiten, Operationen oder Unfälle, archetypische Phänomene (besonders Erscheinungen der »Entsetzlichen Mutter« oder der »Großen Mutter«), Inhalte des Gruppenbewußtseins, Erinnerungen an menschliche und gattungsgeschichtliche Vorfahren oder an frühere Inkarnationen.

Die einzelnen perinatalen Matrizen haben zugleich auch feste Verbindungen mit Aktivitäten in den Freudschen erogenen Zonen und mit bestimmten Kategorien von psychischen Störungen. Alle diese komplexen Wechselbeziehungen sind auf einer synoptischen Tafel in meinem ersten Buch dargestellt worden. Sie zeigte unter anderem enge Parallelen zwischen den Geburtsphasen und dem Verlauf des sexuellen Orgasmus. Die Ähnlichkeit zwischen diesen beiden biologischen Abläufen ist eine Tatsache von grundsätzlicher theoretischer Bedeutung. Sie ermöglicht für die Psychogenese emotionaler Störungen eine ätiologische Akzentverschiebung von der sexuellen Dynamik zu den perinatalen Matrizen, ohne daß man die Gültigkeit der Freudschen Grundprinzipien für das Verständnis der psychodynamischen Phänomene und ihrer Wechselbeziehungen leugnen müßte.

PERINATALE GRUNDMATRIZEN

PM I	PM II	PM III	PM IV
KORRESPONDIERENDE PSYCHOPATHOLOGISCHE SYNDROME			
Schizophrene Psychosen (paranoide Symptomatologie, Gefühle mystischer Vereinigung, Begegnung mit metaphysischen bösen Mächten, karmische Erfahrungen); Hypochondrie (basierend auf sonderbaren, bizarren physischen Empfindungen); hysterische Halluzinose und Verwechseln von Tagträumen mit der Realität.	Schizophrene Psychosen (Elemente von Höllenqualen, Erfahrung der sinnlosen Welt, die jeden Augenblick wie ein Kartenhaus zusammenstürzen kann); schwere, gehemmte, »endogene« Depressionen; irrationale Minderwertigkeits- und Schuldgefühle; Hypochondrie (basierend auf schmerzhaften physischen Empfindungen); Alkoholismus und Drogensucht.	Schizophrene Psychosen (sodomasochistische und skatologische Elemente, Selbstverstümmelung, abnormes Sexualverhalten); erregte Depression, sexuelle Abweichungen (Sodomasochismus, männliche Homosexualität, Trinken von Urin und Essen von Kot); Zwangsneurose; psychogenes Asthma, Ticks und Stottern; Konversions- und Angsthysterie; Frigidität und Impotenz; Neurasthenie; traumatische Neurosen; Organneurosen; Migräne; Blasen- und Darmschwäche; Psoriasis; Magengeschwür.	Schizophrene Psychosen (Erfahrungen von Tod und Wiedergeburt; messianische Wahnvorstellungen, Elemente von Vernichtung und Wiedererschaffung der Welt, Errettung und Erlösung, Identifikation mit Christus); manische Symptomatologie; weibliche Homosexualität; Exhibitionismus.
KORRESPONDIERENDE VORGÄNGE IN DEN FREUDSCHEN EROGENEN ZONEN			
Libidinöse Befriedigung in allen erogenen Zonen; libidinöse Gefühle beim Wiegen und Baden; teilweise Annäherung an diesen Zustand nach oraler, analer, urethraler oder genitaler Befriedigung und nach dem Gebären eines Kindes.	Orale Frustration (Durst, Hunger, schmerzhafte Reize); Zurückhalten der Fazes und/oder des Urins; sexuelle Frustration; Erfahrungen von Kälte, Schmerz und anderen Unlustempfindungen.	Kauen und Verschlucken von Nahrung; orale Aggression und Vernichtung eines Gegenstandes; Prozeß der Defäkation und des Wasserlassens; anale und urethrale Aggression; sexueller Orgasmus, phallische Aggression; Gebären eines Kindes, statokustische Erotik (Rütteln, Gymnastik, Kunstspringen, Fallschirmspringen).	Stillung von Durst und Hunger; lustvolles Saugen; libidinöse Gefühle nach Defäkation, Urinieren, sexuellem Orgasmus oder Gebären eines Kindes.
ASSOZIIERTE ERINNERUNGEN AUS DEM POSTNATALEN LEBEN			
Situationen aus dem späteren Leben, wo wichtige Bedürfnisse befriedigt werden, wie z. B. glückliche Augenblicke aus dem Säuglingsalter und der Kindheit (gute Bemutterung, Spiel mit Gleichaltrigen, harmonische Perioden in der Familie usw.), Liebeserfüllung, Romanzen; Reisen oder Ferien in schöner Natur; Begegnung mit künstlerischen Schöpfungen von hohem ästhetischen Wert; Schwimmen im Meer und in Seen mit klarem Wasser usw.	Situationen, die das Überleben und die körperliche Unversehrtheit gefährden (Kriegserlebnisse, Unfälle, Verletzungen, Operationen, schmerzhafte Krankheiten, Beinahe-Ertrinken, Erstickten, Gefangenschaft, Gehirnwäsche und ungesetzliche Verhöre, körperliche Mißhandlung usw.); schwere psychische Traumatisierungen (emotionelle Entbehrung, Ablehnung, bedrohliche Situationen, bedrückende Familienatmosphäre, Verhöhnung und Demütigung usw.).	Kämpfe, Raufereien und abenteuerliche Betätigungen (aktive Angriffe in Schlachten und Revolutionen, Erlebnisse im Militärdienst, Flüge und Schiffsfahrten bei stürmischem Wetter, riskantes Autofahren, Boxen); stark sinnliche Erinnerungen (Karneval, Vergnügungsparks, Nachtclubs, ausgelassene Gesellschaften, sexuelle Orgien usw.); Kindheitsbeobachtungen von sexuellen Betätigungen Erwachsener; Erlebnisse von Verführung und Vergewaltigung; bei Frauen Gebären der eigenen Kinder.	Glückliches Entrinnen aus gefährlichen Situationen (Ende des Kriegs oder der Revolution, Überleben eines Unfalls oder einer Operation); Überwindung schwerer Hindernisse durch aktive Bemühung; Episoden von Streß und hartem Kampf mit eindeutig erfolgreichem Ausgang; Naturszenen (Fühlingsanfang, Ende eines Sturmes auf dem Meer, Sonnenaufgang usw.).
PHÄNOMENOLOGIE IN LSD-SITZUNGEN			
Ungestörtes intrauterines Leben; realistische Erinnerungen an Erlebnisse des »guten Mutterschoßes«; »ozeanische« Form von Ekstase; Erfahrung der kosmischen Einheit; Paradiesvisionen, Störungen des intrauterinen Lebens; realistische Erinnerungen an Erlebnisse des »bösen Mutterschoßes« (fatale Krisen, Krankheiten und emotionale Erschütterungen der Mutter, Zwillingssituation, versuchte Abtreibungen), kosmische Verschlingung; paranoide Gedankenbildung; unangenehme physische Empfindungen (»Katergefühl«, Kältegefühle und leichte Spasmen, unangenehme Geschmacksempfindungen, Ekel, Gefühl des Vergiftetwerdens); Assoziationen mit verschiedenen transpersonalen Erfahrungen (archetypische Elemente, rassische und evolutionäre Erinnerungen, Begegnung mit metaphysischen Kräften, Erlebnisse einer früheren Inkarnation usw.).	Maßloses physisches und psychisches Leiden; das Gefühl einer unerträglichen und unentrinnbaren Situation, die nie endet wird; Höllenvorstellungen verschiedener Art; Gefühle, in einer Falle oder in einem Käfig gefangen zu sein (kein Ausgang); qualvolle Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle; apokalyptische Weltvorstellung (Schrecken des Krieges und der Konzentrationslager, Terror der Inquisition; gefährliche Epidemien; Krankheiten; Hinfälligkeit und Tod usw.); Sinnlosigkeit und Absurdität der menschlichen Existenz; die Atmosphäre einer künstlichen, von Apparaten beherrschten Welt, die wie ein Kartenhaus jederzeit zusammenstürzen kann; unheilverkündende düstere Farben und unangenehme physische Symptome (das Gefühl, niedergedrückt und zusammengedrückt zu werden, Herzangst, Hitze- und Kälte Wellen, Schwitzen, Atemnot).	Intensivierung des Leidens bis in kosmische Dimensionen; die Erfahrung der Grenze zwischen Schmerz und Lust; »vulkanische« Form von Ekstase; leuchtende Farben; Explosionen und Feuerwerke; sodomasochistische Orgien; Morde und Blutopfer, aktive Teilnahme an erbitterten Schlachten; Atmosphäre wilder Abenteuer und gefährlicher Erkundungen; intensive sexuelle organische Gefühle, Harems- und Karnevalsszenen; Erlebnisse des Sterbens und Wiedergeborenwerdens; Religionen, bei denen Blutopfer gebracht werden (Azteken, Christi Leiden, Tod am Kreuz, Dionysos usw.); intensive physische Manifestationen (Druckgefühle und Schmerzen, Erstickungsgefühl, Muskelspannung und Entladung in Zittern und Zuckungen, Übelkeit und Erbrechen, Hitze- und Kälte wellen, Herzangst, Schwitzen, Probleme der Schließmuskelkontrolle, Ohrensausen).	Ungeheure Dekompression, Ausweitung des Raums, Visionen gigantischer Hallen; strahlendes Licht und schöne Farben (Himmelblau, Gold, Regenbogen, Pfauenfedern); Gefühle der Wiedergeburt und Erlösung; Hochschätzung des einfachen Lebens; Intensivierung der Sinneswahrnehmungen; brüderliche Gefühle; humanitäre und karitative Neigungen; gelegentlich manische Aktivität und Großgefühle; Übergang zu Elementen von PM III; angenehme Gefühle können durch Nabelkrise unterbrochen werden; schneidender Schmerz im Nabel, Atemnot, Todes- und Kastrationsangst, Verschiebungen im Körper, aber kein äußerlicher Druck.
STADIEN DES GEBURTSVORGANGS			

(vgl. auch Grof, TOPOGRAPHIE, S. 124/125 bzw. PDF-Datei S. 81)

Im folgenden behandeln wir die perinatalen Matrizen in der Reihenfolge der entsprechenden Phasen bei der Entbindung. In LSD-Sitzungsreihen treten sie nicht in dieser chronologischen Abfolge auf; Elemente aus den einzelnen Matrizen können auf höchst unterschiedliche Weise aneinander anschließen. Der Vorgang des Sterbens und Neugeborenwerdens besteht nicht nur aus einem einzigen Erlebnis, so tiefgründig und vollständig dieses auch erscheinen mag. In der Regel sind eine größere Anzahl Todes- und Wiedergeburtserlebnisse und eine ganze Reihe LSD-Sitzungen mit hoher Dosierung erforderlich, um die Inhalte der perinatalen Bewußtseinsschicht mit all ihren biologischen, emotionalen, philosophischen und spirituellen Äußerungen durcharbeiten.

In diesem Prozeß muß der Einzelne in die tiefsten Abgründe existentieller Verzweiflung eintauchen; er erlebt metaphysische Angst und Einsamkeit, mörderische Aggressivität, bodenlose Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, quälenden körperlichen Schmerz und

den Todeskampf der vollkommenen Vernichtung. Diese Erlebnisse öffnen den Zugang zur entgegengesetzten Seite des Spektrums: zu orgiastischen Gefühlen von kosmischer Weite, spiritueller Freiheit und Erleuchtung, einem ekstatischen Gefühl der Verwandtschaft mit dem Schöpfungsganzen und des mystischen Einsseins mit dem schöpferischen Prinzip in der Welt. Die psychedelische Therapie, die sich mit Erlebnissen auf der perinatalen Ebene beschäftigt, stellt offenbar im 20. Jahrhundert eine neue Version dessen dar, was jahrtausendlang in manchen Tempelmysterien, Übergangsriten, geheimen Initiationszeremonien und Zusammenkünften ekstatischer Sekten gebräuchlich war.

2.2.2.1 Perinatale Matrix I (Ureinheit mit der Mutter)

Die erste perinatale Matrix ist mit dem Urzustand der intrauterinen Existenz verknüpft, in dem das Kind und der mütterliche Organismus eine organische Einheit bilden. Sofern keine schädlichen Reize einwirken, sind die Bedingungen für den Fötus nahezu ideal; sie gewähren Sicherheit, Schutz und Dauerbefriedigung aller Bedürfnisse. Eine Reihe widriger Umstände kann jedoch dieses Verhältnis stören. Dazu gehören Krankheiten und emotionale Schwierigkeiten der Mutter, störende Einflüsse der Außenwelt wie etwa toxische Faktoren, Lärm, mechanische Erschütterungen oder Schwingungen. Die erste perinatale Matrix hat daher positive und negative Seiten, und die Patienten bezeichnen dies oft als das Erlebnis des »guten« oder des »bösen Mutterschoßes«.

Die Elemente der *ungestörten intrauterinen Existenz* können in LSD-Sitzungen entweder in der konkret biologischen Form oder in deren spiritueller Entsprechung, als *kosmisches Einssein* erlebt werden. Obwohl die »ozeanischen Gefühle« im embryonalen Zustand nicht dasselbe sind wie die Erfahrung kosmischen Einsseins, scheint zwischen den beiden Zuständen doch eine untergründige Verbindung und Überlappung zu bestehen. Das Erleben kosmischen Einsseins kennzeichnet sich durch Überschreitung der gewöhnlichen Subjekt-Objekt-Dichotomie. In diesem Zustand wird der Einzelne innerlich seiner Einheit mit anderen Menschen, der Natur, dem Weltall und dem höchsten Schöpfungsprinzip, mit Gott, gewahr. Dies ist von einem überwältigenden positiven Affekt begleitet, der von innerer Ruhe, Heiterkeit und Seligkeit bis zu ekstatischer Verzückung reichen kann. In diesem Zustand werden die Kategorien von Raum und Zeit überschritten, und der Einzelne sieht sich außerhalb des gewöhnlichen Raum-Zeit-Kontinuums stehen. Im Extremfall kann er in einer – gemessen nach der Uhr – Sekunden oder Minuten dauernden Zeitspanne die Ewigkeit oder das Unendliche erleben. Andere typische Erscheinungen in diesem Zustand sind Gefühle heiliger Andacht und des Ansichtigwerdens reiner und höchster Wahrheit in bezug auf das Wesen des Seins. Schilderungen solcher Offenbarungserlebnisse sind meist voller Paradoxien und scheinen den Grundsätzen der aristotelischen Logik zuwiderzulaufen. Dieser Bewußtseinszustand wird manchmal als »inhaltlos und doch allumfassend« bezeichnet, als »gestaltlos und doch scharf umrissen«, als »von kosmischer Großartigkeit und zugleich tiefster Demut« oder als Verlust des Ichs bei gleichzeitiger Ausweitung des Ichs, bis es mit dem Weltall eins wird. Die einzelnen Patienten erleben und beschreiben diesen Vorgang in je anderen symbolischen Bezügen. Am häufigsten sind Hinweise auf das Paradies, den Garten Eden, den Himmel, die elysischen Gefilde, die *Unio mystica*, das Tao, die Einheit Atma-Brahman oder die Formel *tat twam asi* (»das bist du«).

Mit geschlossenen Augen wird das kosmische Einswerden als ein selbständiges, komplexes Erlebnis von der Art der ozeanischen Ekstase empfunden. Bei offenen Augen wird daraus ein Erlebnis des Verschmelzens mit der Umgebung und mit den wahrgenommenen Dingen. Es ist wesentlich dieses Erlebnis, das Walter Pahnke (76) in seinen mystischen Kategorien definiert und das Abraham Maslow (63) ein »Gipfelerlebnis« genannt hat. In LSD-Sitzungen erscheinen Gefühle kosmischen Einsseins als eng verbunden mit Erfahrungen des »guten Schoßes« und der »guten Brust« und mit Erinnerungen an eine glückliche Kindheit. Offenbar bilden sie auch einen wichtigen Einstieg in mancherlei transpersonale Erlebnisse wie Erinnerungen an Vorfahren, an Inhalte des

rassischen und kollektiven Unbewußten, karmische Phänomene, gattungsgeschichtliche Erinnerungen und mancherlei archetypische Konstellationen. Ebenso können auch die *Störungen des intrauterinen Lebens* entweder in konkret biologischer Form oder symbolisch als Begegnung mit mancherlei dämonischen Erscheinungen, metaphysischen Kräften des Bösen oder unheilvollen astrologischen Einflüssen erlebt werden.



Der »psychedelische Durchbruch« während eines perinatalen Erlebnisses. Der untere Teil des Bildes zeigt eine skatologische Region, die von der Patientin als der »Morast« ihres Unbewußten bezeichnet wurde. Vielerlei gefährliche Tiere stellen die negativen Emotionen dar. Der himmelblaue Tunnel im oberen Teil symbolisiert Wiedergeburt und Transzendenz. Die Patientin sitzt auf einem delphinartigen Tier, das in der Nachbarschaft des himmlischen Elements freundlich erscheint. Sie ist als eine kleine nackte Prinzessin mit goldener Krone dargestellt, ein göttliches Kind. Diese Erfahrung war mit dem Augenblick der biologischen Geburt (»Krönung«) verknüpft.



Einflüsse der Außenwelt zerstören den eben erreichten positiven Zustand; auf einer tieferen Ebene handelt es sich um Kontraktionen des Uterus, die den ozeanischen Frieden im Mutterleib gefährden.

Was die Mechanismen des Gedächtnisses angeht, so sind die positiven Aspekte der ersten perinatalen Matrix mit den positiven COEX-Systemen verbunden. Die positive Seite der Matrix scheint die Grundlage für die Speicherung aller späteren Lebenserfahrungen zu bilden, in denen der Mensch entspannt, relativ wunschlos und nicht durch Unlustreize gestört ist. Die negativen Seiten der Matrix haben ähnliche Verbindungen zu bestimmten negativen COEX-Systemen.

Hinsichtlich der Freudschen erogenen Zonen fallen die positiven Aspekte der Matrix I mit dem biologischen und psychischen Zustand zusammen, wo in keiner dieser Zonen Spannungen bestehen und alle Partialtriebe befriedigt sind. Umgekehrt führt die Befriedigung von Bedürfnissen dieser Zonen (Stillung des Hungers, Spannungslösung durch Blasen- oder Darmentleerung, Orgasmus oder Niederkunft) zu einer oberflächlichen und partiellen Annäherung an die oben beschriebene spannungsfreie, ekstatische Erfahrung.

2.2.2.2 Perinatale Matrix II (Antagonismus zur Mutter)

LSD-Patienten, denen dieses Erlebnismuster begegnet, bringen es oft mit dem Einsetzen der Niederkunft und dem ersten klinischen Stadium des Gebärvorgangs in Zusammenhang. In dieser Situation wird das anfängliche Gleichgewicht des intrauterinen Lebens zuerst durch alarmierende chemische Signale und später durch Muskelspasmen gestört. Dann wird der Fötus in periodischen Abständen durch Kontraktionen der Gebärmutter eingeengt; der Muttermund, der Ausweg steht noch nicht offen.

Wie bei der ersten Matrix können auch hier die entsprechenden biologischen Umstände ziemlich realistisch nacherlebt werden. Die symbolische Entsprechung zum Einsetzen der Niederkunft ist das Erlebnis *kosmischen Eingesperrtseins*. Es bringt überwältigende Gefühle wachsender Angst mit sich und das Gewahrwerden einer drohenden Lebensgefahr. Der Ursprung der Gefahr ist nicht klar zu erkennen, und der Patient wird dazu neigen, seine jetzige Umgebung und die ganze Welt paranoid zu deuten. Nicht selten spricht jemand in diesem Zustand von tückischen Einflüssen, die von einer Geheimorganisation, den Bewohnern anderer Planeten, Schwarzmagiern oder böswilligen Hypnotiseuren ausgehen, oder von teuflischen Apparaturen, die giftige Strahlen oder Gase aussenden. Weitere Steigerung der Angst führt typischerweise zu dem Erlebnis eines gewaltigen Wirbels, eines Mahlstroms, der den Patienten und seine Welt unablässig zur Mitte hin fortreißt. Eine häufige Variante ist das Erlebnis, von einem Ungeheuer verschlungen zu werden, einem riesigen Drachen oder Kraken, einer Python, einem Wal, Krokodil oder einer Spinne. Eine weniger dramatische Form desselben Erlebens scheint das Thema des Abstiegs in die Unterwelt und der Begegnung mit mancherlei gefährlichen Wesen und Kreaturen zu bezeichnen.

Das symbolische Gegenstück zur voll ausgeprägten ersten klinischen Phase der Entbindung ist das Erlebnis der *Ausweglosigkeit*. Wichtige Merkmale sind die Dunkelheit des Gesichtsfeldes und die düsteren, unheilverkündenden Farben aller Bilder, die dabei auftreten. Der Erlebende fühlt sich eingesperrt in einer monströsen, seine Klaustrophobie weckenden Situation und erleidet an Leib und Seele die unerhörtesten Qualen. Die Situation ist vollkommen unerträglich, erscheint aber zugleich als endlos und ohne Hoffnung. Solange der Patient unter dem Einfluß dieser Matrix steht, kann er kein Ende seiner Qualen absehen und keine Möglichkeit des Entrinnens erkennen. Todes- und Selbstmordwünsche verbinden sich mit einem Gefühl der Vergeblichkeit: Auch der physische Tod würde diesem höllischen Zustand kein Ende machen und keine Erleichterung bringen.

Die Elemente dieses Musters können getrennt, gleichzeitig oder abwechselnd auf mehreren Ebenen erlebt werden. Der tiefsten Ebene gehören die verschiedenen Vorstellungen von der Hölle an: eine Situation unerträglichen Leidens ohne Ende, so wie die Hölle in vielen Religionen der Welt dargestellt wird. In einer oberflächlicheren Variante desselben Erlebens steht dem Patienten unser Planet und die ganze Welt vor Augen, als apokalyptischer Schauplatz blutiger Greuel, sinnloser Leiden und völkermordender Kriege, voller Rassenhaß, Seuchen und Naturkatastrophen. Das Dasein in dieser Welt erscheint als völlig absurd, die Suche nach einem Sinn im Leben als vergeblich. Unter dem Einfluß dieser Matrix sieht der Mensch die Welt und das menschliche Dasein wie durch eine schwarze Brille; er ist offenbar blind für alles Positive. In der oberflächlichsten Form dieses Erlebens faßt er die eigenen konkreten Lebensumstände als einen unentrinnbaren Teufelskreis voll unlösbarer Probleme auf. Quälende Gefühle metaphysischer Einsamkeit, Entfremdung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeit und Schuld gehören zu den geläufigsten Inhalten dieser Matrix.

Der Übergang zwischen den perinatalen Matrizen III und IV:
(Aus der Sammlung von Dr. Milan Hausner, Prag.)

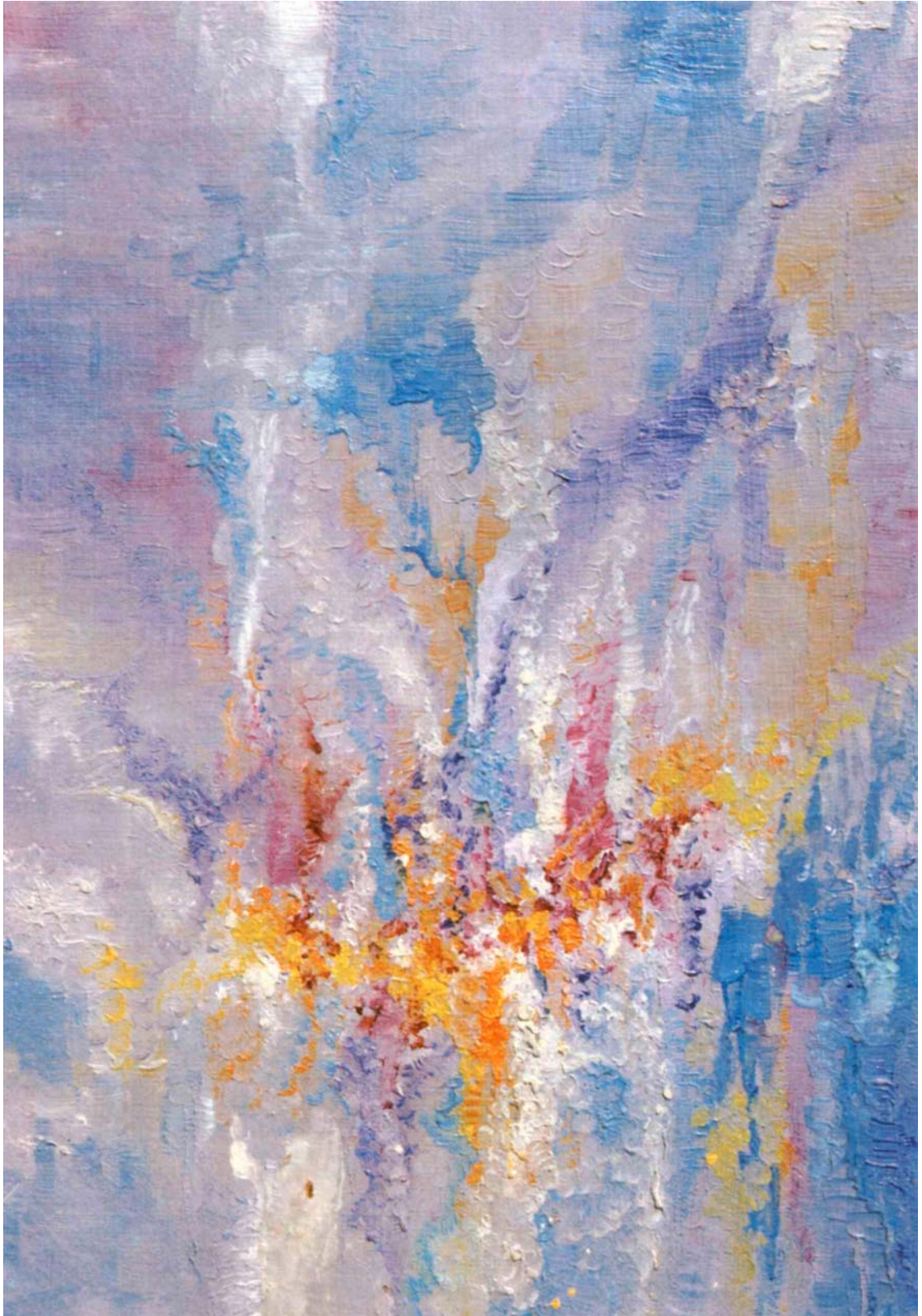


Eine riesige, golemartige Gestalt vertritt drohend den Weg zu der Lichtquelle.



In einer späteren Phase steht der Patient vor der nun nicht mehr versperrten aufgehenden Sonne. Zu den Symbolen, die am häufigsten dieses Erlebnismuster begleiten, gehören vielerlei Bilder von der Hölle, Christi Erniedrigung und Leiden und das Thema der ewigen Verdammnis, verkörpert durch Ahasver, Sysiphos, den fliegenden Holländer, Ixion, Tantalos oder Prometheus. Das wichtigste Merkmal, durch das sich diese Matrix von der dritten unterscheidet, bildet der Umstand, daß ausschließlich die Situation des Opfers gesehen wird und daß diese Situation unerträglich, unentrinnbar und ewig ist: Weder im Raum noch in der Zeit scheint es einen Ausweg zu geben.

Die zweite perinatale Matrix scheint die Grundlage für die Speicherung aller extrem unlustvollen Lebenserfahrungen zu bilden, in denen das passive und hilflose Individuum einer übermächtigen, vernichtenden äußeren Kraft zum Opfer zu fallen droht. Hinsichtlich der Freudschen erogenen Zonen ist sie offenbar mit unlustvoller Gespanntheit in allen Zonen verbunden. Auf der oralen Ebene sind dies Hunger, Durst, Ekel und Schmerzen, auf der analen Ebene die Verhaltung des Kots, auf der urethralen Ebene die Verhaltung des Urins. Die entsprechenden Erscheinungen auf der genitalen Ebene sind sexuelle Frustration und Überspannung und die Schmerzen, welche die gebärende Frau im ersten klinischen Stadium der Wehen erleidet.



Die Darstellung von Identifikation mit dem Universum. Diese Erfahrung, aus einem fortgeschrittenen Stadium der LSD-Psychotherapie, wird mit ekstatischer Verzückerung und Visionen von kosmischen Prozessen in Verbindung gebracht.

2.2.2.3 Perinatale Matrix III (Synergie mit der Mutter)

Viele Aspekte dieser komplexen Matrix lassen sich aus ihrer Verbindung zum zweiten klinischen Stadium des Gebärvorgangs verstehen. In diesem Stadium halten die Kontraktionen der Gebärmutter an, aber der Muttermund steht nun weit offen, und das Kind kann langsam und mühevoll durch den Geburtskanal getrieben werden. Ein heftiger Kampf ums Überleben findet statt, bei der das Kind starkem mechanischem Druck ausgesetzt und oft dem Erstickten nahe ist. In den letzten Phasen der Entbindung kann das Kind mit biologischen Stoffen wie Blut und Schleim, Fruchtwasser, Urin und Kot in Berührung kommen.

Nach ihren Erfahrungsgehalten ist diese Matrix vielseitig verästelt. Abgesehen vom eigentlichen realistischen Nacherleben mancher Aspekte des Überlebenskampfes auf dem Wege durch den Geburtskanal umfaßt sie immer noch vielerlei andere Phänomene, deren typische Abfolgen sich angeben lassen. Ihre wichtigsten Momente sind die Atmosphäre *titanischen Ringens*, *sadomasochistischer Orgien*, *heftiger sexueller Empfindungen*, *skatologischer Bezüge* und *das Element des läuternden Feuers (Pyrokatharsis)*, die in wechselnden Kombinationen auftreten. Diese Elemente machen das Ringen von Tod und Wiedergeburt aus.

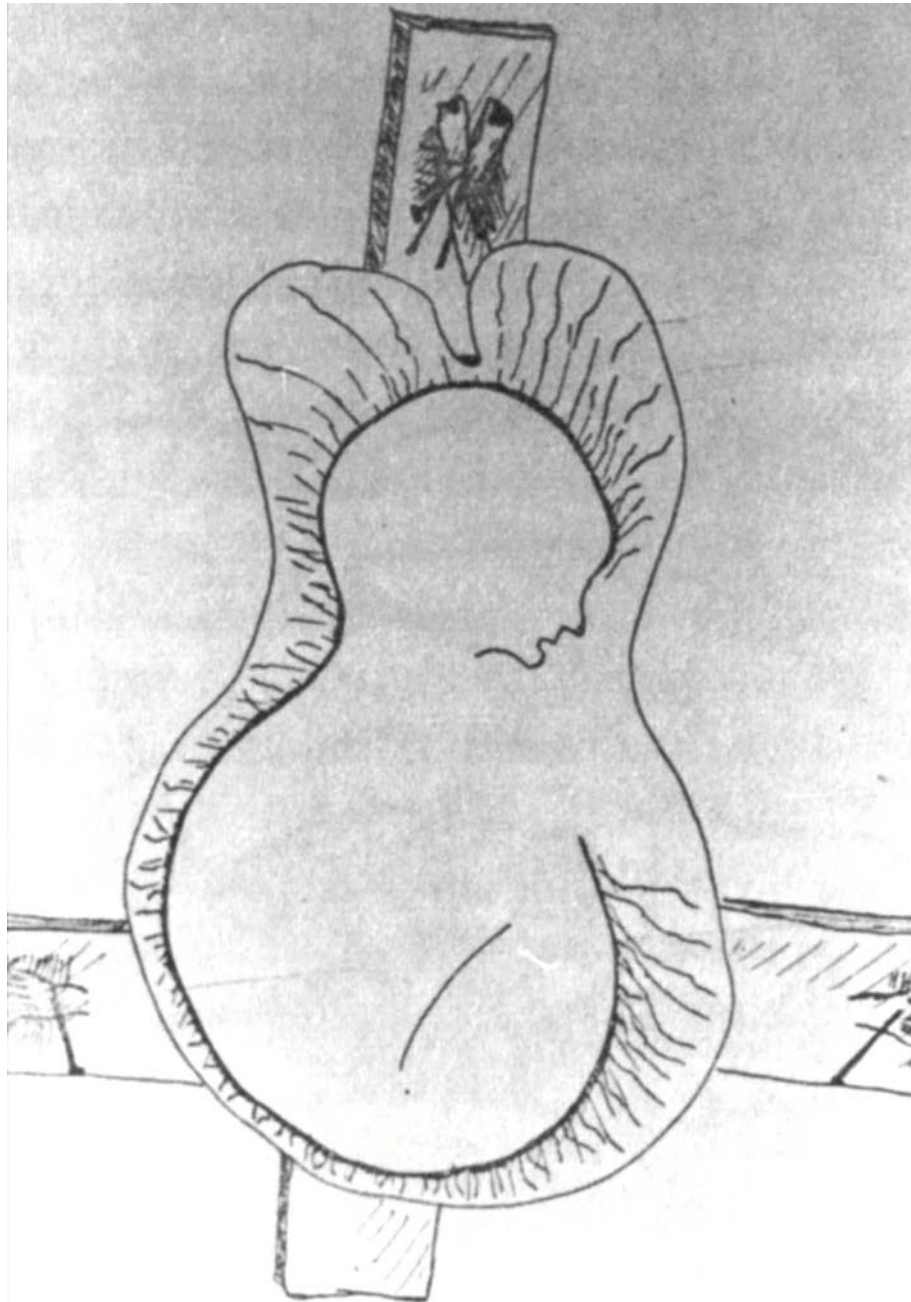
Der Patient verspürt in diesem Zustand, wie mächtige Energieströme seinen ganzen Körper durchziehen und bis zu einer Ballung und Verdichtung anschwellen, die alle Grenzen des Vorstellbaren zu überschreiten scheint. Darauf folgen Episoden einer explosiven Abfuhr mit Gefühlen ekstatischen Loslassens. Visuelle Vorstellungen, von denen diese Erfahrungen typischerweise begleitet sind, zeigen Titanenkämpfe von kosmischen Ausmaßen, archetypische Heldentaten, Explosionen von Atombomben und thermonukleare Reaktionen, Raketen- und Raumschiffstarts, Kraftwerke, hydroelektrische Anlagen, Hochspannungsleitungen, dramatische Vernichtungsszenen aus modernen Kriegen, gewaltige Feuersbrünste, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Orkane und andere Naturkatastrophen. Gemilderte Formen solcher Erfahrungen sind Visionen mittelalterlicher Schlachten, blutiger Revolutionen, gefährlicher Jagderlebnisse mit Raubtieren oder der Entdeckungs- und Eroberungszüge in unbekannte Kontinente.

Ein anderer wichtiger Aspekt dieser Matrix ist die überstarke Aktivierung sadomasochistischer Züge in der Persönlichkeit des Patienten. Gewaltige Mengen aggressiver Energie werden abgeführt und verzehren sich in Phantasien, Bildern und lebhaften Vorstellungen von Vernichtung und Selbstvernichtung. Der Patient ergeht sich in Vergewaltigungen und schmerzbereitenden sexuellen Perversionen, in bestialischen Morden, Folterungen, Hinrichtungen, Verstümmelungen und Grausamkeiten aller Art, in blutigen Ritualopfern oder Selbstopferungen. Dabei können Gedanken an Selbstmord auftreten, mit Phantasien oder sogar Bestrebungen, die eine brutale Selbstverstümmelung einschließen.

Die sexuelle Erregung kann ein ungewöhnliches Ausmaß erreichen und sich in wilden Szenen von ungezügelter Orgien äußern, in pornographischen Sequenzen, Visionen mittelöstlicher Harems mit ungezählten Varianten arabischer Liebeskunst, in lasziven Karnevalsszenen und rhythmisch-sinnlichen Tänzen. Viele Patienten entdecken bei dieser Gelegenheit den engen Erlebenszusammenhang zwischen der Todesqual und der sexuellen Ekstase; sie erkennen, daß die durchdringende organische Erregung an Schmerz grenzen und daß ein gedämpfter Schmerz als sexuelle Lust erlebt werden kann.

Der skatologische Aspekt des Todes- und Wiedergeburtserlebens kann sehr ausführlich, nicht nur visuell und taktil, sondern auch mit Geruchs- und Geschmacksempfindungen erfahren werden. Der Patient suhlt sich in Exkrementen, versinkt in Abortgruben, kriecht über Müllhalden und durch Abwässerkanäle, ißt Schleim und Kot, trinkt Blut und Urin und saugt an eiternden Wunden. Oft folgt darauf die Erfahrung des Durchgangs durch ein läuterndes und verjüngendes Feuer, dessen mächtige Flammen alles zu

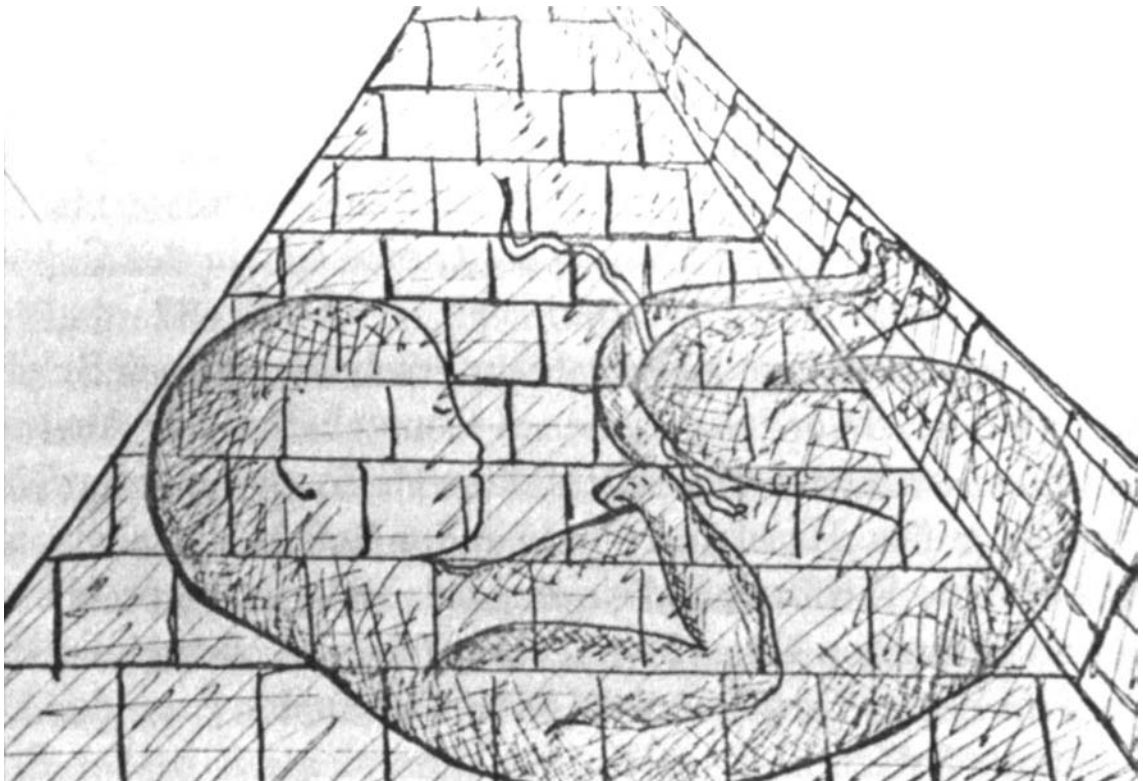
verzehren scheinen, was an dem Menschen faul und verderbt ist, und ihn auf seine spirituelle Wiedergeburt vorbereiten.



Einsicht in den Zusammenhang zwischen Geburt und Kreuzigung – der gekreuzigte Fötus.

Die religiösen und mythologischen Symbole dieser Matrix stammen zumeist aus Religionen, in denen blutige Opfer als heilig gelten oder einen Teil der Zeremonien darstellen. Recht häufig sind Anspielungen auf das Alte Testament; Bilder von Christi Leiden und Kreuzestod; Szenen vom Kult des Moloch, der Astarte oder Kali und von den Riten mancher präkolumbianischer Kulturen, in denen Menschenopfer und Selbstopferungen stattfanden, wie in den Religionen der Azteken, Mixteken, Olmeken und Maya. Eine andere Gruppe von Bildern bezieht sich auf religiöse Riten und Zeremonien mit sexuellen Äußerungen und wilden rhythmischen Tänzen wie die Fruchtbarkeitsriten, Phalluskulte oder die verschiedenen Eingeborenen-Religionen. In Zusammenhang mit dem läuternden Feuer tritt oft das Bild des sagenhaften Vogels Phoenix auf. Sehr bezeichnende Symbolisierungen des skatologischen Aspekts des Todes- und Wiedergeburtstrin-

gens sind Herakles, wie er die Ställe des Königs Augias reinigt, oder die Aztekengöttin Tlalcolteutl, die den Unrat verschlingt, eine Göttin des Gebärens und der Fleischeslust.



Der Zusammenhang zwischen der intrauterinen Existenz und dem transzendentalen Seelenfrieden – ein Fötus in einer Pyramide.



Ein skatologisches Erlebnis: Die Patientin versinkt in einer riesigen Abortgrube.

Mehrere augenfällige Merkmale unterscheiden dieses Erlebnismuster von der zuvor beschriebenen Konstellation der Ausweglosigkeit. Die Situation ist hier nicht ohne Hoffnung, und der Einzelne ist nicht hilflos. Er ist aktiv und hat das Gefühl, daß sein Leiden eine bestimmte Richtung und ein Ziel hat. Religiös gesprochen, die Situation käme der eines Fegefeuers näher als der einer Hölle. Außerdem ist der Einzelne nicht unbedingt in der Lage des hilflosen Opfers. Er ist Beobachter und kann sich mit beiden Seiten zugleich identifizieren, so daß man schwer sagen könnte, ob er nun Angreifer oder Opfer ist. Während die ausweglose Situation reines Leiden bedeutet, stellt das Erleben des Todes- und Wiedergeburtserlebens die Grenzlinie zwischen Schmerz und Ekstase und die Verschmelzung beider dar. Es scheint angebracht, dieses Erlebnismuster als eine »vulkanische Ekstase« im Gegensatz zur »ozeanischen Ekstase« der kosmischen Vereinigung zu bezeichnen.

Als Gedächtnismatrix scheint die Matrix III mit allen individuellen Erfahrungen lebhaft sinnlicher und sexueller Elemente verbunden, mit wilden, erregenden und gefährlichen Abenteuern ebenso wie mit skatologischen Episoden. Auch Erinnerungen an sexuelle Mißhandlungen, Orgien und Vergewaltigungen werden in diesem Kontext gespeichert. Hinsichtlich der Freudschen erogenen Zonen ist diese Matrix mit denjenigen Aktivitäten verbunden, die nach einer langen Spannungsperiode plötzlich Abfuhr und Erleichterung bringen. Auf der oralen Ebene sind dies das Kauen und Schlucken der Nahrung (oder umgekehrt, das Erbrechen); auf der analen und urethralen Ebene das Ausscheiden des Kots oder Urins; auf der genitalen Ebene der Vollzug des Orgasmus und die Empfindungen einer Frau im zweiten Stadium der Entbindung.

2.2.2.4 Perinatale Matrix IV (Trennung von der Mutter)

Diese Matrix ist offenbar mit dem dritten klinischen Stadium des Gebärvorgangs verknüpft. In dieser letzten Phase kulminiert das heftige und schmerzhaft Ringen; die Austreibung durch den Geburtskanal wird vollzogen, und auf die höchste Steigerung der Anspannung und des Leidens folgt eine plötzliche Erleichterung und Entspannung. Nach Durchtrennung der Nabelschnur zirkuliert das Blut nicht mehr zwischen den beiden Körpern, und das Kind muß sein eigenes System der Atmung, Verdauung und Ausscheidung entwickeln. Die physische Trennung von der Mutter ist nun vollzogen, und das Neugeborene beginnt seine Existenz als anatomisch selbständiges Wesen.

Wie schon bei den anderen Matrizen scheinen manche der hierher gehörigen Erfahrungen einen realistischen Nachvollzug der tatsächlichen biologischen Vorgänge in dieser Phase, einschließlich der obstetrischen Eingriffe, darzustellen. Die symbolische Entsprechung zu diesem letzten Stadium der Entbindung ist das *Todes- und Wiedergeburtserlebnis*; es bedeutet die Beendigung und Auflösung des vorangegangenen Ringens. Die körperliche und seelische Qual gipfelt in einem Gefühl, nun in jeder denkbaren Hinsicht von Grund auf vernichtet zu sein. Man ist physisch zerstört, emotional zusammengebrochen und geistig geschlagen; unverzeihliches moralisches Versagen macht eine ewige Verdammnis von transzendentalen Ausmaßen gewiß. Diese Erfahrung wird gewöhnlich als »Tod des Ich« bezeichnet; sie zieht offenbar die sofortige gnadenlose Vernichtung aller vorherigen Verankerungen im Leben des Einzelnen nach sich.

Nachdem der Patient an den Rand der totalen Vernichtung gelangt und kosmisch »am Boden zerstört« ist, erfüllen ihn Visionen eines blendendweißen oder goldenen Lichts. Die eingezwängte Welt des klaustrophobischen Geburtsringens geht plötzlich auf und weitet sich ins Unendliche. Es herrscht eine Atmosphäre des Befreit- und Erlöstseins, der Liebe und Vergebung. Der Patient fühlt sich entlastet, gesäubert und geläutert; er spricht davon, welch eine unglaubliche Menge persönlichen »Mülls«, nämlich Schuld, Angst und Aggression, er losgeworden sei. Dies verbindet sich zumeist mit brüderlichen Gefühlen für alle Mitmenschen und dankbarer Erwiderung von Herzlichkeit, Liebe und Freundschaft. Unvernünftiger und überzogener Ehrgeiz, Begierden nach Geld, Rang,

Ruhm, Macht oder Ansehen erscheinen in diesem Zustand als belanglos, absurd und kindisch. Oft entsteht eine starke Neigung, mit anderen zu teilen, ihnen zu dienen und zu helfen. Die Welt erscheint als strahlend und unbeschreiblich schön. Allen Sinnen stehen die Wege weit offen, und die Empfänglichkeit für äußere Reize ist gesteigert. Der Einzelne, der sich auf diesen Erlebensbereich eingestimmt hat, erkennt in sich echte positive Werthaltungen: Sinn für Gerechtigkeit, Achtung vor dem Schönen, Gefühle der Liebe, Achtung vor sich selbst und vor anderen. Diese Werte und die Beweggründe, sie zu fördern und nach ihnen zu leben, scheinen auf dieser Ebene der menschlichen Natur innezuwohnen.⁴ Sie lassen sich nicht befriedigend als Kompensationen, Reaktionsbildungen oder Sublimierungen primitiver Triebregungen erklären. Der Einzelne erfährt sie als echte und unabdingbare Teile der Weltordnung.

Die mit dem Todes- und Wiedergeburtserleben verbundenen Symbole können vielen Kulturen entlehnt werden. Das Moment des Ich-Todes kann mit Erscheinungen mancher destruktiver Gottheiten verknüpft werden, mit Moloch, Schiwa dem Zerstörer, Huitzilopochtli und den furchtbaren Göttinnen Kali und Coatlicue, oder es kann in voller Identifizierung mit dem Tode Christi, des Osiris, Adonis oder Dionysos durchlebt werden. Typische Symbole für das Moment der Wiedergeburt sind phantastische Visionen strahlender Lichtquellen, die als göttlich erlebt werden, himmelblaue kosmische Weiten, prächtige Regenbögen oder zierlich gemusterte Pfauenfedern. Recht oft treten auch nicht-figurative Gottesbilder auf, wie sie das Tao, Atma-Brahman, Allah oder die kosmische Sonne darstellen. Manchmal erblickt jemand ein personifiziertes Bild oder eine traditionelle Darstellung Gottes oder einzelner Gottheiten aus den verschiedenen Religionen. So kann Gott in der christlichen Gestalt eines archetypisch weisen alten Mannes erlebt werden, der von den Cherubim und Seraphim umgeben in strahlender Pracht auf einem Thron sitzt. Recht häufig ist in diesem Zusammenhang aber auch das Erlebnis einer Vereinigung mit der Großen Mutter, der göttlichen Isis der Ägypter, Kybele oder der Jungfrau Maria. Mit den Göttern Griechenlands auf dem Olymp Nektar zu trinken und Ambrosia zu essen, in Walhalla einzuziehen oder die elysischen Gefilde zu erreichen, sind weitere symbolische Alternativen zum Erlebnis der Wiedergeburt. Andere Gesichte zeigen gewaltige Hallen mit reichgeschmückten Säulen, Marmorstandbildern und kristallinen Leuchtern oder eine prächtige natürliche Szenerie: den gestirnten Himmel, majestätische Berge, üppige Täler, blühende Wiesen oder klare Seen und Meere.

Im Hinblick auf das Gedächtnis dient die Matrix IV der Speicherung aller späteren Erfahrungen, in denen große persönliche Erfolge erlebt werden oder längere gefährliche Zustände ein gutes Ende nehmen, z.B. die Beendigung von Kriegen oder Revolutionen, das Überleben eines Unfalls oder die Genesung nach schweren Krankheiten. Was die Freudschen erogenen Zonen angeht, so hängt die Matrix IV auf allen Ebenen der libidinösen Entwicklung mit dem Zustand der Befriedigung in unmittelbarem Anschluß an eine spannungsmindernde oder abführende Tätigkeit zusammen (Stillen des Hungers; Erleichterung nach dem Erbrechen, nach der Darm- oder Blasenentleerung, nach dem Orgasmus oder der Entbindung).

Diese Matrizen haben auf der perinatalen Ebene eine ähnliche Funktion wie die COEX-Systeme auf der psychodynamischen Ebene. Die Erscheinungen in psychedelischen Situationen von überwiegend perinatalem Charakter lassen sich als Ergebnisse eines Vorgangs verstehen, in dem die Inhalte der negativen Matrizen (II und III) zuerst veräußert, dann abreagiert und verarbeitet und schließlich mit den positiven Matrizen (I und IV) verknüpft werden. Sobald eine perinatale Matrix das Feld des Erlebens beherrscht, bestimmt ihr Inhalt nicht nur die emotionalen Reaktionen des Patienten, seine Denkvorgänge und körperlichen Symptome, sondern auch seine Wahrnehmung der dinglichen und menschlichen Umgebung. Die Hegemonie der Matrix I gewährt eine ganz und gar positive Sicht, in dem die Welt dem Einzelnen als strahlend schön, vertrauenerweckend, nahrhaft und von wesentlich göttlichem Ursprung erscheint. Der Übergang von der er-

sten zur zweiten Matrix (kosmische Ausweglosigkeit) bringt das Moment einer tückischen, aber höchst elementaren Gefahr ins Spiel. Die Welt mit allem, was darinnen ist, scheint sich um den Einzelnen zusammenzuziehen und ernstlich seine Sicherheit, seinen Verstand und sein Leben zu bedrohen. Der Patient befürchtet manchmal, in eine Falle gegangen zu sein, und versucht, aus dem Behandlungsraum zu entfliehen, ohne zu bemerken, daß die Falle nur in ihm steckt. Gefühle der Panik und Paranoia sind häufige Begleiterscheinungen dieses Zustands. Was die Einfärbung des Erlebens angeht, bildet die perinatale Matrix II den genauen Gegenpol zur Matrix I. Die Welt erscheint als der hoffnungslose Schauplatz absurder und teuflischer Qualen. Sie kann auch die Eigenschaften eines Kartenhauses aufweisen oder den bizarren, grotesken Charakter eines Variétés. Unter dem Einfluß der perinatalen Matrix III gewinnt die Welt das Aussehen eines gefährlichen Schlachtfeldes, wo man auf der Hut sein und ums nackte Leben kämpfen muß. Die sexuelle, sadomasochistische und skatologische Komponente dieser Matrix kann ebenfalls in der Gestaltung des Weltbildes Ausdruck finden. Die Matrix IV verleiht der Welt einen Anhauch von Frische, Neuheit, Reinheit und Freude, die mit einem Triumphgefühl verbunden sind.

Diese Beschreibungen geben nur die allgemeinsten Züge der perinatalen Matrizen in ihrer Funktion als steuernde Systeme wieder; die Erlebnisse, die im einzelnen in diesem Kontext auftreten, stellen Äußerungen spezifischer Inhalte dar, wie ich sie auf Seite 53 in der Darstellung der perinatalen Matrizen beschrieben habe (vgl. TOPOGRAPHIE, bes. S. 124/25 bzw. PDF-Datei S. 81). Wie die COEX-Systeme stehen auch die perinatalen Matrizen in einer komplizierten Wechselwirkung mit Elementen der Umgebung. Nach einer schlecht aufgelösten LSD-Erfahrung kann der dynamische Einfluß einer aktivierten negativen Matrix im täglichen Leben des Patienten über unbestimmte Zeit hin anhalten. Nach einer gut verarbeiteten Sitzung von perinatalem Charakter kann der Einfluß der positiven Matrix fortwirken, von der das Erlebensfeld zu der Zeit, als die Drogenwirkung abklang, beherrscht war. Umgekehrt können äußere Einflüsse, in denen Elemente zum Tragen kommen, die für eine perinatale Matrix charakteristisch sind, entsprechende Erlebnisse in bezug auf den Todes- und Wiedergeburtsvorgang begünstigen.

2.2.3 Transpersonale Erlebnisse

Der gemeinsame Nenner dieser im übrigen vielfältigen und verzweigten Gruppe von Phänomenen ist das Gefühl des Patienten, daß sich sein Bewußtsein über die gewöhnlichen Ichgrenzen hinaus erweitert und die Schranken von Raum und Zeit überschritten habe. Im »normalen« oder gewöhnlichen Bewußtseinszustand erfahren wir uns selbst in den physischen Grenzen des Körpers (Körperschema der Eigenwahrnehmung); und unsere Wahrnehmung der Umwelt ist eingeschränkt durch die physikalisch determinierte Reichweite der äußeren Sinnesorgane. Sowohl die innere Wahrnehmung (Interozeption) als auch die Wahrnehmung der Außenwelt (Exterozeption) werden in gewöhnlichen räumlich-zeitlichen Grenzen gehalten. Unter normalen Umständen haben wir einen deutlichen Eindruck nur vom Gegenwärtigen und von unserer unmittelbaren Umgebung; an vergangene Ereignisse können wir uns *erinnern*, und die Zukunft können wir *antizipieren* oder uns vorstellen.

In den transpersonalen Erlebnissen, so wie sie in LSD-Sitzungen oder auch in manchen anderen Situationen ohne Drogeneinwirkung auftreten, werden offenbar eine oder mehrere der genannten Grenzen überschritten. Viele der in diese Kategorie gehörigen Erlebnisse werden von den Erlebenden als Rückreisen in der historischen Zeit aufgefaßt, bei denen der Einzelne seine biologische oder spirituelle Vergangenheit erkundet. In psychedelischen Sitzungen ist es nichts Ungewöhnliches, eine ganz konkrete und realistische Episode zu erleben, die als *Erinnerung* an fetale und embryonische Zustände zu erkennen ist. Viele Patienten berichten lebhaft von Vorgängen auf der Ebene eines zellularen Bewußtseins, die der Zeit ihres Daseins als Spermafädchen oder als Ei im Au-

genblick der Empfängnis anzugehören scheinen. Manchmal geht die Rückreise offenbar noch weiter, und der Einzelne hat den überzeugenden Eindruck, Erinnerungen aus dem Leben seiner Vorfahren oder gar solche aus dem rassischen und kollektiven Unbewußten nachzuerleben. In einigen Fällen berichteten LSD-Patienten von Erfahrungen, in denen sie sich mit manchen tierischen Vorfahren aus der Gattungsgeschichte des Menschen identifizierten oder das deutliche Gefühl hatten, Episoden aus ihrer Existenz in einer früheren Inkarnation nachzuerleben.

Andere transpersonale Phänomene stellen eine Überschreitung nicht so sehr der zeitlichen als der räumlichen Schranken dar. Hierher gehören die Erlebnisse des Verschmelzens mit einem anderen Menschen zu einer Art Doppelwesen oder der vollkommenen Identifikation mit ihm, des Übergehens ins Bewußtsein einer ganzen Gruppe von Menschen oder der Ausweitung des eigenen Bewußtseins bis zu einem Maße, wo es das Bewußtsein der ganzen Menschheit in sich zu schließen scheint. Ebenso kann man auch die Grenzen spezifisch menschlichen Erlebens verlassen und in ein Bewußtsein hineinfinden, das offenbar einem Tier, einer Pflanze oder gar einem unbelebten Objekt angehört. Im Extremfall wird es möglich, das Bewußtsein unseres Planeten, des materiellen Universums, der ganzen Schöpfung zu erleben. Ein anderes Phänomen, bei dem normale räumliche Grenzen überschritten werden, ist das Bewußtsein bestimmter Körperteile, eines Organs, eines Gewebes oder einer einzelnen Zelle. Eine wichtige Kategorie transpersonaler Erlebnisse mit Raum- und/oder Zeittranszendenz sind die verschiedenen Phänomene außersinnlicher Wahrnehmung wie Verlassen des eigenen Körpers, Telepathie, Präkognition, Hellsehen und Hellhören, Raum- oder Zeitreisen.

In einer großen Gruppe transpersonaler Erlebnisse scheint die Erweiterung des Bewußtseins über die Erscheinungswelt und das alltäglich bekannte Raum-Zeit-Kontinuum hinauszugehen. Ganz gewöhnliche Beispiele sind Begegnungen mit den Seelen verstorbener Menschen oder mit übermenschlichen Wesenheiten. LSD-Patienten berichten auch von Erscheinungen archetypischer Gestalten, einzelner Gottheiten und Dämonen und von komplexen mythologischen Szenenfolgen. Das intuitive Verstehen universaler Symbole, die Erweckung des Kundalini und die Aktivierung von Chakras sind weitere Beispiele aus dieser Kategorie. Im Extremfall scheint das individuelle Bewußtsein die ganze Existenz zu umspannen und sich mit dem Weltgeist zu identifizieren. Die äußerste Erfahrung dieser Art scheint die der *hyperkosmischen und metakosmischen Leere* zu sein, das geheimnisvolle uranfängliche Nichtsein, das sich seiner selbst bewußt ist und alles Seiende in keimhafter Form in sich enthält.

Wir haben die transpersonalen Erlebnisse zwar hier im Zusammenhang mit extrapharmakologischen Variablen behandelt, die in der Persönlichkeit des Einzelnen liegen, doch steht eine solche Auffassung vor ernststen Schwierigkeiten. Einerseits treten die transpersonalen Erlebnisse im gleichen Kontinuum auf wie die psychodynamischen und perinatalen, nämlich bei der Selbsterforschung und Sondierung des eigenen Unbewußten. Andererseits scheinen, von den heutigen theoretischen Bezugssystemen her gesehen, die Quellen dieser Erlebnisse häufig nicht in jenem Bereich zu liegen, den man herkömmlicherweise als den des Individuums versteht – sondern in der Frühgeschichte, in der Zukunft, an entlegenen Orten oder anderen Bezirken des Daseins. Die psychodynamischen Phänomene gehen aus von der individuellen Lebensgeschichte und sind von eindeutig biographischer Natur und Herkunft. Die perinatalen Phänomene scheinen auf einer Grenze zwischen dem Individuellen und dem Transindividuellen zu liegen, wie ihre untergründige Beziehung zur biologischen Geburt und zum Tode zeigt. Die transpersonale Sphäre weist also Verbindungen zwischen Individuum und Kosmos auf, vermittelt durch Kanäle, die unserem Verständnis gegenwärtig offenbar entzogen sind. In dieser Hinsicht können wir nicht mehr sagen, als daß irgendwann bei der Aufschließung der perinatalen Ebene ein qualitativer Sprung einzutreten scheint, durch den sich die tiefenpsychologische Erkundung des individuellen Unbewußten in ein Abenteuer verwan-

delt, bei welchem das ganze Universum und ein Etwas ins Spiel kommen, das man am besten als ein Überbewußtsein bezeichnet.

Gründliche Kenntnis der transpersonalen Sphären ist nicht nur zum Verständnis des psychedelischen Prozesses unbedingt notwendig, sondern auch zu jeder ernsthaften Beschäftigung mit Erscheinungen wie dem Schamanismus, den Religionen, der Mystik, den Übergangsriten, der Mythologie, der Parapsychologie und der Schizophrenie. Die transpersonalen Erlebnisse treten in LSD-Sitzungen ebenso wie in drogenfreien Zuständen gewöhnlich thematisch gebündelt auf. So sind zum Beispiel embryonale Erlebnisse typischerweise mit entwicklungsgeschichtlichen (phylogenetischen) Erinnerungen und mit Vorstellungen von entweder gütigen oder zornigen Gottheiten verbunden, je nach dem Charakter des intrauterinen Erlebens. Sie sind jedoch sehr viel lockerer organisiert als die psychodynamischen Erlebnisse und die perinatalen Inhalte, so daß man in ihrem Falle nicht von Matrizen oder dynamischen Steuerungssystemen sprechen kann. Wenn sich die transpersonale Bewußtseinsschicht aufschließt, werden eben diejenigen Prinzipien, die eine feste Ordnung und Klassifikation zuließen, wie die Konzepte einer linearen Zeit, eines dreidimensionalen Raumes, der Materie, der Kausalität und schließlich jeder Form und Gestalt überhaupt allmählich fragwürdig, unterminiert und überschritten.

Die auftauchenden transpersonalen Erlebnisse nehmen Einfluß darauf, wie man sich selbst, die im gleichen Raum anwesenden Personen und die physische Umgebung wahrnimmt. Alle diese Elemente können systematisch in einer bestimmten Richtung verändert erscheinen, so daß sie dem Inhalt des auftauchenden Themas entgegenkommen, ob dies nun geschichtliche oder entwicklungsgeschichtliche Erinnerungen sind, Elemente des rassischen und kollektiven Unbewußten, archetypische Strukturen oder ein karmisches Muster. Eine starke transpersonale Erfahrung, die in einer psychedelischen Sitzung nicht bis zu Ende durchlebt worden ist, zum Beispiel die Erscheinung eines mächtigen Archetypen oder die Erinnerung an eine frühere Inkarnation, kann über unbestimmte Zeit hin fortwirken, wenn die Wirkung des LSD abgeklungen ist.

2.3 Die Persönlichkeit des Therapeuten

Zahlreiche Beobachtungen aus der klinischen Arbeit mit LSD deuten darauf hin, daß die Persönlichkeit des Therapeuten, Kotherapeuten, Beisitzers oder jedes anderen Anwesenden für die Gestaltung von Inhalt, Verlauf und Ergebnis psychedelischer Sitzungen von größter Bedeutung ist. Der wohl wichtigste Einzelfaktor, von dem der Charakter des LSD-Erlebens abhängt, ist ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens beim Erlebenden. Dieses ist natürlich in hohem Maße abhängig von der Anwesenheit oder Abwesenheit des Therapeuten, von seinen persönlichen Eigenschaften und der Art der Beziehung zwischen ihm und dem Patienten. Für den Verlauf und das Gelingen einer Sitzung ist es unbedingt notwendig, daß der Patient auf seine gewöhnlichen Abwehrhaltungen verzichtet und sich dem psychedelischen Prozeß hingibt. Dazu ist normalerweise erforderlich, daß er die Aufgaben der Realitätsprüfung und alle Entscheidungen in praktischen Belangen einem »Beisitzer« oder einer Person übertragen kann, die sein Vertrauen genießt und die der Sitzung beiwohnt.

Wer eine psychedelische Droge allein einnimmt, kann sich in den entscheidenden Augenblicken nicht wirklich uneingeschränkt seinen Eindrücken hingeben, denn zu einem Teil muß er dann selbst die Rolle des realitätsorientierten Beurteilers und Beisitzers miterfüllen. Vollkommene Hingabe ist jedoch unbedingt notwendig, damit die Erfahrung des Ich-Todes vollzogen werden kann, die ein entscheidender Schritt im psychedelischen Prozeß ist. Bestimmte wichtige Probleme, die in zwischenpersönlichen Situationen entstanden sind, zum Beispiel Störung des Grundvertrauens, können nicht aufgelöst werden, ohne daß die mitbeteiligten Personen dem Erlebenden eine korrektive emotionale Erfahrung vermitteln. In der Anfangszeit unserer therapeutischen Arbeit mit LSD, als wir die Rolle des Beisitzers noch nicht zur Genüge verstanden hatten,⁵ habe ich immer wieder gesehen, daß Patienten in ihren LSD-Sitzungen in Sackgassen gerieten, aus denen sie erst dann herausfanden, wenn der Therapeut ihnen versprach, die ganze Zeit über bei ihnen zu bleiben und den Raum nicht zu verlassen.

Wenn die psychedelische Sitzung therapeutischen Zwecken dient, hat die emotionale Bedeutung des Therapeuten für den Patienten zwei klar unterscheidbare Komponenten. Die erste beruht auf den realen Lebensumständen des Patienten zur Zeit der Therapie und auf der Erwartung, daß der Therapeut jemand sei, der angesichts störender emotionaler Symptome und Lebensschwierigkeiten Hilfe zu leisten vermag. Der Aufwand an Zeit, Geld und Mühe bedeutet für den Patienten eine weitere Steigerung seines emotionalen Engagements. Die zweite Komponente der therapeutischen Beziehung ist ihr Übertragungsaspekt. In der LSD-Therapie ist diese Komponente im allgemeinen sehr viel stärker als in herkömmlicher Psychotherapie, und die Übertragung verstärkt sich gewöhnlich noch mit der Zahl der Sitzungen bis zum Zeitpunkt ihrer Auflösung. Sie beruht auf der Tatsache, daß die Patienten bei längerem psychotherapeutischem Umgang während der Sitzungen und in den Zwischenzeiten auf den Therapeuten starke emotionale Einstellungen projizieren, die ursprünglich auf nahestehende Personen aus ihrem früheren und jetzigen Leben gerichtet waren, vor allem auf enge Angehörige. Obwohl es Methoden gibt, die Übertragungsprobleme in der Zeit zwischen den psychedelischen Sitzungen gering zu halten, spielen diese Probleme während der Drogenwirkung doch eine wichtige Rolle. Nicht selten haben die Handlungen des Therapeuten weitreichenden Einfluß auf den Inhalt und Verlauf der Sitzungen. In bestimmten Perioden des psychedelischen Erlebens können Patienten ungewöhnlich heftig darauf reagieren, daß der Therapeut den Raum betritt oder verläßt, körperlichen Kontakt gewährt, sich entzieht oder durch Gesten und Bemerkungen Indifferenz zu verraten scheint. Sogar Phänomene wie die Farben optischer Eindrücke und Illusionen oder heftige körperliche Symptome wie Ekel und Erbrechen, Erstickungsanfälle, quälende Schmerzen und Herzbeschwer-

den können durch das Verhalten des Therapeuten, seine Eingriffe oder Deutungen dramatisch verändert werden.

Der Einfluß des Therapeuten ist noch erheblich größer, wenn das LSD erst nach einer langen Periode systematischer und intensiver Psychotherapie oder aber, im Rahmen einer psycholytischen Sitzungsreihe, mehrfach verabreicht wird. In diesem Falle ist es nicht ungewöhnlich, daß die Übertragungsphänomene beherrschenden Einfluß auf den manifesten Inhalt einer ganzen Sitzung ausüben.⁶

Sehr wichtige Faktoren für eine erfolgreiche LSD-Therapie sind die menschliche und fachliche Anteilnahme des Therapeuten, seine klinische Erfahrung und sein therapeutisches Geschick, seine persönliche Souveränität und Angstfreiheit und seine gegenwärtige körperliche und geistige Verfassung. Es ist unbedingt notwendig, daß der Therapeut, bevor er LSD verabreicht, seine eigenen Motive und seine Einstellungen zum Patienten prüft, eine gute Arbeitsbeziehung zu ihm herzustellen sucht und die Übertragungs- und Gegenübertragungssituation klärt. Niemals sollte der Therapeut einem Patienten, dessen Psychotherapie stagniert, das LSD als ein beeindruckendes und »magisches« Geschenk anbieten, bloß weil er selbst die Atmosphäre des Mißerfolgs, der Unsicherheit oder Hilflosigkeit nicht ertragen kann. Zu beanstanden wäre auch die Verabreichung der Droge an einen Patienten, der aus persönlichen oder objektiven Gründen längere Zeit vernachlässigt worden ist und dem man nun gewissermaßen eine Entschädigung gewähren und das Gefühl bereiten will, etwas Wichtiges sei im Gange. Wohl das gefährlichste Motiv für die Verabreichung von LSD ist das Bedürfnis nach einer Macht- und Autoritätsdemonstration gegen einen aufsässigen Patienten, der das persönliche Sicherheitsgefühl des Therapeuten angreift. Alle diese und ähnliche Probleme können leicht, wenn sie nicht richtig analysiert werden, die LSD-Sitzung vergiften, besonders, wenn sie zufällig auch noch eine Wiederholung traumatischer Erfahrungen aus der Vergangenheit des Patienten darstellen.

Klarheit in der Beziehung des Therapeuten zum Patienten ist eine unerläßliche Vorbedingung für den erfolgreichen Verlauf der Therapie. Wie schon gesagt, ist die Wirkung des LSD am besten als eine Verstärkung oder Vergrößerung der inneren Vorgänge zu verstehen. Mit der Vergrößerung der innerpsychischen Elemente wird auch die zwischenpersönliche Situation vergrößert – das Verhältnis zwischen dem Patienten und den anderen bei der Sitzung Anwesenden. Dadurch wird es möglich, die Übertragungsaspekte in dem Verhältnis klar zu sehen und zu erkennen, in welcher Hinsicht das zwischenpersönliche Verhalten des Patienten fehlangepaßt ist. Eine klare und offene Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten wird zu einer großen Chance für den therapeutischen Fortschritt. Offene oder verdeckte Mißverständnisse jedoch, Konflikte und Entstellungen in der therapeutischen Beziehung vor der Sitzung können unter dem Einfluß der Droge so sehr verstärkt werden, daß sie in eine Sackgasse führen und schließlich die ganze Behandlung gefährden. Es ist also wichtig, daß sich der Therapeut während der Sitzung der eigenen innerpsychischen und zwischenmenschlichen Regungen bewußt bleibt, damit sie den psychedelischen Prozeß nicht stören.

Alle Phänomene in LSD-Sitzungen, die den Patienten, die Beisitzer und ihr gegenseitiges Verhältnis angehen, sind Folgen einer komplizierten Wechselwirkung zwischen den persönlichen Eigenschaften jedes Einzelnen von ihnen. Das Verhältnis zwischen den individuellen Anteilen wechselt von Situation zu Situation und von Sitzung zu Sitzung. Da jedoch auf seiten des LSD-Patienten die inneren Vorgänge durch die Droge stark aktiviert sind, hat er gewöhnlich auf den Inhalt und Charakter dieser Wechselwirkungen einen stärkeren Einfluß, sofern nicht auf seiten der Beisitzer sehr schwere Gegenübertragungsprobleme bestehen.

Das Ausmaß der durch die Übertragung bedingten Entstellungen scheint mit der Dosierung und mit der Art der in der Sitzung auftauchenden unbewußten Inhalte zusammen-

zuhängen. Zu Zeiten, wo der Patient unter Einfluß der Droge steht, aber nicht mit besonders schwierigen emotionalen Themen beschäftigt ist, kann er ungewöhnlich scharfsinnig und einsichtig sein. Die Fähigkeit zum intuitiven und empathischen Verstehen anderer Menschen kann in verblüffendem Maße geschärft und vertieft werden. In manchen Fällen vermögen LSD-Patienten sogar dann, wenn sie mit vielerlei eigenen emotionalen Problemen ringen, erstaunlich exakt anzugeben, was die Beisitzer denken. Dies trifft besonders dann zu, wenn die Probleme, vor denen sie stehen, von gleicher oder ähnlicher Art sind wie manche Probleme der Beisitzer. Die introspektive Erforschung unbewußter Strukturen im eigenen Innern kann unter solchen Umständen ein sofortiges intuitives Verstehen entsprechender Elemente in anderen Menschen erlauben.

In diesen Situationen werden die Gedanken, emotionalen Reaktionen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Beisitzer besonders wichtig. Mehrfach haben wir beobachtet, daß sich LSD-Patienten in die Beisitzer sehr genau einfühlen konnten. Sie vermochten anzugeben, wann der Therapeut die Sitzung aufmerksam und konzentriert verfolgte und über ihren Verlauf erfreut war und wann ihn andere berufliche und persönliche Probleme ablenkten, wann er sich langweilte, müde oder unzufrieden war mit dem Verlauf der Sitzung oder besorgt wegen ihrer ungünstigen Entwicklung. Dies ist sehr gut verständlich in jenen Fällen, wo der Patient den Gesichtsausdruck des Beisitzers sehen kann. Es ist denkbar, daß die Drogenwirkung einen Menschen für mancherlei unscheinbare und sogar unterschwellige Hinweise so weit empfänglich macht, daß er aus diesen alle für eine exakte Einfühlung erforderlichen Hinweise entnehmen kann. Dies könnte sogar dann der Fall sein, wenn die entsprechenden Phänomene so unauffällig sind, daß sie dem Patienten unter den Bedingungen herkömmlicher Psychotherapie entgehen würden. Dasselbe geschah jedoch auch in manchen Fällen, wo der Patient die Augen geschlossen oder mit einem Augenschirm bedeckt hatte; in anderen Fällen hatte er die Augen zwar offen, sah aber den Therapeuten nicht an.

Nicht zu vergessen ist auch, daß Patient und Therapeut nicht notwendig unter einer »guten« und »produktiven« Sitzung dasselbe verstehen, schon gar nicht, während die Sitzung noch im Gange ist. Es ist daher nicht möglich, daß der Patient die Gefühle des Therapeuten bezüglich der Sitzung automatisch vom eigenen Eindruck ablesen könnte. Manchmal war aber die Richtigkeit dieses »Ablesens« so erstaunlich, daß es an einen echten Vorgang außersinnlicher Wahrnehmung anzugrenzen schien. Manche Patienten errieten nicht nur die allgemeine Gefühlslage des Therapeuten, sondern auch den spezifischen Inhalt seiner Gedanken; und manche glaubten zu seinem Gedächtnissystem Zugang zu haben und beschrieben manche konkreten Umstände und Ereignisse aus seiner jüngeren oder fernerer persönlichen Vergangenheit.

Solche Wahrnehmungselemente treten häufiger in Sitzungen mit niedriger Dosierung auf, in denen die Drogenwirkung nicht ausreicht, um wichtigere emotionale Inhalte zu aktivieren. In Sitzungen mit hoher Dosierung treten sie im allgemeinen anfangs auf, bevor die auftauchenden Inhalte des Unbewußten das Erlebensfeld ausfüllen, oder später, nachdem die schwierigeren Aspekte des Erlebens durchgearbeitet und aufgelöst sind. Dies ist jedoch keine allgemeingültige Regel, und sie hat wichtige Ausnahmen: Episoden einer ungewöhnlichen Wahrnehmungsschärfe treten bei jeder Dosierung und zu jeder Zeit während der Sitzung gelegentlich auf. Sie scheinen eher mit dem Charakter des Erlebens oder dem besonderen Geisteszustand verknüpft als mit einem bestimmten Zeitpunkt oder dem Intensitätsgrad der Drogenwirkung. Wenn LSD-Patienten ganz in ihren eigenen Problemen aufgehen, haben ihre Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und Erwartungen hinsichtlich der Beisitzer meist sehr wenig Realitätsgehalt. Es sind Projektionen, die innere Erfahrungen des Patienten abbilden – seine Gefühle, Triebregungen und Überich-Funktionen.

In Sitzungen mit hoher LSD-Dosis ist die gute therapeutische Beziehung ein Element von entscheidender Bedeutung. Es ist nötig zu betonen, daß selbst eine ideale zwi-

schenpersönliche Beziehung größere Entstellungen unter dem Einfluß der Droge nicht verhindern kann. Wenn aber zwischen dem Erlebenden und den Beisitzern ein klares und solides Verhältnis außerhalb der Sitzung besteht, so werden die durch die Droge bewirkten Entstellungen eher zu einer Lernchance, die wichtige korrektive Gefühls Erfahrungen bietet, als zu einer Gefahr für den psychedelischen Prozeß. Eine gute therapeutische Beziehung erleichtert es dem Patienten, auf psychische Abwehrhaltungen zu verzichten, sich dem Erleben zu überlassen und die schwierigen Perioden der Sitzung, wenn er an Leib und Seele leidet und verwirrt ist, zu ertragen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist wesentlich, damit eine der entscheidenden Situationen in der psychedelischen Therapie, nämlich die Krise des Grundvertrauens, durchgearbeitet werden kann.

Solange der Therapeut nicht seinerseits durch eine starke Gegenübertragung zu der zwischenpersönlichen Konfiguration sehr vieles beiträgt, was eine reale Grundlage hat, werden die Erfahrungen des Patienten im Hinblick auf die therapeutische Situation durch die Art der aus dem Unbewußten auftauchenden Inhalte bedingt sein. Die projektive Entstellung kann in der therapeutischen Beziehung viele verschiedene Formen und Ausmaße annehmen. Die oberflächlichste und einfachste Erscheinung dieser Art sind Phantasien oder Vorstellungen, in denen dem Therapeuten ganz bestimmte Meinungen und Einstellungen zugeschrieben werden. Wenn dies zu einer Zeit geschieht, wo der Patient mit dem Therapeuten Blickkontakt hat, können dabei konkrete, aber illusorische Veränderungen des Gesichtsausdrucks wahrgenommen werden. Der Patient sieht beim Therapeuten vielleicht ein Kichern, Grinsen oder Lachen, eine herablassende, ironische oder spöttische Miene. Es kann sein, daß er im Gesicht des Therapeuten klare Anzeichen von sexuellem Interesse oder sogar Erregung und in seinen Gesten Verführungsabsichten erkennt. Der Therapeut kann ihm nörglerisch, zornig, gehässig oder aggressiv vorkommen oder aber als voller Mitgefühl, Liebe und Verständnis. Sein Gesicht scheint Ungewißheit, Sorge, Furcht oder Schuldgefühle zu verraten. In der Art solcher Phantasien und Verwandlungen spiegeln sich die Gefühle und Einstellungen wider, die der Patient auf den Therapeuten überträgt. Oft sind aber die Projektionen sehr viel verwickelter ausgestaltet; im Extremfall gehen sie bis zu komplexen illusorischen Verwandlungen, die Gesicht, körperliche Erscheinung und Kleidung des Therapeuten einbeziehen. Manchmal liegt die symbolische Bedeutung solcher Verwandlungen klar zutage; manchmal ist zu ihrem vollen Verständnis eine systematische und gezielte analytische Bearbeitung nötig.

Es gibt mehrere typische Kategorien von Problemen, die sich in diesen symbolischen Verwandlungen äußern. Am häufigsten sind diejenigen Vorstellungen, in denen der Patient *aggressive oder sexuelle Triebregungen* projiziert. So kann etwa der Therapeut in eine unwirkliche Gestalt verwandelt werden, die Gewalttätigkeit, Grausamkeit und Sadismus repräsentiert. Dazu gehören zum Beispiel Vertreter mancher Berufe wie Schlächter, Boxer, Henker, Söldner oder verhörende Polizisten; infame historische Gestalten wie Dschingis Khan, Nero, der Woiwode Dracula, Hitler oder Stalin; oder eine ganze Galerie von Menschenschindern, gedungenen Mördern, Straßenräubern, SS- und Gestapoleuten, roten Kommissaren, wilden Kopfgängern und dergleichen. Auch berühmte Figuren aus Horrorfilmen treten oft in diesem Zusammenhang auf, zum Beispiel Franksteins Ungeheuer, das Geschöpf aus der schwarzen Lagune, Dracula, King Kong und Godzilla. Ein anderer Ausdruck für die Aggressivität des Patienten ist die symbolische Verwandlung des Therapeuten in ein blutdürstiges Raubtier – einen Adler, Löwen, Tiger, Jaguar, Schwarzen Panther, Hai oder Tyrannosaurus. Die Bedeutung kann ganz ähnlich sein, auch wenn der Therapeut in einen traditionellen Gegner solcher Tiere verwandelt wird – einen Gladiator, Jäger oder Dompteur. Archetypische Bilder, die Aggression symbolisieren, sind ebenso häufig; sie reichen von Schwarzkünstlern, bösen Hexen und Vampiren bis zu Teufeln, Dämonen und menschenfressenden Gott-

heiten. Wenn der Patient sich auf die aggressiven Themen in seinem Unbewußten einmal eingestimmt hat, kann sich der Behandlungsraum für ihn in das Kabinett des Dr. Caligari verwandeln, in ein Kerkerloch, eine Folterkammer, eine Todeszelle oder eine Baracke in einem Konzentrationslager. Harmlose Gegenstände in der Hand des Therapeuten, ein Kugelschreiber, Federhalter oder ein Stück Papier, werden zu Dolchen, Axten, Sägen, Revolvern oder anderen Mordwerkzeugen.

Ebenso können auch sexuelle Bestrebungen sich in Form symbolischer Projektionen äußern. Der Therapeut (oder die Therapeutin) wird als orientalischer Haremseigner, geiler Lüstling, Prostituierte, Strichjunge, Großstadtflittchen oder als frivoler und promiskuooser Malerbohemien gesehen. Andere Sexualsymbole, die in diesem Kontext auftraten, waren Don Juan, Rasputin, Poppäa, Casanova und Hugh Hefner. Bilder, die ein sexuelles Angezogenensein ohne pejorative Tönung ausdrücken, reichen von Filmstars und legendären romantischen Geliebten bis zu archetypischen Liebesgöttern. In späteren LSD-Sitzungen erscheinen häufig göttliche Personifikationen des männlichen und des weiblichen Prinzips wie Apollo und Aphrodite oder Shiva und Shakti; auch Priester und Priesterinnen aus manchen Liebes- oder Phalluskulten, Fruchtbarkeitsriten oder sexuellen Stammeszeremonien sind recht häufig. Bei manchen Gelegenheiten wurde das Gesicht des Therapeuten in das »Löwengesicht« eines Leprakranken oder das entstellte Gesicht eines Syphiliters verwandelt, was sich als Projektion sexueller Wünsche in Verbindung mit einer Strafdrohung entschlüsseln ließ.

Bei einer anderen typischen Kategorie illusorischer Verwandlungen handelt es sich um *Projektionen des Überichs*. Der Therapeut wird dabei in eine Figur verwandelt, die den Patienten beurteilt, richtet oder kritisiert. Dies kann eine Elternfigur sein, ein Lehrer oder eine andere urteilende Instanz aus der Vergangenheit des Patienten; es können Priester, Richter oder Geschworene sein, manche archetypischen Personifikationen der Gerechtigkeit, sogar Gott und der Teufel. Andere Erscheinungen stellen offenbar denjenigen Teil des Überichs dar, der das Ichideal des Patienten ausmacht: Hier wird der Therapeut als die fleischgewordene menschliche Vollkommenheit wahrgenommen, als jemand, der alle irgend erdenklichen Tugenden aufweist, der alles besitzt und erreicht hat, was der Patient sich schon immer gewünscht hat – körperliche Schönheit, moralische Unanfechtbarkeit, überlegene Intelligenz, emotionale Stabilität und ausgeglichene Lebensumstände.

Eine typische Kategorie von Verwandlungen gibt dem *starken Bedürfnis nach vorbehaltloser Liebe und ungeteilter Aufmerksamkeit* Ausdruck und zugleich dem Ärger darüber, daß der Patient nicht ganz allein und nach Belieben über den Therapeuten verfügen kann. Dies ist am charakteristischsten für psychodynamische Sitzungen mit tiefer Regression in die frühe Kindheit und starken anaklitischen Bedürfnissen. Vielen Patienten fällt es schwer, sich damit abzufinden, daß der Therapeut noch andere Patienten hat, daß er ein Privatleben hat oder daß die therapeutische Situation der Vertraulichkeit gewisse Grenzen setzt. Ob dies nun objektiv berechtigt sein mag oder nicht, viele Patienten haben das Gefühl, mit professioneller Kühle und wissenschaftlicher Objektivität oder als Versuchskaninchen behandelt zu werden. Auch wenn es in den Sitzungen zu Körperkontakten kommt, kann ein feinfühligster Patient darin einen Therapeutentrick oder eine Technik und nicht einen aufrichtigen Ausdruck menschlicher Zuneigung erkennen.

Die Neugier des Therapeuten auf die Lebensgeschichte des Patienten und die Dynamik seiner Probleme kann durch illusorische Verwandlung des Therapeuten in einen Sherlock Holmes, Hercule Poirot, Leon Clifton oder irgendeine Karikatur eines Detektivs mit einer großen Pfeife, mit Lupe und Brille verspottet werden. Seine fachliche, objektive und »wissenschaftliche« Haltung gegenüber dem Patienten kann im komischen Bild einer gelehrten Eule Ausdruck finden, die auf einem Stapel mit Spinnweben bedeckter Bücher sitzt. Die fachliche »Kühle« und der aufreizende Mangel an natürlichen

emotionalen Reaktionen können ihn visuell in der schützenden Vermummung eines gepanzerten Ritters, Astronauten, Feuerwehrmanns oder Tiefseetauchers erscheinen lassen. Daß er die Sitzung protokolliert, ärgert den Patienten manchmal selbst dann, wenn er dazu nicht nur vorher seine Einwilligung gegeben, sondern sogar besonders darum gebeten hat. In einer satirischen Vision kann der Therapeut dann als engstirniger Bürokrat, ehrgeiziger Musterschüler oder Aktenabstauber auftreten. Auch der weiße Kittel, ein gemeinsames Symbol der Ärzteschaft, kann in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen; in seiner ärztlichen Rolle kann der Therapeut angegriffen werden, indem man ihn in einen Käsehändler, Friseur, Schlächter oder in einen Vertreter jener Berufe verwandelt, die ebenfalls weiße Kittel tragen. Wenn er als ein Doktor Faust erscheint, was auch schon vorgekommen ist, so kann man dies als Anspielung auf seine Bildung und seinen Titel, auf die unkonventionelle Art seines Forschens und die magischen Eigenschaften seiner Droge deuten; in manchen Fällen schloß es auch den Wunsch ein, er möge, Faustens Beispiel folgend, die Wissenschaft den irdischen Vergnügungen opfern.⁷

Drei Darstellungen des in der Illusion verwandelten Therapeuten:



Er erscheint als arabischer Händler, der gefährliche Rauschdrogen feilbietet;



als wilder, primitiver Eingeborener Afrikas;



als ein indischer Weiser, der uraltes Wissen ausstrahlt. Jedes dieser Bilder gibt Art und Inhalt des psychedelischen Erlebens zum jeweiligen Zeitpunkt wieder.



Eine weitere illusorische Verwandlung. Hier ist aus dem Therapeuten ein sadistischer Unhold geworden, der an den Leiden, die er dem Patienten zufügt, seine Freude hat. Die Engelsfigur am linken Rand steht für das Wissen des Patienten, daß seine Qualen letztlich zu einem spirituellen Ausgang hinführen werden. Das Schloß rechts unten bezeichnet den unbestimmten Eindruck einer mittelalterlichen Folderszene, die er als karmische Erinnerung empfand. Diese Erscheinung trat während einer Sitzung ein, die durch den Übergang von der perinatalen Matrix III zur Matrix IV gekennzeichnet war.



Illusorische Verwandlung des Therapeuten in einen neugierigen Detektiv (»Sherlock Holmes«) mit großer Pfeife. Der Patient schildert seinen Ärger über das Ausgefragtwerden durch den Therapeuten und über dessen Objektivität.

Eine sehr interessante, karikaturistische Illustration einiger dieser Probleme ergab sich in einer der ersten Sitzungen mit Agnes, die wegen einer schweren chronischen Neurose psycholytisch behandelt wurde. In der Phase der Therapie, als sie den Therapeuten brennend gern für sich allein gehabt hätte und auf alle anderen Patienten eifersüchtig war, erlebte sie in der LSD-Sitzung symbolische Szenen aus einem Hühnerbrutkasten – eine Satire auf ihre LSD-Behandlung. Der Brutkasten stellte das psychiatrische For-

schungsinstitut dar, wo sie in Behandlung war, und ihre Mitpatienten waren die Eier, die mancherlei Fehler und Schäden hatten und sich in verschiedenen Brutstadien befanden. Da das Erlebnis des Geborenwerdens ein wichtiger Schritt in der LSD-Therapie ist, bedeutete das Ausgebrütetwerden den erfolgreichen Abschluß der Behandlung und die Heilung der Neurose. Die Patienten-Eier rivalisierten miteinander um Beschleunigung des Brutvorgangs, aber auch um die Zuneigung des Therapeuten. Dieser wurde durch ein System von Glühbirnen dargestellt, die in genau abgemessener Menge Wärme und Licht spendeten.

Die Patientin selbst, ein unzufriedenes Embryo-Küken, beteiligte sich lebhaft am Streit um die künstliche Wärme, denn etwas anderes gab es nicht. In Wahrheit wäre sie gern das einzige Küken einer echten Henne gewesen und konnte sich mit dem elektrischen Ersatz nicht abfinden.

Wie dieses Beispiel zeigt, muß die Verwandlung nicht auf den Therapeuten beschränkt bleiben, sondern kann von einer gleichzeitigen autosymbolischen Verwandlung oder einer Verwandlung der ganzen Umgebung begleitet sein.

Wie die meisten LSD-Phänomene sind auch diese illusorischen Verwandlungen gewöhnlich von vielschichtiger und überdeterminierter Struktur. Obwohl eine bestimmte Bedeutung oder Verknüpfung vielleicht im Mittelpunkt des Gewahrseins steht, findet man zu dem gleichen Bild gewöhnlich noch eine Reihe weiterer Zusammenhänge. Wie im Falle der Träume gibt es auch hier oft mehrere Deutungen für das gleiche Phänomen. Es wird Material aus den verschiedenen Schichten des Unbewußten verwendet, und dabei finden ganz gegensätzliche Bestrebungen und Emotionen ihre gemeinsame Repräsentanz in einem einzigen symbolisch verdichteten Bild. Wir haben zwar bisher nur von den visuellen Erscheinungen gesprochen, welche die auffälligsten sind, doch können auch die anderen Sinneseindrücke, Wahrnehmungen des Gehörs, Geruchs, Geschmacks und der Tastsinn projektiv entstellt werden.

Der konkrete Gehalt der Verwandlungen ist bezeichnend für die Art des LSD-Erlebens und die aktivierte Schicht des Unbewußten. Die oberflächlichsten Verwandlungen sind abstrakt und scheinen keine tiefere symbolische Bedeutung zu haben. Das Gesicht des Therapeuten kann durch Wellenbewegungen oder durch wechselnde Farben verzerrt erscheinen. Manchmal ist seine Haut mit Mosaiken oder feinen geometrischen Mustern bedeckt, die wie Tätowierungen oder Eingeborenen-Ornamente aussehen. Diese Veränderungen ähneln den Erscheinungen auf dem Schirm eines gestörten Fernsehempfängers; sie sind offenbar hervorgerufen durch die chemische Reizung des sensorischen Apparats.

Auf der psychodynamischen Ebene geben die illusorischen Verwandlungen die Grundthemen einzelner COEX-Systeme wieder, eingefärbt durch den spezifischen Inhalt der Schicht, die gerade im Punkt des Erlebens steht. Der Therapeut kann als Vater- oder Mutterfigur wahrgenommen werden, als Bruder oder Schwester, Kindermädchen, Onkel, Nachbar oder irgend jemand, der in der Kindheit des Patienten eine wichtige Rolle gespielt hat. Ärzte und Krankenschwestern, die einen schmerzhaften Eingriff durchgeführt, Bekannte, die als Elternersatz gedient, Erwachsene, die den Patienten physisch oder sexuell mißhandelt haben und andere Protagonisten aus ängstigenden Episoden sind typische Vertreter dieser Kategorie. Manchmal nimmt der Therapeut auch die Gestalt eines Lieblingstiers an, eines Hündchens, Huhns oder Kaninchens, manchmal sogar eines Spielzeugs, das emotional wichtig war, weil es als Ersatz für Spielgefährten diente.

Manchmal geben die projektiven Verwandlungen nicht unmittelbar die biographischen Ereignisse wieder, die in einem COEX-System gespeichert sind, sondern bilden Variationen über das Hauptthema des Systems. Das folgende Beispiel aus einer LSD-Sitzung mit Renata,⁸ einer Patientin, die an einer schweren Krebsphobie litt, zeigt, wie schon ei-

ne scheinbar unerhebliche partielle Verwandlung des Therapeuten aufschlußreiches Material aus den verschiedenen Schichten verdichten kann:



Der Totenkopfschwärmer (»Sphinx«) im Auge des Therapeuten

Als Renata den Therapeuten anblickte, nahm ein Lichtreflex in seinem Auge die Gestalt eines »Sphinx«-Falters oder Totenkopfschwärmers an. Freie Assoziationen, die Renata am Tag darauf von sich aus beibrachte, gaben folgende Aufschlüsse:

Der Totenkopfschwärmer oder »Sphinx« ist ein Nachtfalter, der Blumen mit berauschendem Duft anfliegt und den Nektar aus ihnen saugt. Auf dem Rücken trägt er eine Zeichnung, die deutlich an einen menschlichen Totenschädel erinnert. Im Volksglauben wird er meist mit dem Tod in Verbindung gebracht. Dies war ein für Renata sehr wichtiges Thema, der Grund ihrer Krebsphobie. Manche Erlebnisse in ihrer Kindheit, insbesondere die Tatsache, daß sie durch ihren Stiefvater sexuell mißbraucht wurde, als sie acht Jahre alt war, hatten zu einer engen Verknüpfung von Tod und Sexualität in ihrem Unbewußten geführt. Sommernächte und schwerer, süßer Blumenduft bezeichnen die Atmosphäre der Verliebtheit und des Geschlechtsverkehrs, in welcher der Sphinx-Falter als ein Vorbote des Todes umherschwirrt.

Einige weitere Assoziationen zeigten die feinverzweigte, überdeterminierte Struktur dieser Verwandlung. Renata hatte irgendwo gelesen, daß die Raupen dieses Nachtfalters von *Atropa Belladonna* leben, dem Nachtschattengift, das für seine psychoaktiven Wirkungen bekannt ist und im Mittelalter in den Tränken und Salben für den Hexensabbath Verwendung fand. In kleinen Dosen ist Belladonna halluzinogen, in größeren Dosen hochgiftig. Die halluzinogenen Eigenschaften des Belladonna stellten eine Verbindung zur LSD-Behandlung dar; seine Beziehung zu den Orgien des Hexensabbaths spielte auf die gefährlichen Aspekte der Sexualität an. Renata erinnerte sich außerdem, gelesen zu haben, daß die Sphinx-Raupen in aufgerichteter Haltung schlafen. Dies konnte sie direkt mit der traumatischen Situation ihrer Verführung in Verbindung bringen, bei der sie mit dem erigierten Penis ihres Stiefvaters Bekanntschaft gemacht hatte.

Auf der tiefsten Ebene verweist der Name des Nachtfalters auf die thebanische Sphinx. Dieses Bild eines vernichtenden weiblichen Geschöpfes – mit menschlichem Kopf und tierischem Leib –, das seine Opfer erwürgt, tritt oft in LSD-Sitzungen auf, die sich mit der Qual der Wiedergeburt und mit der Transzendenz beschäftigen. In der perinatalen Schicht, im Zusammenhang mit dem biologischen Vorgang der Geburt, fand Renata die tiefsten unbewußten Wurzeln ihrer Verschmelzung und Verwechslung von Sexualität und Tod.

Die Verwandlungen des Therapeuten in Sitzungen mit starkem perinatalen Akzent sind von einer ganz anderen Qualität. Die allgemeine Richtung der projektiven Veränderung hängt ab von dem Stadium des Todes- und Wiedergeburtserlebens oder von der zum jeweiligen Zeitpunkt aktiven perinatalen Matrix.

Die mit jeder Matrix verknüpften Grundelemente und Attribute sind eigentümlich und unverwechselbar. Für die perinatale Matrix I sind dies transzendente Schönheit, vorbehaltlose Liebe, Verfließen der Grenzen, eine Atmosphäre des Numinosen und ein Gefühl, ernährt und beschützt zu werden. Die Matrix II bringt vom ersten Augenblick an eine tiefe metaphysische Furcht, Gefühle des Bedroht- und Verfolgtseins und den Eindruck, die Autonomie zu verlieren. Die vollausgeprägte Matrix II ist gekennzeichnet durch eine Atmosphäre unwiderruflicher Gefangenschaft, hoffnungslosen Preisgebenseins unter endlosen, teuflischen Qualen und durch den Verlust der Seele. Die Matrix III bringt Elemente eines blutigen, titanischen Ringens, das sadomasochistische, sexuelle und skatologische Züge aufweist. Der Übergang von der Matrix III zur Matrix IV wird erlebt als ein übermächtiges Drängen, sich vollkommen und bedingungslos aufzugeben, als abgründige Furcht vor der Vernichtung und Erwarten einer Katastrophe. Die perinatale Matrix IV hat sodann die unverkennbare Qualität der spirituellen Befreiung, des Heraustretens aus dem Dunkel, der Erlösung und Erleuchtung.

Steht der Patient unter dem Einfluß einer der negativen perinatalen Matrizen, so kann der Therapeut als ein Vertreter von Kräften und Vorgängen erscheinen, die nicht nur den Einzelnen, sondern die ganze Welt bedrohen: als Chef einer gefährlichen Untergrundorganisation, als Vertreter einer außerirdischen Zivilisation, welche die Menschheit versklaven will, als ein mächtiger faschistischer oder kommunistischer Führer, als ein fehlgeleiteter religiöser Fanatiker, als ein wahnsinnig-genialer Wissenschaftler oder auch als ein Teufel in Person. Unter diesen Vorstellungen kann der Patient die kritische Einsicht verlieren, daß er einen symbolischen Prozeß durchmacht, und eine vollausgeprägte paranoide Reaktion erleben. In oberflächlicheren und weniger überzeugenden Erlebnissen können bestimmte Elemente der perinatalen Symbolik auf den Therapeuten projiziert werden: Er verwandelt sich in ein mythologisches Ungeheuer, das den Patienten zu verschlingen droht, in einen Großinquisitor, den Kommandanten eines Konzentrationslagers oder einen teuflischen Sadisten; er nimmt irgendeinen historischen Charakter an, der für seine Grausamkeit bekannt ist, wird zu einem perversen Lüstling, einem Koprophilen, einem Krieger, einem Schwerkranken oder Verwundeten, einem Konquistadoren, präkolumbianischen Priester, einer Karnevalsfigur oder dem gekreuzigten Christus. Die Form dieser Verwandlungen hängt im einzelnen vom Stadium des Todes- und Wiedergeburtprozesses ab, von der Ebene, auf der er erlebt wird, und der passiven oder aktiven Rolle des Erlebenden.

Wird die Sitzung von den positiven Matrizen beherrscht, so haben die Verwandlungen eine ganz andere Qualität. Ist dies die Matrix IV, so kann der Therapeut als siegreicher Heerführer erlebt werden, der einen tückischen Feind überwunden hat, als der Erlöser, als Verkörperung kosmischer Weisheit, als Lehrer, der in die tiefsten Geheimnisse des Lebens und der Natur einweihet, als Erscheinung des göttlichen Prinzips oder als Gott höchstselbst. Auch die aktivierte Matrix I hat viele der gleichen Elemente wie IV, etwa das Strahlende, Heilige und Heitere, doch haben diese hier zeitlosen Charakter und treten nicht nur als Stadien im Übergang vom Tod zur Wiedergeburt auf. Der Patient kann

eine Entgrenzung und ein Gefühl, mit dem Therapeuten von Grund auf eins zu sein, verspüren, verknüpft mit dem Gefühl vollkommenen Beschützt- und Versorgtseins.

Recht oft nimmt der Therapeut im Verlauf des Todes- und Wiedergeburtprozesses die Rolle der gebärenden Mutter ein und wird auch manchmal tatsächlich in dieser Gestalt erlebt, unabhängig davon, ob der Therapeut tatsächlich männlichen oder weiblichen Geschlechts ist. Unter diesen Umständen kann die Übertragungsbeziehung eine symbiotische Qualität gewinnen; sie ist gekennzeichnet durch eine biologisch tiefverwurzelte Ambivalenz, und sie ist von solcher Bedeutung, daß es bei ihr um Leben oder Tod zu gehen scheint. Der Therapeut wird für den Patienten zu einer magisch mächtigen Gestalt von kosmischen Proportionen. Der Patient hat entweder das Gefühl, an dieser Macht teilzuhaben, oder aber, sich in einer vollkommen passiven, abhängigen und verwundbaren Lage zu befinden. Ausschlaggebend scheint in dieser Situation zu sein, ob der Patient in die Welt und die Menschen Vertrauen setzt, was wesentlich von seiner Lebensgeschichte abhängt. Von der Art der Kindheitserfahrungen hängt es ab, ob er sich eine ganz und gar abhängige Rolle gefallen läßt, oder ob sie ihm als lebensbedrohend erscheint und paranoide Gedanken weckt.

Oft muß der Patient eine tiefe Krise des Grundvertrauens durchmachen, ehe er zu den nährenden Aspekten der Mutter-Kind-Beziehung wieder Verbindung findet. Wenn die frühkindlich-symbiotische Situation der perinatalen Periode auf den Therapeuten projiziert wird, verliert der Patient oft die Fähigkeit, klar zwischen dem Therapeuten und sich selbst zu unterscheiden. Seine Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle scheinen mit denen des Therapeuten zu verschmelzen. Dies kann bis zu dem Gefühl gehen, er werde magisch beeinflusst oder durch Suggestion, Hypnose, Telepathie oder gar Psychokinese gelenkt. Der Therapeut scheint alle seine Gedanken lesen zu können; aber auch das Gegenteil ist häufig, nämlich, daß der Patient den Eindruck hat, der Geist des Therapeuten stehe ihm offen und er nehme an dessen Gefühlen oder Gedanken Anteil. Unter diesen Umständen erscheint es dem Patienten oft unnötig, seine Erlebnisse verbal mitzuteilen. Er meint entweder, daß der Therapeut ohnehin an allem teilnehme und seine Erlebnisse in allen Einzelheiten kenne, oder aber, daß er alles vorher arrangiert habe und es so steuern könne, daß es nach seinem Plan verlaufe. In den kritischen Stadien des Todes- und Wiedergeburtprozesses kann der Therapeut zum mörderischen oder lebenschenkenden Mutterschoß werden, oder er wird als Geburtshelfer oder Hebamme erlebt. Letzteres ist besonders häufig, wenn die Behandlungstechnik körperlichen Kontakt und Beistand einschließt.

In der perinatalen Schicht gipfeln die Übertragungsprobleme in dem Augenblick, in dem sich der Patient dem Tod des Ichs nähert, der mit dem Nacherleben der biologischen Geburt zusammenfällt. Dies erfordert einen vollkommenen Verzicht auf alle Abwehrhaltungen, alle Selbstbeherrschung und alle äußeren Anhaltspunkte, meist in Verbindung mit einer tiefen Krise des Grundvertrauens. In diesem Zustand höchster Verwundbarkeit zieht der Patient den Charakter und die Motive des Therapeuten in Zweifel und versucht das Ausmaß der Gefahr zu beurteilen, mit der die vollkommene Hingabe verbunden ist. Stärkere negative Aspekte aus der Lebensgeschichte des Patienten treten vergrößert zutage und werden in verschiedenen symbolischen Formen auf den Therapeuten projiziert. Außerdem sieht er nun wie durch ein Vergrößerungsglas auch die wirklichen Mängel in der Persönlichkeit, den Einstellungen und Motiven des Therapeuten und die Probleme und Konflikte in der therapeutischen Beziehung. Wie der Patient den Therapeuten wahrnimmt, wird bedingt sein durch die Erlebnisse in dem mörderischen Geburtskanal, und die LSD-Behandlung kann in diesem Augenblick als ein teuflisches Verfahren erscheinen, den Patienten zu vernichten, ihm das Gehirn zu »waschen«, ihn auf ewig zu versklaven oder seine Seele zu rauben.

Nachdem diese Krise durchgearbeitet und die Vertrauensbindung wiederhergestellt ist, schlagen die Übertragungsphänomene oft zum entgegengesetzten Pol hin aus. Einem

Patienten, der unter dem Einfluß der perinatalen Matrizen I oder IV steht, kann der Therapeut als letzter Ursprung aller Liebe, Sicherheit und Nahrung erscheinen. Er verbindet mit dem Therapeuten die Erlebnisse der guten Brust und des guten Schoßes gleichzeitig. Es scheint keine Grenzen zwischen den Individuen mehr zu geben, nur noch ein stetiges, freies Dahinströmen der Gedanken, Gefühle und guten Energien. Der Patient erlebt dies als ein Ernährtwerden von höchster Instanz, wobei die Milch aus einer geistlichen Quelle zu fließen scheint und wundersame Heilkräfte besitzt. Darin scheinen auch embryonale Erfahrungen nachzuklingen; der Kreislauf der verschiedenen Arten von spirituellen Emotionen und Energien weist manche Ähnlichkeiten mit dem plazentaren Kreislauf zwischen Mutter und Kind auf. Sobald diese biologische, emotionale und spirituelle Verbindung hergestellt ist, kann der Therapeut nicht mehr nur als die eigene Mutter, sondern als die gute Mutter schlechthin erscheinen – als archetypisches Bild der Großen Mutter, der Mutter Natur, letztlich des ganzen Kosmos oder Gottes.

Eine ganz andere Qualität hat die Übertragungsbeziehung in LSD-Sitzungen mit transpersonalen Erlebnissen. Die illusorischen Verwandlungen des Therapeuten können hier nicht mehr in der gleichen Weise gedeutet werden wie auf der psychodynamischen Ebene – als komplizierte symbolische Bilder mit vielschichtiger und überdeterminierter Struktur oder als Projektionen verschiedener Schichten aus den COEX-Systemen. Diese Verwandlungen sind auch etwas anderes als die perinatalen Übertragungsphänomene, die sich als Wiederholungen der nährenden und zerstörenden Aspekte in der symbiotischen Beziehung zur Mutter verstehen lassen. Transpersonale Projektionen sind Phänomene *sui generis*, die sich einer weiteren psychologischen Analyse entziehen.

Daß der Therapeut in Erinnerungen an geschichtliche oder phylogenetische Vorfahren mit eingeschlossen wird, ist recht häufig. In diesem Falle erscheint er als in einen bestimmten menschlichen oder tierischen Vorfahren gleichen oder anderen Geschlechts verwandelt. Allgemein sind die projektiven Verwandlungen des Therapeuten auf der transpersonalen Ebene von ganz anderer Art als die wesentlich psychodynamischen, die im Sinne Freuds zu deuten wären. Die ersteren wirken sehr echt, ursprünglich und überzeugend; sie enthalten oft richtige und objektiv nachprüfbare Angaben zu Sachverhalten, die über Bildungswissen und Informationsstand des Patienten weit hinausgehen. Anders als die projektiven Verwandlungen auf der psychodynamischen Ebene lassen sie sich nicht als symbolische Repräsentanzen bestimmter Aspekte aus dem gegenwärtigen Leben des Patienten entschlüsseln. Selbst diejenigen Patienten, die an der Analyse projektiver Phänomene auf der psychodynamischen Ebene begeistert mitarbeiten, weisen die freudianischen Deutungen zur transpersonalen Sphäre als oberflächlich, unzulänglich und ungehörig ab.

Die große Bedeutung des Therapeuten oder Beisitzers hat Folgen für die Praxis psychedelischer Psychotherapie. Einerseits gerät der Therapeut in seiner Rolle oft in schwere Probleme: Er kann von verschiedenen Seiten unter emotionalen Druck kommen und muß gegen all die tückischen Fallen der Übertragung und Gegenübertragung auf der Hut sein. Andererseits geht die Intensivierung der therapeutischen Beziehung über die Grenzen herkömmlicher Psychotherapie weit hinaus, oftmals bis zu deren Karikatur. Dadurch wird es für den Patienten und den Therapeuten leichter, den Übertragungscharakter der auftretenden Probleme zu erkennen. Dem erfahrenen Therapeuten geben die Dimensionen der therapeutischen Beziehung, wie sie in psychedelischen Sitzungen erreicht werden, die einzigartige Möglichkeit, starke korrektive Gefühlserlebnisse in sehr tiefen Schichten zu vermitteln, zu denen eine herkömmliche Psychotherapie nicht leicht den Zugang finden könnte.

Um allen Schwierigkeiten psychedelischer Therapie gewachsen zu sein, muß der Therapeut eine besondere Ausbildung haben, die auch eigene Erfahrungen mit der Droge einschließt. Wegen der Außergewöhnlichkeit der LSD-Zustände und wegen der begrenzten Tauglichkeit unserer Sprache zu ihrer Beschreibung ist es für den angehenden

LSD-Therapeuten unmöglich, ohne eigene Erfahrung zu einem tieferen Verständnis dieser Behandlungsweise zu gelangen. Über psychedelische Erfahrungen zu lesen, Vorträge und Seminare zu besuchen oder auch Sitzungen anderer Menschen zu beobachten, gewährt nur ein oberflächliches, unzureichendes Wissen. Die eigenen LSD-Erfahrungen erfüllen noch einen wichtigen anderen Zweck: Sie geben Gelegenheit, eigene Konflikt- und Problembereiche auf verschiedenen Ebenen durchzuarbeiten. Manches, das für den künftigen LSD-Therapeuten ein zentrales Thema sein wird, bleibt in den meisten Formen herkömmlicher Psychotherapie unberührt. Die Furcht vor dem Tod, dem Wahnsinn und dem völligen Verlust der Selbstbeherrschung sind nur einige hervorstechende Beispiele. Wenn der Therapeut sich mit diesen Themen nicht erfolgreich auseinandergesetzt hat, werden die Erscheinungen, die aus dem tiefsten Unbewußten des Patienten aufsteigen, bei ihm selbst Problemzonen aktivieren und erschwerende emotionale und psychosomatische Reaktionen auslösen. Dies kann zu störenden Übertragungs- und Gegenübertragungsproblemen und zu verstärkter Beanspruchung des Abwehrsystems und der Selbstbeherrschung führen. LSD-Sitzungen, in denen der Therapeut mit eigenen ungelösten Problemen ringt, können zu einer echten Belastung werden; sie werden gemeinhin als wechselseitig verschleißend und ungemein ermüdend erlebt.

Andere wichtige Eigenschaften und Fähigkeiten eines guten LSD-Therapeuten erwachsen aus langer klinischer Erfahrung. Mit zunehmender Zahl der Sitzungen, die er miterlebt hat, erscheinen ihm mancherlei ungewöhnliche Phänomene, die in dieser Therapie so häufig sind, als vertrauter und nicht mehr so beängstigend. In seiner täglichen Praxis sieht er viele Menschen, die dramatische Todeserlebnisse durchmachen, verrückt werden, sich von bösen Geistern besessen glauben oder behaupten, sie hätten die Schwelle zum Jenseits überschritten. Wenn er dann die positive Auflösung dieser Zustände miterlebt und dieselben Menschen ein paar Stunden später wohlbehalten und bei bester Laune findet, so wird er allmählich dem ganzen Spektrum der psychedelischen Phänomene mit Zuversicht, Fassung und Toleranz begegnen. Seine Haltung überträgt sich auch auf die Patienten und macht es ihnen leichter, sich allen Erlebnissen, die in der Sitzung auftauchen mögen, zu überlassen, um an die Wurzeln ihrer emotionalen Probleme zu gelangen.

2.4 Erwartungsrahmen und Behandlungssituation

Abgesehen von den mit der Persönlichkeit des Patienten und des Therapeuten verbundenen Faktoren gibt es noch einen umfangreichen Komplex nicht-pharmakologischer Parameter, die man im Amerikanischen meist als »set« und »setting« bezeichnet, was wir hier mit »Erwartungsrahmen« und »Behandlungssituation« wiedergeben wollen. Jedes Verständnis der LSD-Reaktion und ihrer therapeutischen Nutzung ist oberflächlich und unzureichend ohne Berücksichtigung aller Einflußmomente dieser Kategorie.

Unter dem *Erwartungsrahmen* verstehen wir die Erwartungen, Motivationen und Absichten des Patienten im Hinblick auf die Sitzungen, die Auffassung des Therapeuten vom Charakter des LSD-Erlebens, das vereinbarte Ziel des psychedelischen Verfahrens, die Planung und Vorbereitung der Sitzungen und die spezifische Technik oder Lenkungsweise, die dabei angewendet wird.

Unter der *Behandlungssituation* verstehen wir die unmittelbare dingliche und menschliche Umgebung und die konkreten Umstände, unter denen die Droge eingenommen wird.

2.4.1 Der Erwartungsrahmen

Da LSD ein unspezifischer Verstärker innerer Vorgänge ist, erstrecken sich die LSD-Phänomene über ein sehr weites Spektrum, nahezu über alle Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens. Daher können LSD-Erlebnisse unter vielerlei verschiedenen Voraussetzungen stattfinden. Die grimmigen Kontroversen um das LSD wären leicht zu schlichten, wenn die Kontrahenten die ausschlaggebende Bedeutung der nicht-pharmakologischen Faktoren klar erkennen würden. In den meisten Fällen geht es bei den angeblich über das LSD geführten Diskussionen in Wahrheit um verschiedene Anwendungen dieser Droge und um den Einfluß des Erwartungsrahmens auf das LSD-Erleben. Humphrey Osmond, ein Pionier der LSD-Forschung, hat diese Situation in einem Vortrag über LSD-Psychotherapie analysiert. Er hob hervor, daß LSD ein Werkzeug sei und daß es auf den Gebrauch ankomme, den man von ihm mache. Zur Verdeutlichung seines Arguments bat er die Zuhörer, sich eine Situation vorzustellen, in der eine Gruppe von Menschen, die jeder von anderen Erfahrungen und Absichten ausgehen, sich darüber einig zu werden versuchen, ob ein Messer eine gefährliche Waffe oder ein nützliches Werkzeug sei. Der Chirurg würde auf die Erfolgsstatistiken chirurgischer Operationen hinweisen, der Polizeichef spräche von den Morden und Körperverletzungen, die Hausfrau von der Unentbehrlichkeit des Messers beim Brotschneiden, und der Künstler dächte an das Messer im Zusammenhang mit der Kunst des Holzschnitts. Natürlich wäre es hier absurd und undenkbar, einer dieser Auffassungen gegen die anderen rechtgeben zu wollen; es wäre für jedermann klar, daß alles davon abhängt, was man mit dem Messer anfängt. Niemand wäre ernstlich der Meinung, daß entweder die gefährlichen oder die positiven Eigenschaften des Messers sein inneres Wesen ausmachen. Ebendies ist aber in bezug auf das LSD in manchen der bisherigen Diskussionen vertreten worden.

Im folgenden werden wir kurz die wichtigsten Rahmenerwartungen erörtern, unter denen LSD eingenommen wird, und auf ihre spezifischen Merkmale eingehen. Das erste bedeutsame theoretische Rahmensystem für die Verabreichung von LSD war das Konzept der sogenannten »Modell-Psychose«. Es beherrschte die LSD-Experimente in den Jahren unmittelbar nach der Entdeckung der Droge. Das LSD-Erleben wurde in eindeutig psychopathologischem Zusammenhang aufgefaßt und als »experimentelle Psychose« oder »chemisch induzierte Schizophrenie« bezeichnet. Damals verabreichte man die Droge freiwilligen Versuchsteilnehmern in der Forschungsabsicht, die biochemische Grundlage endogener Psychosen zu untersuchen, oder auch psychiatrischen Fachkräf-

ten, denen damit zu Lehr- und Schulungszwecken ein Ausflug in die Welt der Schizophrenen ermöglicht werden sollte.

Ein ganz anderer Rahmen für LSD-Erfahrungen entstand, als allgemein bekannt wurde, daß die Droge bei manchen Menschen die schöpferischen Fähigkeiten anregen kann. Unter Künstlern wurde die Droge als Inspirationshilfe beliebt, und Hunderte von Malern, Bildhauern, Musikern, Architekten und Schriftstellern meldeten sich freiwillig zu LSD-Experimenten. Dies beruhte auf der Erkenntnis, daß die durch das LSD bewirkten ungewöhnlichen Bewußtseinszustände neue Einsichten hervorbringen, Problemlösungen erleichtern und zu richtigen Intuitionen und überraschenden Datenverknüpfungen führen können.

Ein weiterer bedeutsamer Rahmen für LSD-Sitzungen entstand, nachdem Experimentatoren wiederholt beobachtet hatten, daß die Drogenerfahrung die Form eines tiefen *religiösen oder mystischen Erlebnisses* annehmen konnte. Einige Forscher, die sich für diese »chemisch induzierte Instantmystik« näher interessierten, versuchten Rahmenbedingungen und Situationen zu schaffen, die das Auftreten solcher spirituellen Phänomene begünstigten.

Mit Hilfe der verschiedensten Erwartungsrahmen wurde versucht, die therapeutischen Möglichkeiten des LSD für Psychiatrie-Patienten und Sterbenskranke zu erkunden. Etliche Methoden der LSD-Therapie wurden schon im vorigen Kapitel beschrieben und sollen hier nur noch einmal kurz erwähnt werden. In manchen dieser Versuche wurde LSD routinemäßig verordnet wie jedes andere Pharmakon auch, ohne Rücksicht auf seine spezifisch psychedelischen Eigenschaften. Dieses strikt medizinische Verfahren wurde bei Behandlungen angewendet, in denen LSD als antidepressives, abreaktives oder aktivierendes Mittel diente. Bei anderen Verfahren wurde LSD als Katalysator innerer Vorgänge und unterstützendes Mittel zur Psychotherapie betrachtet; Beispiele hierfür sind die psycholytische, anaklitische und hypnodelische Therapie. Manche therapeutischen Orientierungen wie die psychedelische Therapie oder Salvador Roquets Psychosynthese haben einen deutlich religiösen Akzent und betonen die »mystikomimetischen« Wirkungen des LSD.

Die Droge kann sowohl in einzel- wie in gruppentherapeutischem Zusammenhang verabreicht werden, und ihre Anwendung kann sich in Theorie und Praxis an verschiedene therapeutische Systeme anlehnen – an die Freudsche Psychoanalyse, Jungs analytische Psychologie, Morenos Psychodrama, Perls' Gestaltmethoden oder die existentielle Psychotherapie. Das anaklitische Konzept setzt einen starken Akzent auf »Bemutterung« durch Körperkontakt. Die psychedelische Therapie kann verschiedene Religionen zur Orientierung heranziehen; ihre einzelnen Varianten betonen zugleich bestimmte Aspekte des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation, z.B. Musik, Natureindrücke, die Verwendung universaler Symbole oder die Lektüre bestimmter Passagen aus heiligen Büchern.

Fast unendliche Möglichkeiten gibt es, was den Erwartungsrahmen betrifft, bei *nicht-medizinischen Verwendungen* des LSD und *unbeaufsichtigten Selbstversuchen*. Manche Menschen legen bei solchen Versuchen Wert auf die Anwesenheit eines Beisitzers, andere nehmen das LSD für sich alle in oder in einer Gruppe ein. Der Situationen für solche Erlebnisse sind viele: Sie finden bald in Privatwohnungen statt, bald in reizvoller natürlicher Umgebung, bei Rock-Konzerten, auf verkehrsreichen Straßen oder in einem Wagen auf der Autobahn. Das auf den Straßen gehandelte LSD ist von dubioser Qualität; manchmal enthält es auch andere Stoffe wie Amphetamine, Phenzyklidin, STP oder sogar Strychnin. Ebenso unberechenbar ist die Dosis der Wirkstoffe. Die geringe Vertrauenswürdigkeit der Drogen, das Fehlen systematischen Beistands und der illegale Hintergrund solcher Selbstversuche führen zu paranoiden und panischen Reaktionen. Das Auftreten ernster psychischer Komplikationen unter solchen Umständen ist daher

nicht als Anzeichen dafür zu werten, daß die Einnahme von LSD an und für sich gefährlich wäre.

LSD und einige andere Psychedelika sind auf die Liste der Rauschgifte gesetzt worden. Dies ist unbegründet und wissenschaftlich nicht gerechtfertigt. Daß es eine echte physiologische Abhängigkeit von LSD oder verwandten Stoffen gibt, konnte nicht nachgewiesen werden. Die Gründe für den Gebrauch und Mißbrauch dieser Drogen sind äußerst vielschichtig und können sehr tiefe psychische Wurzeln haben. Gesetzgebungsakte, die diese Tatsache verkennen oder mißachten, müssen zwangsläufig scheitern. Die Personen, die nichtmedizinische Selbstversuche mit Psychedelika unternehmen, gehören mehreren Kategorien an und haben sehr unterschiedliche Beweggründe. Manche sind unreife und unverantwortliche junge Leute, die über die Wirkung des LSD unzulänglich oder gar nicht informiert sind, die es aber aus Neugier nehmen, vielleicht bei einer Gruppenorgie, oder einfach, weil es verboten ist. Andere sind Genießer, die sich von der Droge Lust, Entspannung oder ästhetische Bereicherung ihrer Sinneswahrnehmungen versprechen. Paare versuchen manchmal, mit Hilfe psychedelischer Erfahrungen die emotionalen Probleme des Lebens zu zweit durchzuarbeiten, ihre Beziehung zu verbessern, sich neue Kommunikationsbahnen zu eröffnen oder neue Wege und Formen des Geschlechtsverkehrs zu erkunden. Nicht wenige unternehmen Selbstversuche offenbar auch deshalb, weil sie schwere emotionale Probleme haben, zur herkömmlichen Psychotherapie aber keinen Zugang finden oder von ihrer Unwirksamkeit enttäuscht sind. Sie suchen verzweifelt nach therapeutischen Alternativen, und weil eine verantwortliche und fachgemäße LSD-Behandlung nicht geboten wird, versuchen sie es mit Eigentherapie. Es gibt auch eine große Zahl Intellektueller, die wissen, was sie tun, und die psychedelische Erfahrungen als eine einzigartige Möglichkeit der philosophischen und spirituellen Suche betrachten, vergleichbar den Wegen traditioneller Lehren wie des tibetanischen Vajrayana, des Zen-Buddhismus, Taoismus, Sufismus oder der verschiedenen Systeme des Yoga.

Die Beweggründe für psychedelische Versuche sind also oft sehr ernst zu nehmen und in den tiefsten menschlichen Bedürfnissen zu suchen: im Wunsch nach seelischem Wohlbefinden, nach spiritueller Erfüllung und nach Sinn im Leben. Es kann jedoch kein Zweifel daran bestehen, daß LSD-Sitzungen, welches auch die Motive und Absichten des Einzelnen dabei sein mögen, in einer abgesicherten Situation und in einer Vertrauensbeziehung zu einem erfahrenen und verantwortlichen Beisitzer stattfinden sollten. Wo diesen Erfordernissen nicht Genüge getan wird, sind die Gefahren und Risiken eines solchen Unternehmens viel größer als der mögliche Nutzen.

Der letzte Bereich von LSD-Versuchen, von dem hier die Rede sein soll, ist durch Rahmenerwartungen gekennzeichnet, die man *destruktiv* nennen muß. Hierher gehören jene »Experimente«, die sich mit den Möglichkeiten des LSD zur psychologischen Liquidierung bestimmter Personen beschäftigen, mit dem Entlocken von Geständnissen, mit Gehirnwäsche und chemischer Kriegführung. Wir könnten auch all jene Situationen dazuzählen, in denen jemandem LSD gegeben wird, ohne daß er die Wirkungen kennt und oft auch ohne daß er es weiß. Die Gefährlichkeit solcher Unternehmen kann nicht genug betont werden; nicht nur die geistige Gesundheit, sogar das Leben des Betroffenen kann dabei auf dem Spiel stehen. Manchmal passiert dergleichen aus Versehen, wenn LSD mit einem anderen Medikament verwechselt wird oder wenn es einem Zuckerwürfel zugesetzt ist, den man für harmlos hält. Nachrichtendienste, Geheimpolizei und militärische Fachleute haben jedoch in der Vergangenheit in systematischer Weise naive und unvorbereitete Personen den Wirkungen der Droge ausgesetzt, um deren destruktive Möglichkeiten zu erproben. Dasselbe haben in mehreren Fällen sogar psychiatrische Forscher getan; der Zweck ihrer Experimente war es festzustellen, ob die LSD-Reaktion bei unvorbereiteten und überraschten Versuchspersonen der Schizophrenie ähnlicher sei als bei freiwilligen und informierten.

Es ist auch schon recht oft vorgekommen, daß unverantwortliche Personen heimlich Fremden oder Bekannten LSD ins Essen oder in die Getränke gemischt haben, zur »Initiation«, zur »psychedelischen Entjungferung«, zur eigenen Belustigung oder einfach als einen gehässigen Streich. Manchmal wurde dies mit weiteren Maßnahmen verbunden, die das Risiko noch erhöhten. Ich erinnere mich an die Begegnung mit einer Gruppe Jugendlicher, vor ein paar Jahren am Washington Square in New York. Als die jungen Leute hörten, daß ich LSD-Forschung getrieben hatte, erzählten sie mir stolz von ihren eigenen »Experimenten«, bei denen sie Fremden LSD eingaben, die nichts davon wußten. Nach Einnahme der Droge wurden die unfreiwilligen Versuchskaninchen in eine Privatwohnung geschafft. Dort vollführten die Experimentatoren in bizarren Masken und Stammeskostümen, Dolche und Speere schwingend, einen wilden Tanz um ihre Opfer. Ziel dieser »Forschungen« war es, die Reaktionen verschiedener Versuchspersonen auf diese ungewöhnliche Situation zu studieren. Es ist klar, daß LSD unter solchen Umständen eine zutiefst verstörende Wirkung haben und akute, unkontrollierbare Panikzustände oder sogar eine psychotische Dekompensation auslösen kann. Wo immer LSD einem Menschen heimlich, ohne seine Zustimmung und ohne ihn darüber zu informieren, beigebracht wird, würde ich nicht zögern, von einem *kriminellen Erwartungsrahmen* zu sprechen.

In den letzten zwanzig Jahren hatte ich Gelegenheit, unter verschiedenen Rahmenbedingungen psychedelische Sitzungen durchzuführen, zu beobachten und selbst zu erleben. Ich begann mit LSD zu arbeiten, als die Auffassung von der »Modell-Psychose« vorherrschte, und habe zu dieser Zeit auch Sitzungen zu Ausbildungszwecken mit Fachkollegen durchgeführt. Manchmal kamen Künstler, Philosophen und Wissenschaftler an unser Institut, um durch LSD-Sitzungen Einsichten und Anregungen zu gewinnen. Später begann ich LSD zur Unterstützung einer systematischen dynamischen Psychotherapie zu verwenden und führte eine Explorationsstudie über seine diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten innerhalb einer besonders strukturierten Patientengemeinschaft durch. Bei dieser Arbeit entwickelte ich eine therapeutische Methode, bei der LSD wiederholt verabreicht wurde. Obwohl dies zuerst als eine medikamentös unterstützte Psychoanalyse gedacht war, die sich theoretisch und praktisch an Freudsche Konzepte anlehnte, wurde es doch allmählich zu einer Behandlungsform *sui generis*. Abgesehen vom Durcharbeiten traumatischen Materials aus der Kindheit, wie es auch in der Psychoanalyse und in der psycholytischen Therapie geschieht, wird in diesem Verfahren die Bedeutung des Todes- und Wiedergeburtserlebens und des transpersonalen Erlebens stark betont.

Nach etlichen Jahren klinischer Versuche mit LSD in Prag konnte ich einige Zeit in London verbringen, wo ich aus erster Hand Erfahrungen mit der anaklitischen Therapie gewann, die von Joyce Martin und Pauline McCrick ausgeübt wurde. 1967 ging ich in die Vereinigten Staaten und schloß mich der Spring-Grove-Forschungsgruppe in Baltimore an, wo ich die psychedelische Behandlungsmethode erlernte und ausübte. In dieser Zeit wurde ich gelegentlich als Berater bei Fällen hinzugezogen, wo nichtmedizinische LSD-Versuche zu Komplikationen geführt hatten, und wurde mit der Verwendung der Psychedelika auch im subkulturellen Bereich einigermaßen vertraut. Bei allen diesen Gelegenheiten konnte ich meine Beobachtungen machen, und sie alle zeigten mir die maßgebliche Bedeutung des Erwartungsrahmens als Determinante der LSD-Reaktion.

Bei manchen Aspekten ist der Einfluß dieses Rahmens unverkennbar. Es ist unschwer zu sehen, daß eine bestimmte Ausrichtung während der Vorbereitung, bestimmte Techniken bei der Durchführung der Sitzungen oder bestimmte begleitende Einwirkungen, denen der Erlebende ausgesetzt wird, das LSD-Erleben beeinflussen werden. Manche anderen wichtigen Momente sind jedoch in der Vergangenheit übersehen oder nicht zur Genüge berücksichtigt worden, weil sie sehr viel unauffälliger und nicht so leicht zu be-

stimmen sind. Eines dieser Momente ist die Frage, ob der Erlebende mit dem Beisitzer reden soll oder nicht. Gespräche während einer psychedelischen Sitzung, die über ein gewisses notwendiges Minimum hinausgehen, machen gewöhnlich das Erleben oberflächlicher und sind für eine echte Selbsterforschung eher hinderlich. Wo aber dennoch ein ständiger Dialog zwischen dem Erlebenden und dem Beisitzer in Gang gehalten wird, gewinnt die Art des verbalen Austauschs erhebliche Bedeutung. Dies gilt besonders im Hinblick auf die Art und Formulierung gestellter Fragen. Wenn der Beisitzer zum Erlebenden spricht, verstärkt oder verändert er immer wieder den Erwartungsrahmen, der in der Vorbereitungszeit aufgebaut wurde. Ein bestimmter Wortlaut in einer Frage kann die Aufmerksamkeit des Erlebenden auf gewisse Aspekte des vielschichtigen und vielseitigen Erlebnisinhaltes lenken. In extremen Fällen kann dies sogar erheblichen Einfluß auf die Richtung nehmen, in die das Erleben geht, seinen Inhalt modifizieren und seinen Verlauf steuern.

Bei der *deskriptiven Begleitung* einer LSD-Sitzung, durch die man die Phänomenologie der Drogenwirkung erfassen möchte, wird der Erlebende angehalten, sich auf manche formalen und relativ oberflächlichen Aspekte seines Erlebens zu konzentrieren. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang gewöhnlich das Auftreten oder Nichtauftreten physischer Symptome, die Richtung emotionaler Veränderungen, die Qualität von Wahrnehmungsverzerrungen und das Ausmaß psychomotorischer Hemmung oder Erregung. Der Versuchsleiter möchte wissen, ob die Versuchsperson scharfe oder verschwommene Gesichtseindrücke hat, ob Gegenstände als feststehend oder schwankend erscheinen, ob visuelle Eindrücke von geometrischem oder figurativem Charakter sind, ob das Gehör besser oder schlechter ist als gewöhnlich oder ob Synästhesien auftreten. Unter diesen Umständen erlebt der Versuchsteilnehmer alle LSD-Phänomene auf eine eher unpersönliche Weise, etwa wie ein Zuschauer bei einem interessanten Film. Alles was in der Sitzung geschieht, wird als Resultat eines Zusammenwirkens zwischen der Droge und dem Gehirn des Versuchsteilnehmers betrachtet; der Erlebende dient als Beobachter, der über diese Veränderungen berichtet. Auch wenn relativ starke Emotionen auftreten, werden sie eher der chemischen Wirkung der Droge als der Persönlichkeit der Versuchsperson zugerechnet; sie werden einfach registriert. In Sitzungen, die auf psychopathologische Beschreibung abzielen, wird relevantes dynamisches Material selten erkannt und niemals weiterverfolgt. Typische Fragen, mit denen diese experimentellen Rahmenerwartungen neu definiert werden, lauten etwa: »Schwitzen Sie?«, »Zittern Ihnen die Hände?«, »Spüren Sie Benommenheit?«, »Sehen die Farben anders aus als gewöhnlich?«, »Bemerken Sie irgendwelche besonderen Empfindungen in ihrem Körper?« Die Berichte über die ersten LSD-Experimente und die Fragebögen, die man damals verwendete, sind voll von Fragen dieser Art.

Als LSD bei den Forschungen zur »Modell-Psychose« verabreicht wurde, waren die Sitzungen mit einer starken negativen Ausrichtung verbunden. Die Sitzungen wurden ausdrücklich als »experimentelle Psychosen« bezeichnet, und von den psychedelischen Drogen sprach man als von »Halluzinogenen«, »Psychotomimetika« oder »Psychodysleptika«. Die Erwartungen und die selektive Aufmerksamkeit der Versuchspersonen richteten sich auf Erscheinungen, die gewöhnlich mit Schizophrenie in Verbindung gebracht werden, wie zum Beispiel paranoide Gefühle, panische Angst, Dissoziation zwischen Affektivität und Denken, verschiedene Störungen und Verzerrungen der Wahrnehmung, wahnhafte Deutung der Umgebung, Auflösung und Spaltung des Ichs. Besonders stark war diese psychopathologische Ausrichtung in LSD-Sitzungen zu Ausbildungszwecken für psychiatrische Fachkräfte. Diese Personen versuchten meist, die vielerlei Wahrnehmungsstörungen, abnormen Denkvorgänge und ungewöhnlichen Gefühlszustände schulmäßig zu bestimmen und zu diagnostizieren, ihnen den richtigen klinischen Namen zu geben und sie mit den bei schizophrenen Patienten auftretenden Erscheinungen zu vergleichen.

Die für dieses Vorgehen bezeichnenden Fragen würden lauten: »Haben Sie visuelle oder akustische Halluzinationen?«; »Entsprechen Ihre Emotionen dem Inhalt Ihrer Gedanken und Vorstellungen?«; »Bemerken Sie irgendwelche sonderbaren Empfindungen oder Veränderungen Ihres Körperschemas?«; »Inwiefern ist Ihr Erleben mit Schizophrenie vergleichbar?«; »Gewinnen Sie irgendwelche Einsichten in den psychotischen Prozeß?«

In Sitzungen, wo der Akzent auf *ästhetischem Erleben* und *künstlerischer Inspiration* liegt, interessieren die Erlebenden sich hauptsächlich für die veränderte Wahrnehmung der Formen, Farben und Töne. Sie richten ihr Augenmerk auf Erscheinungen wie die Feinheit geometrischer Muster, die Dynamik optischer Illusionen und die Fülle der Synästhesien. Oft wird versucht, LSD-Erfahrungen zu modernen Strömungen in der Kunst oder zum Werk einzelner Künstler in Beziehung zu setzen. Abstrakte Malerei, Impressionismus, Kubismus, Surrealismus, Superrealismus und konkrete Musik erscheinen in dieser Hinsicht von besonderem Interesse. Ein anderes typisches Merkmal solcher Sitzungen ist die Beschäftigung mit technischen Problemen und Schwierigkeiten in der formalen Darstellung dieser ungewöhnlichen Phänomene. Bei Sitzungen dieser Art könnten etwa die folgenden Fragen gestellt werden: »Haben Ihre Visionen Ähnlichkeit mit dem Werk eines bekannten Malers?«; »Welches sind die vorherrschenden Farben in dem, was Sie sehen?«; »Sind Ihre Visionen geometrisch oder figurativ?«; »In welchem Material und mit welcher Technik ließe sich am besten ausdrücken, was Sie sehen?«; »Ist dies ein Bild von einer Vision, die Sie gehabt haben, oder eine Zeichnung, die Ihnen gerade einfällt?«; »Wie steht es mit Ihrer Koordination?«; »Fällt es Ihnen schwer, sich aufs Malen zu konzentrieren?«; »Erinnert Sie die Musik, die Sie halluzinieren, an irgendein Stück, das Sie kennen?«; »Welche Instrumente würden Sie verwenden, um dies zu komponieren?«; »Verstehen Sie die moderne Kunst nun besser?«

In *Psychotherapie-Sitzungen psycholytischer Ausrichtung* werden die Patienten zur Selbsterforschung und dynamischen Analyse ihrer emotionalen Probleme angehalten. Die LSD-Phänomene werden als komplexe symbolische Gebilde angesehen, die wichtige unbewußte Vorgänge im Patienten spiegeln. Es wird systematisch versucht, alle Erscheinungsformen dieses Erlebens zu entziffern und ihnen Aufschlüsse zu entnehmen, die helfen können, psychopathologische Symptome zu ihren Ursprüngen zurückzuverfolgen. Der psychodynamische Erwartungsrahmen wird immer wieder durch Fragen und Aufforderungen wie die folgenden neu definiert: »Können Sie verstehen, warum Sie gerade dies erleben?«; »Was denken Sie, was es bedeutet?«; »Erinnert Sie das an etwas aus Ihrer Vergangenheit?«; »Könnten Sie versuchen, diese aggressiven Regungen wieder auf ihr ursprüngliches Ziel zu richten?«; »Woher kommt Ihre Angst? Gehen Sie ihr nach bis zum Ursprung!«; »Warum glauben Sie, mich gerade auf diese Weise verwandelt zu sehen? Könnte das eine symbolische Bedeutung haben?«; »Fallen Ihnen zu dieser Vision Assoziationen oder Erinnerungen ein?«

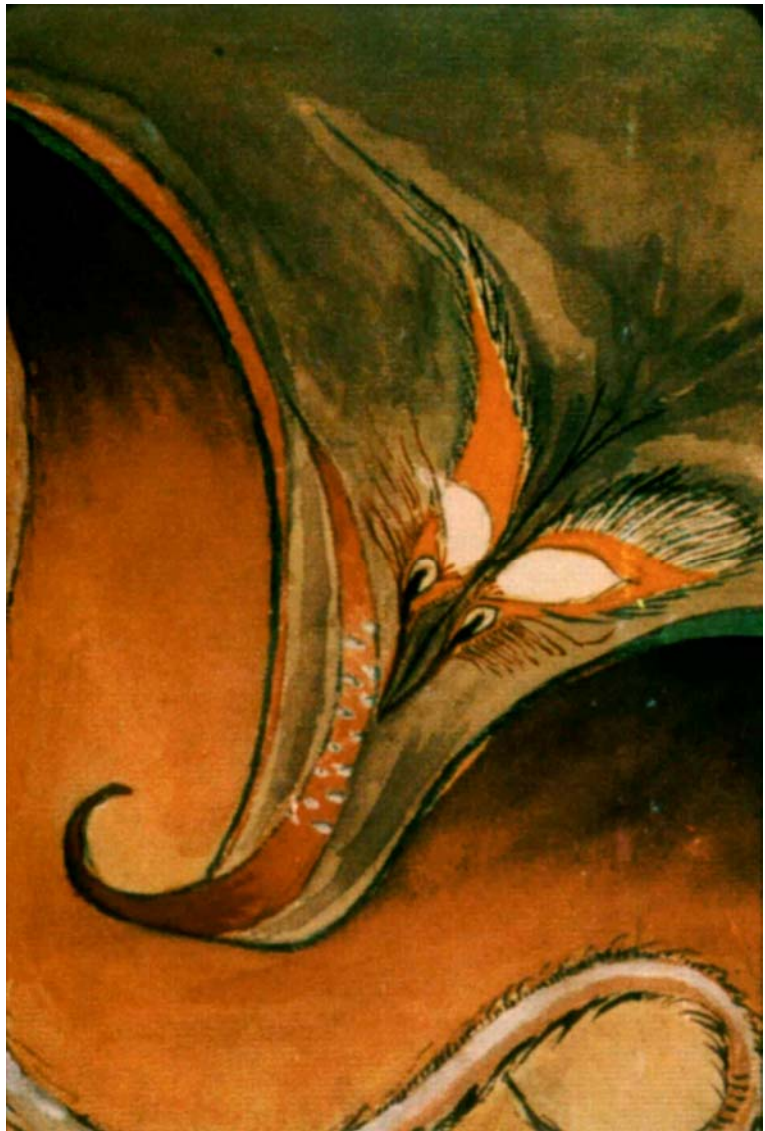
In Sitzungen, die hauptsächlich auf ein *religiöses oder mystisches Erlebnis* abzielen, besteht eine deutliche Tendenz, die deskriptiven Aspekte, die psychopathologischen Erscheinungen und die traumatischen persönlichen Inhalte herunterzuspielen oder zu mißachten. Die ästhetischen Aspekte werden zwar wichtiggenommen, aber das Hauptinteresse gilt doch dem Überindividuellen, Transpersonalen und Transzendenten. Dies ist in hohem Maße auch für die psychedelische Therapie charakteristisch. In Sitzungen, die auf ein psychedelisches Gipfelerlebnis abzielen, werden zwischen dem Therapeuten und dem Patienten gewöhnlich nicht viele Worte gewechselt. Das Wenige, was gesagt wird, hat meist die Form einer einfachen Direktive, nicht einer Frage. Dies wären einige typische Beispiele: »Haben Sie keine Angst zu sterben; Sie sterben jetzt noch nicht wirklich. Wenn Sie den Tod erst annehmen können, erleben Sie gleich darauf die Wiedergeburt«; »Das ist nicht wirklich Zerfall und Vernichtung – das ist Auflösung, Eingehen ins Universum«; »Hören Sie auf die Musik – lassen Sie sich tragen von der Musik – gehen

Sie hinein in die Musik und bleiben Sie drin, versuchen Sie, einzuwerden mit der Musik!«; »Kämpfen Sie nicht dagegen an – lassen Sie's geschehen – lassen Sie sich los – überlassen Sie sich ganz ihrem Erleben!«; »Reden und drüber nachdenken können wir später; jetzt versuchen Sie einfach zu erleben, was passiert – seien Sie Sie selbst, einfach dasein!«

2.4.2 Die Behandlungssituation

Bei meiner klinischen Arbeit mit LSD habe ich viele Beobachtungen gemacht, die klar dafür sprechen, daß auch die dinglichen und menschlichen Elemente der Situation auf die Art der LSD-Reaktion starken Einfluß nehmen. Die meisten dieser Situationen lassen sich im Hinblick auf die Inhalte der latenten dynamischen Steuerungssysteme und aus ihrer komplizierten Wechselwirkung mit den Umweltreizen verstehen. Wenn die Situation Elemente enthält, die typischerweise als Komponenten der positiven COEX-Systeme oder der positiven perinatalen Matrizen auftreten, so werden diese das Aufkommen lustvoller oder sogar ekstatischer Erlebnisse begünstigen. Da solche Erlebnisse viel Heilkraft und therapeutischen Wert besitzen, sollten diese Verknüpfungen in psychedelischen Sitzungen systematisch ausgenutzt werden. Möglichst viele der mit den positiven Systemen verknüpften Elemente wären in die Behandlungssituation einzufügen. Dieses Prinzip ergab sich aus den Erfahrungen der psychedelischen Therapeuten und wird von ihnen angewendet.

Erlebnis von Grauen und Abscheu. Das Moment der Gefährdung war mit dem vogelartigen Ungeheuer im oberen Bildteil verbunden, das Gefühl des Ekels mit dem »räudigen Rattenschwanz« ganz unten.



Der Behandlungsraum sollte still, bequem, geschmackvoll tapeziert und wie ein gemütliches Wohnzimmer eingerichtet sein. Auf die Auswahl der Vorhänge, Bilder und Blumenarrangements ist viel Sorgfalt zu verwenden. Eine schöne Landschaft oder Gegenstände, die den Schöpfungsreichtum der Natur bezeugen, haben auf das LSD-Erleben gewöhnlich einen sehr positiven Einfluß. Dies ist schon daran zu erkennen, daß Visionen schöner Landschaften oft im Zusammenhang der perinatalen Matrix I auftauchen, als ein Teil der für diese Matrix bezeichnenden Symbolik. Ähnlich bilden Erinnerungen

an Ausflüge oder Aufenthalte in einer schönen und stärkenden natürlichen Umgebung eine wichtige Schicht in den positiven COEX-Systemen. Es gibt empirische Hinweise genug, die besagen, daß der ideale Ort für eine psychedelische Einrichtung der Zukunft in der Nähe eines Bergsees liegen müßte, an einem Meeresstrand, auf einer kleinen Insel, in einer Wüste, in einer bewaldeten Gegend oder in einem alten Park. Klares, reines Wasser in irgendeiner Form scheint bei LSD-Klienten besonders viel zu bewirken. Eine Dusche oder ein Bad zu nehmen oder eine Weile zu schwimmen, kann oft negative Eindrücke zerstreuen und den Eintritt in eine neue Ekstase begünstigen. Eine der wichtigsten Voraussetzungen der Behandlungssituation ist gute stereophonische Musik von höchster ästhetischer Qualität.



Eine Begegnung mit dem Teufel, dem »Herrn der Hölle«.

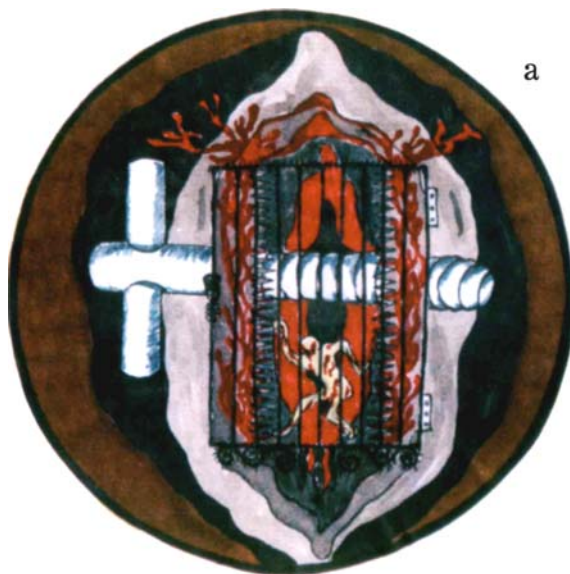
Dagegen werden Elemente, die gewöhnlich mit den negativen COEX-Systemen verknüpft sind, unangenehme LSD-Erlebnisse fördern, wenn sie zu der Situation gehören oder als zufällige Reize auftreten. Ein extremes Beispiel wäre ein kleiner, gefängniszellenartiger und geschmacklos eingerichteter Raum, mit einem Fenster, das auf eine unangenehme Szenerie hinausblickt, etwa ein Industriegebiet mit Fabriken, Müllhalde und qualmenden Schloten und einer chemikalien-geschwängerten Atmosphäre. Laute Menschenstimmen, lästige Musik, Flugzeug- und Maschinenlärm, Sirenen, Ambulanz- und Feuerwehrsirenen können auf ein psychedelisches Erlebnis sehr störend einwirken. Aus ähnlichen Gründen sollte in den Sitzungen auch nichts an ein Krankenhaus, eine Arztpraxis oder ein Laboratorium erinnern. Wegen

der Dynamik der COEX-Systeme und der perinatalen Matrizen werden medizinische Elemente wie weiße Kacheln, Medikamentenschränkchen, Ärztekittel, Spritzen, Pillenfläschchen und eine allgemein sterile Umgebung eher solche Erlebnisse begünstigen, die mit Krankheiten, Operationen, Unfällen, Schmerzen, Angst und Tod zu tun haben. Aus naheliegenden Gründen kann die herkömmliche Atmosphäre psychiatrischer Einrichtungen außerdem Erlebnisse in Zusammenhang mit Gefängnissen, Konzentrationslagern oder Kasernen fördern.

Ähnlich sind die Bedingungen im Hinblick auf die Elemente der menschlichen Umgebung. Die bestmögliche Vorkehrung wäre in diesem Sinne die Anwesenheit einiger weniger guter Bekannter, zu denen der Patient Vertrauen hat; dies hat im allgemeinen auf

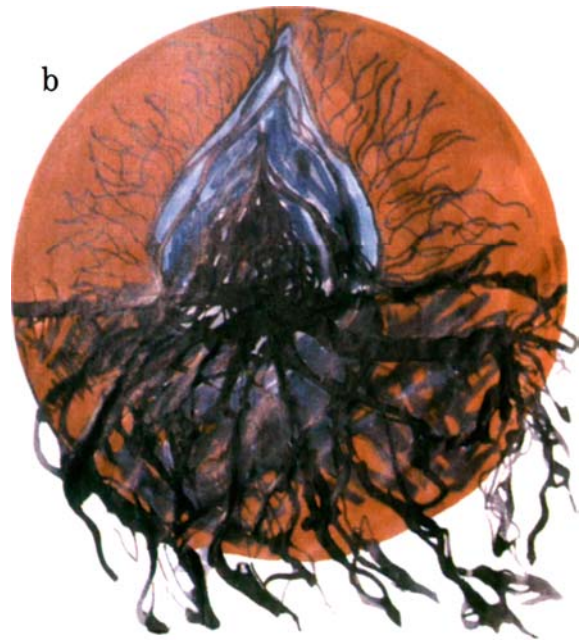
den Verlauf der Sitzung einen sehr günstigen Einfluß. Wie später noch zu erörtern sein wird, scheint ein Therapeutenpaar, in dem das männliche und das weibliche Element verbunden sind, in einer vertrauenerweckenden Atmosphäre die beste Lösung zu sein. Bei einer unsteten menschlichen Umgebung, in der viele Leute, die der Erlebende nicht kennt, kommen und gehen, sind negative Folgen zu erwarten. Dies gilt besonders für LSD-Erlebnisse bei Parties und manchmal auch in Universitätskliniken, wo dann und wann ein Medizinstudent hereinschaut, den Patienten ein Weilchen beobachtet, einen Witz oder eine unsinnige Bemerkung macht und wieder verschwindet. Und ebenso verhält es sich in experimentellen Situationen, wo die Versuchsperson von einem Test zum nächsten geschickt, verdrahtet und an etliche Apparate angeschlossen wird, sich sonderbaren Laboruntersuchungen unterziehen und in ein Gläschen urinieren muß und ihr Stunde für Stunde Blut abgenommen wird.

Eine einzigartige Sequenz von Bildern, in der die Verwandlung der mütterlichen Genitalien von einem mörderischen Instrument in ein Symbol der Schönheit, Sicherheit und Transzendenz zum Ausdruck kommt.



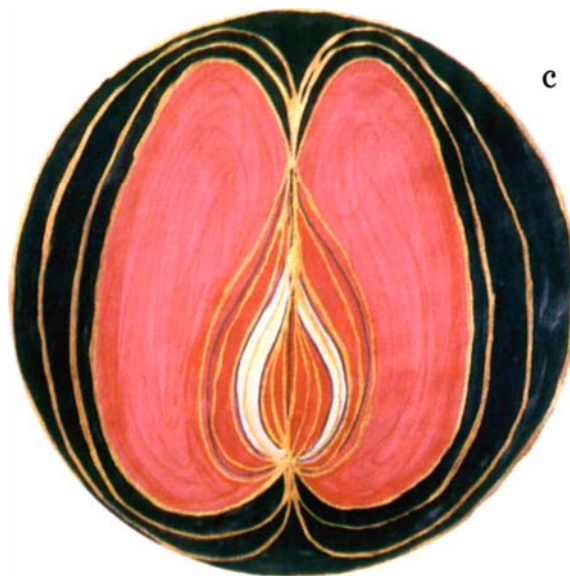
a

a: Die »gebärende« Vagina als eine Mischung aus Gefängnis, Folterkammer und riesiger Presse.



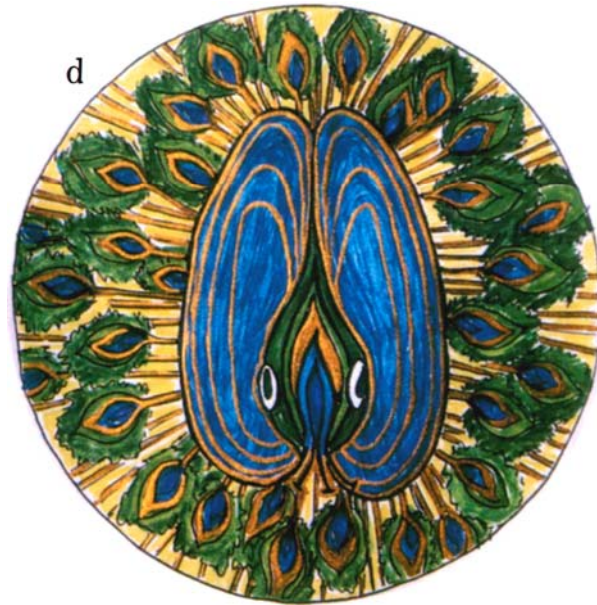
b

b: Die Genitalien werden als häßlich und abstoßend angesehen (die »Vagina von Kali«).



c

c: In einem fortgeschrittenen Stadium des Geburtsvorgangs verlagert sich die Betonung von den furchterregenden biologischen Aspekten auf die eher dekorativen und auf die durch das Organ strömende kosmische Energie.



d: Die vaginalen Züge sind in der wunderbaren Aureole eines Pfaus fast ganz verschwunden.



Das letzte Bild der Serie stellt die letzte Erfahrung der biologischen und spirituellen Geburt dar. Die Person erscheint im Mandala eines Pfaus und ist von einem Ring reinigenden Feuers eingerahmt. Sie wird getragen, geschützt und ernährt von göttlichen Händen. Die Vagina ihrer Mutter, ihre eigenen Genitalien und die tragenden Hände der Göttin weisen dieselben Ornamente des Pfaus auf.



Ein perinatales Erlebnis abgrundtiefen Ekels. Man sieht den nackten, gebrochenen und elenden Patienten in den Korridor einer riesigen Vagina kotzen.

Wie schon gesagt, können bestimmte physische Reize aus der Umgebung die Sitzung sehr nachhaltig verändern, wenn sie den Elementen des gerade aktiven COEX-Systems oder der perinatalen Matrix zufällig gleich oder ähnlich sind. Dies kann man anlässlich mancher zufälliger Geräusche feststellen. Das Bellen eines Hundes, das Dröhnen eines Düsenjägers, Explosionen von Feuerwerkskörpern, Fabrik- und Ambulanzsirenen oder eine bestimmte Melodie können eine spezifische lebensgeschichtliche Bedeutung haben, die dem Patienten ganz unerwartete Reaktionen entlockt. Der allgemeine Charakter des Behandlungsraumes, einzelne Möbelstücke, belanglose Gegenstände oder etwas, das man sieht, wenn man aus dem Fenster blickt, haben manchmal einen starken, selektiven Auslösereffekt.

Derselbe Mechanismus ist auch im Hinblick auf die Personen festzustellen, die der Patient während der Sitzung sieht. Jeder Einzelne kann ganz spezifische Reaktionen wecken. Wir haben viele Fälle erlebt, in denen jedesmal eine dramatische Reaktion erfolgte, wenn eine ganz bestimmte Krankenschwester den Raum betrat. Die Erscheinungen, die durch solche scheinbar harmlosen Vorkommnisse ausgelöst wurden, umfaßten ein weites Spektrum, mit so unterschiedlichen Reaktionen wie heftigem Zittern, Übelkeit mit Erbrechen, starke Kopfschmerzen, Verschwinden der Farben aus Visionen oder Halluzinationen in einer bestimmten Farbe. Umgekehrt haben wir bei ähnlichen Anlässen auch plötzliche Aufhellungen bemerkt, ekstatische Gefühle, Einkehr innerer Ruhe oder emotionale Stärkung. Einigemal änderte sich der ganze Charakter der Sitzung in einer bestimmten Weise beim Wechsel vom Tages- zum Nachtdienst, wenn eine neue Schwesterngruppe ins Erlebnisfeld des Patienten eintrat. Bei manchen Schwestern fühlte der Patient sich beschirmt und behütet und hatte vorwiegend positive Erlebnisse; bei anderen wurde derselbe Patient am gleichen Sitzungstag ängstlich, gehässig oder argwöh-

nisch. Diese Unterschiede waren in hohem Maße individuell und zumeist biographisch bedingt. Wir konnten nicht feststellen, daß manche Krankenschwestern einfach aufgrund ihrer Persönlichkeit einen absolut gleichbleibend positiven oder negativen Einfluß auf alle Patienten gehabt hätten.



Schilderung einer Tortur; die Patientin wird verstümmelt und von den eigenen Sinnen abgeschnitten; erlebt im Zusammenhang des perinatalen Prozesses.

Die spätere Analyse brachte gewöhnlich eine Erklärung dieser eigentümlichen Reaktionen aus der Lebensgeschichte des Patienten und den Besonderheiten seines Verhältnisses zu einer bestimmten Schwester. In manchen Fällen schien der Grund in einer physischen Ähnlichkeit der Schwester mit einer wichtigen Person aus der Vergangenheit des Patienten zu liegen; in anderen Fällen waren es Ähnlichkeiten im Verhalten, in den Gewohnheiten oder in der Behandlungsweise des Patienten. Manchmal ließen sich die Reaktionen des Patienten daraus erklären, daß er die Schwester in eine zwischenpersönli-

che Kategorie einordnete, gegen die er entweder eine besonders freundliche oder besonders konflikthafte Einstellung hatte, zum Beispiel wenn sie ihm als mögliche Geschlechtspartnerin, gefährliche Verführerin, erotische oder anderweitige Rivalin, mütterliche Frau, als verständnisvolle oder herrschsüchtige Person, als Autoritätsfigur oder als personifiziertes Überich erschien.

Damit eine LSD-Therapie gelingt, muß die Bedeutung des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation genau erfaßt werden; andernfalls können diese Faktoren, statt den therapeutischen Prozeß zu unterstützen, durch ihre zufälligen Auswirkungen unvorhersehbare Probleme und Komplikationen schaffen.

Anmerkungen

- 1 Über die Mehrschichtigkeit und Überdeterminierung des LSD-Erlebens findet der interessierte Leser weitere Angaben im ersten Band dieser Folge (Grof, TOPOGRAPHIE, 32)
- 2 Es ist interessant, diese psychedelische Kartographie mit den vier Ebenen und Stadien zu vergleichen, die R. E. L. Masters und J. Houston in ihrem bahnbrechenden Werk THE VARIETIES OF PSYCHEDELIC EXPERIENCE (65) dargestellt haben. Sie unterscheiden 1) die sensorische Ebene (eidetische Vorstellungen und andere Wahrnehmungsänderungen, verändertes Körperschema, zeitliche und räumliche Verzerrungen), 2) die erinnernd-analytische Ebene (Nacherleben emotionaler Erfahrungen aus der Vergangenheit, Bearbeitung persönlicher Probleme, Beziehungskonflikte, Lebensziele), 3) die symbolische Ebene (historische, legendäre, mythische, rituelle und archetypische Vorstellungen) und 4) die integrale Ebene (religiöse Aufklärung, mystisches Einswerden, Erleuchtung, psychische Integration). Die beiden ersten Ebenen der zwei Kartographien stimmen recht gut überein. Der Todes- und Wiedergeburtprozeß, der nach meiner Auffassung eine wichtige Rolle spielt, wird auf der Karte von Masters und Houston nicht eigens erwähnt. Was sie als die symbolische und die integrale Ebene bezeichnen, wird in unserer Kartographie unter den transpersonalen Erlebnissen zusammengefaßt.
- 3 Die Bedeutung der COEX-Systeme für die Dynamik der LSD-Sitzungen kann hier nur kurz skizziert werden. Eine ausführlichere Behandlung mit mehreren klinischen Beispielen findet der interessierte Leser in Grof, TOPOGRAPHIE (32). Eine andere Informationsquelle zu diesem Thema ist das Buch von Hanscarl Leuner, DIE EXPERIMENTELLE PSYCHOSE (57). Sein Begriff der »transphänomenalen dynamischen Systeme« ist dem der COEX-Systeme eng verwandt, doch nicht mit ihm identisch. C. G. Jungs (43) Definition eines »Komplexes« zeigt noch eine weitere Auffassung desselben Problembereichs.
- 4 In diesem Zusammenhang ist auf die augenfälligen Parallelen zwischen dieser Beobachtung aus der psychedelischen Therapie und Abraham Maslows (64) Konzept der »Metawerte« und »Metamotivationen« hinzuweisen, das er aus der Untersuchung spontaner, ohne Drogeneinwirkung aufgetretener Gipfelerlebnisse ableitete.
- 5 Die therapeutische Philosophie dieser Frühzeit kann man mit der Auffassung Dr. van Rhijns (2) aus Holland illustrieren, der bei einer Tagung seine Vorstellung von der psychiatrischen Klinik der Zukunft schilderte. Darin war ein Trakt mit kleinen Behandlungszellen vorgesehen, in denen die Patienten einzeln ihre Tage damit zubringen würden, unter Einfluß von LSD ihre emotionalen Probleme durchzuarbeiten.
- 6 Ein gutes Beispiel für eine gänzlich von den Übertragungsaspekten beherrschte LSD-Sitzung findet der Leser in meinem ersten Buch (Grof, TOPOGRAPHIE, 32: der Fall Charlotte, S. 246 ff. bzw. S. 163 in der PDF-Datei).
- 7 In dem Bericht über Charlottes LSD-Sitzung (vgl. vorige Anm.) finden sich viele gute Beispiele für illusorische Verwandlungen.
- 8 Renatas Fallgeschichte findet der Leser zusammengefaßt in Grof, TOPOGRAPHIE (32), S. 73 ff. (Seite 45 in der PDF-Datei)

3 Die psycholytische und die psychedelische Behandlung mit LSD: Zur Integration der Konzepte

3.1 Die Suche nach einer wirksamen Methode

Es wäre sehr schwierig, das therapeutische Verfahren systematisch zu beschreiben, das ich während meiner klinischen Untersuchung zur LSD-Psychotherapie in Prag anwendete. Als diese Untersuchung begann, war über das LSD und seine therapeutischen Möglichkeiten noch sehr wenig bekannt. Der Zweck der Untersuchung war zu erkunden, ob LSD als ein nützliches Werkzeug der Persönlichkeitsdiagnose und der Therapie emotionaler Störungen dienen könne. Da dies Projekt eine Pilotstudie war, die neue Beobachtungen sammeln sollte, verband es in seinen ersten Stadien therapeutische Versuche, die auf einem konventionellen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses beruhten, mit ersten Ausblicken in eine völlig neue Welt klinischer Phänomene. Folglich wurde die Behandlungstechnik im Fortgang der Untersuchung weiterentwickelt und immer wieder modifiziert. Die Veränderungen des therapeutischen Vorgehens entsprangen dem Zuwachs an klinischer Erfahrung, dem besseren Verständnis der LSD-Wirkungen und der unmittelbaren Anregung durch manche zufälligen Beobachtungen. Im folgenden will ich kurz die wichtigsten Tendenzen und Entwicklungsstadien der neuen therapeutischen Technik umreißen.

Als ich die ersten therapeutischen LSD-Sitzungen mit Psychiatrie-Patienten durchführte, war ich ein enthusiastisch überzeugter Psychoanalytiker und entschied mich ganz selbstverständlich für das klassische Freudsche Behandlungskonzept. An der theoretischen Gültigkeit der Psychoanalyse und an der Richtigkeit ihrer therapeutischen Technik hatte ich keine Zweifel. Meine Absicht ging dahin, zu erkunden, ob es nicht möglich wäre, den psychoanalytischen Prozeß, den ich theoretisch faszinierend, aber praktisch ärgerlich unwirksam fand, zu beschleunigen und zu intensivieren. Ich hoffte, daß eine mit LSD unterstützte Therapie eindrucksvollere Resultate erbringen würde als die klassische Analyse, die jahrelanges angestrengtes Arbeiten erfordert und den Riesenaufwand an Zeit und Mühe oft nur mit dürftigen Erträgen belohnt. Im Verlauf meiner LSD-Untersuchung wurde ich jedoch durch alltägliche klinische Beobachtungen zu drastischen Abweichungen nicht nur von der Freudschen Behandlungstechnik, sondern auch von ihrer theoretischen Orientierung und ihren philosophischen Voraussetzungen bewogen.

Bei meinen ersten therapeutischen LSD-Sitzungen bat ich die Patienten, sich auf eine Couch zu legen, und setzte mich in einen Sessel am Kopfende, so daß sie mich nicht ohne weiteres sehen konnten. Ich erwartete, mehr oder weniger fortlaufende Mitteilungen über ihre LSD-Erlebnisse zu erhalten und ab und zu eine Deutung geben zu können. Bald wurde klar, daß diese Anordnung für die LSD-Psychotherapie ungeeignet war, und ich konnte sie nur ein paar Sitzungen lang beibehalten. Die Art dieses Erlebens und dieses Prozesses schien mit der Freudschen Technik unvereinbar zu sein; sie erforderte offenbar ein menschlich wärmeres Gebaren mit echter persönlicher Hilfe und Anteilnahme. Zuerst rückte ich den Sessel an die Seite der Couch; dann kam es immer häufiger vor, daß ich mich zu dem Patienten an den Rand der Couch setzte und so unmittelbaren Körperkontakt zu ihm aufnahm. Dieser erstreckte sich von einfachen Beistandsgesten wie Handhalten und beschwichtigendem Berühren von Kopf und Schultern bis zu intensiven Massagen, bioenergetischen Maßnahmen und psychodramatischem Nachspielen

von Konflikten. Wegen meiner analytischen Ausbildung vollzog ich den Übergang von der distanzierten Haltung zur direkten Beteiligung am Prozeß nur langsam und nicht ohne Bedenken und innere Konflikte. Es erschien mir allerdings höchst angebracht, in einem solchen Maße Beistand zu leisten, da die Patienten außergewöhnliche emotionale Strapazen durchmachten und oftmals Anzeichen für eine ganz echte Regression in Perioden der frühen Kindheit erkennen ließen. Man muß, wenn man die Beschreibung dieses Verfahrens liest, an den historischen Kontext denken; es könnte sonst fast komisch erscheinen in einer Zeit der Growth-Zentren, der Begegnungsgruppen, des Sensitivity Training, der neo-reichianischen Therapien und der Nackt-Marathons. Damals, als ich mir die ersten Verstöße gegen das Freudsche Berührungstabu leistete, besuchte ich noch Seminare, bei denen meine Lehrer in vollem Ernst erörterten, ob ein Händedruck mit dem Patienten den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozeß gefährden könne. Eine andere wichtige Abwandlung der Behandlungstechnik war die Abkehr von ausgiebiger verbaler Interaktion mit gelegentlichem Blickkontakt und die Hinwendung zur Konzentration auf die inneren Vorgänge, mit wenig verbalem Austausch, mit Augenschirmen, Kopfhörern und stereophonischer Musik.

Noch drastischer als die Modifikationen der Behandlungstechnik waren die Änderungen in der theoretischen Orientierung und in den Grundannahmen der Psychotherapie. Die alltäglichen Beobachtungen in den psychedelischen Sitzungen stellten viele weithin geläufige wissenschaftliche Annahmen auf eine harte Probe und zeigten, wie dringend nötig es war, manche fundamentalen Fragen neu zu bedenken, so etwa die Topik und Dynamik des Unbewußten, das Wesen der Erinnerung, den Ursprung des Bewußtseins, die Definition seelischer Gesundheit und Krankheit, die therapeutischen Ziele und die Hierarchie der Werte, die Philosophie und Strategie der Psychotherapie, sogar das Wesen der Realität und des Menschen. Wir wollen hier nur von denjenigen Beobachtungen sprechen, welche die Psychotherapie unmittelbar angehen. Die ontologischen und kosmologischen Erkenntnisse der psychedelischen Forschung und ihr Verhältnis zu den revolutionären Theoremen der modernen Physik werden in einem späteren Bande zu behandeln sein.

Heute erkennen viele Psychiater und Psychologen an, daß in den spirituellen Übungen der Antike und des Fernen Ostens eine große Weisheit zum Ausdruck kommt, und sie versuchen ihrem Fachgebiet manches davon zu assimilieren. Die transpersonale Psychologie wird inzwischen geradezu populär und findet weithin Anerkennung. Vom heutigen Therapeuten ist kaum mehr zu erwarten, daß er sich vorstellen kann, vor was für Schwierigkeiten wir standen, als wir Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre mit dem Begriffssystem und der Weltanschauung der Freudschen Psychoanalyse an die LSD-Psychotherapie herangingen. Fast jeden Tag begegneten uns in den psychedelischen Sitzungen neue und rätselhafte Phänomene wie die Abfolge von Tod und Wiedergeburt, Erinnerungen an Vorfahren und intrauterine Zustände, rassische und phylogenetische Erinnerungen, Bewußtseinsinhalte von Tieren und Pflanzen oder Erlebnisse aus früheren Inkarnationen. Die therapeutischen Veränderungen, die manchmal im Zusammenhang mit solchen ungewöhnlichen Erlebnissen auftraten, waren oft sehr viel dramatischer als die in einer biographisch ausgerichteten Therapie erzielten. Der typische LSD-Forscher, dem manche dieser ungewöhnlichen Phänomene begegneten, lief Gefahr, daß man seine Zurechnungsfähigkeit in Zweifel zog, und lernte daher schnell, in seinen Berichten Selbstzensur zu üben. Heute, zwanzig Jahre später, sind wir für die Existenz solcher Phänomene sehr viel aufgeschlossener, haben aber noch immer keine systematische Theorie, die sie erklären könnte.

Die Beschreibung solcher faszinierender Abenteuer in der frühen klinischen Forschung, die zur Entwicklung der heutigen Behandlungstechnik führte, wäre vielleicht von historischem Interesse, aber kaum von praktischem Wert. Anstatt den Leser die verwickelte Folge der Versuche und Irrtümer nachvollziehen zu lassen, will ich mich auf das Ender-

gebnis dieses Prozesses konzentrieren – eine therapeutische Technik, die sich in jahrelangen klinischen Versuchen herausgebildet und zu einer mehr oder weniger standardisierten Prozedur verfestigt hat. Meiner Erfahrung nach erzielt die psychedelische Behandlung bei diesem Vorgehen den größtmöglichen Nutzen bei kleinstmöglichem Risiko. LSD-unterstützte Psychotherapie wird dadurch zu einer starken, wirksamen und relativ ungefährlichen Methode der Behandlung und Persönlichkeitsänderung.

Hier scheint es mir angezeigt, kurz auf die wichtigsten gebräuchlichen Techniken der therapeutischen Anwendung von LSD einzugehen und ihre Vor- und Nachteile zu kennzeichnen. Diese Ausführungen sollen die Grundlage zum Verständnis des Behandlungskonzepts bilden, das später noch eingehender dargestellt wird. Im vorigen Kapitel wurden schon die Techniken und theoretischen Konzepte der vier Methoden beschrieben, die mir in der LSD-Psychotherapie brauchbar erscheinen, nämlich der psycholytischen, der psychedelischen, der anaklitischen und der hypnodelischen Methode. Von diesen erscheint die hypnodelische Anwendung des LSD als die am wenigsten nützliche. Sie ist eine sehr spezialisierte Verfahrensweise, deren genauere Darstellung eine längere Abschweifung über die Theorie und Praxis der Hypnose erfordern würde. Sie ist in der Vergangenheit nur von wenigen Forschern angewendet worden und wird vermutlich auch in Zukunft keine weite Verbreitung finden. Ähnlich wird auch die anaklitische Therapie in ihrer Extremform – mit der Fusionstechnik – nur von sehr wenigen praktiziert, obwohl sie in gemilderter Form von vielen LSD-Therapeuten assimiliert worden ist. Aus praktischen Rücksichten können wir uns daher auf die zwei wichtigsten Verfahren, das psycholytische und das psychedelische, beschränken, mit gelegentlichen Hinweisen auf Besonderheiten der anaklitischen Behandlung.

Auf den ersten Blick erscheinen die psycholytische und die psychedelische Therapie in Theorie und Praxis als voneinander so grundverschieden, daß die meisten LSD-Therapeuten sie als unvereinbar betrachteten. Sie hielten die Kluft zwischen den beiden Methoden und zwischen den philosophischen Konzepten, die ihnen zugrunde liegen, für zu tief, als daß sie sich einen Brückenschlag hätten vorstellen können; und folglich entschieden die meisten sich klar für die eine oder die andere Modalität. Nur wenigen Forschern waren beide Methoden so geläufig, daß sie bald die eine und bald die andere anwenden konnten. Eine solche Spaltung ist einigermaßen überraschend, wenn man bedenkt, daß beide Verfahren sich derselben chemischen Substanz bedienen, beide sich mit emotional gestörten Menschen beschäftigen und beide das gleiche Ziel verfolgen, nämlich den Patienten therapeutisch zu helfen. Wenngleich außerpharmakologische Faktoren wie die Persönlichkeit des Therapeuten, Erwartungsrahmen und Behandlungssituation auf die LSD-Erfahrung großen Einfluß haben, wird man doch annehmen dürfen, daß der psycholytische wie der psychedelische Therapeut es mit Phänomenen zu tun haben, die auf demselben Kontinuum liegen und eng verwandt, wenn nicht identisch sind. Die Unterschiede liegen offenbar nicht in der Natur des Erlebens selbst, sondern in der Häufigkeit des Auftretens mancher Elemente und in den Neigungen der Therapeuten, bestimmte Phänomene hervorzuheben und andere herunterzuspielen.

Es ist bekannt, daß auch den psycholytisch orientierten Therapeuten die transpersonalen Phänomene in der Praxis oft begegnen. Sie schieben sie jedoch gern beiseite, entweder als Ausflüchte vor wichtigen traumatischen Kindheitserinnerungen oder als unerwünschte »psychotische« Enklaven in der LSD-Behandlung.¹ In der psycholytischen Orientierung werden transpersonale Phänomene weder berücksichtigt noch in ihrem therapeutischen Wert anerkannt. Daß die Patienten in transzendente Zustände eintreten, wird daher stillschweigend oder ausdrücklich mißbilligt; außerdem führen die in der psycholytischen Therapie üblichen niedrigen bis mittleren Dosierungen allgemein seltener zu perinatalen und transpersonalen Erlebnissen als die hohen Dosierungen in der psychedelischen Therapie.

So wie in der psycholytischen Behandlung dennoch oftmals transpersonale Zustände eintreten, durchleben umgekehrt viele Patienten in der psychedelischen Therapie traumatische Kindheitserinnerungen oder müssen sich mit Inhalten von eindeutig biographischer Herkunft auseinandersetzen. Viele psychedelische Therapeuten haben aus einseitiger Bevorzugung der Transzendenz, des mystischen und religiösen Erlebens wenig Verständnis, manchmal nicht einmal Toleranz für psychodynamische Themen. Die stillschweigende oder ausdrückliche Annahme in der psychedelischen Therapie ist gewöhnlich die, daß eine mit biographischen Themen verbrachte Sitzung minderwertig sei im Vergleich zu einer, in der transpersonale Erlebnisse auftreten. Unter diesen Umständen gewinnen Patienten, die im Verlauf einer psychedelischen Therapie überwiegend Sitzungen durchmachen, in denen biographisches Material bearbeitet wird, oft das Gefühl eines persönlichen Mißerfolgs. Und der durchschnittliche psychedelische Therapeut wird ihnen nicht selten beipflichten, daß sie »eine Gelegenheit versäumt« haben, gleichgültig, wie wichtig das biographische Material sein mag, das in einer solchen Sitzung aufgedeckt und bearbeitet wird.

Wie schon gesagt, konnte ich in meiner eigenen Laufbahn die psycholytische, die psychedelische und die anaklitische Therapie aus erster Hand kennenlernen. Als orthodoxer Psychoanalytiker hielt ich mich zu Beginn meiner LSD-Praxis in Prag an die Grundsätze der psycholytischen Therapie. Als zahlreiche Beobachtungen aus dem klinischen Alltag diese Orientierung unhaltbar machten, ging ich weit ab von der engen psychoanalytischen Konzeption, bis zur vollen Anerkennung des Todes- und Wiedergeburtserlebens und der transpersonalen Phänomene in ihrer sowohl praktischen als auch theoretischen Bedeutung. Während eines Aufenthalts in London konnte ich 1964 an der Arbeit Joyce Martins und Pauline McCriricks teilnehmen und sowohl als Beobachter wie als Erlebender persönliche Einblicke in den Charakter der anaklitischen Therapie gewinnen. Seit meiner Ankunft in den Vereinigten Staaten habe ich jahrelang am Maryland Psychiatric Research Center in Baltimore psychedelische Therapie praktiziert, bei der Behandlung von Alkoholikern, Heroinsüchtigen, Neurotikern, psychiatrischen Fachkräften und Personen, die an Krebs erkrankt sind.

Außerdem habe ich bei etlichen Tagungen über LSD und bei meinen Besuchen therapeutischer Einrichtungen in Europa, Kanada und den Vereinigten Staaten die meisten Therapeuten psycholytischer und psychedelischer Orientierung kennengelernt. Die Diskussionen bei diesen Begegnungen, das Studium der LSD-Literatur und die eigene klinische Erfahrung haben mich allmählich davon überzeugt, daß die Gegensätze zwischen diesen beiden Behandlungstechniken nicht so unversöhnlich sind, wie man gemeinhin annimmt. Ich bin zu dem Ergebnis gekommen, daß es möglich ist, die in beiden Verfahren auftretenden Phänomene auf gewisse gemeinsame Nenner zu bringen und eine allgemeine, übergreifende Theorie der LSD-Psychotherapie zu formulieren. Die praktische Folge ist die Entwicklung eines integrierten Behandlungskonzepts, das die Vorteile beider Therapieformen in sich vereint und ihre Nachteile verringert.

3.2 Vor- und Nachteile der psycholytischen Methode

Ein unbestreitbarer Vorteil der psycholytischen Therapie ist ihr heuristischer Wert. Die langsam fortschreitende Erschließung mehrerer Ebenen des Unbewußten ist von manchen Patienten mit der Chemoexkavation verglichen worden, einer skrupulösen archäologischen Arbeit, bei der nacheinander Schicht um Schicht freigelegt und die Wechselbeziehungen der verschiedenen Schichten studiert werden. Andere Patienten vergleichen diesen Prozeß mit dem Zwiebelschälen, wobei das Unbewußte herausgeschält werde. Das reichhaltige Material, das in wiederholten Sitzungen mit einer mittleren Dosis LSD gewonnen wird, gewährt unvergleichliche Einsichten nicht nur in die Natur der LSD-Reaktion, sondern auch in die Dynamik emotionaler Störungen und die Funktionsweise des menschlichen Geistes überhaupt.

Dieser Aspekt kann nicht nur für den Therapeuten wichtig sein, sondern auch für viele wissenschaftlich, künstlerisch oder philosophisch ausgerichtete Menschen. Ganz abgesehen von dem therapeutischen Nutzen, gewinnen diese Personen einzigartige Aufschlüsse über die menschliche Natur, über Kunst, Philosophie, Geschichte und Naturwissenschaften. Die psycholytische Therapie kommt gewöhnlich erst nach sehr viel längerer Zeit zu Resultaten, die denen der psychedelischen Therapie vergleichbar wären; sie gewährt aber dem Einzelnen eine viel bessere Kenntnis der psychischen »Territorien« und der Wirkprinzipien, durch welche der Wandel erreicht wurde, und vielleicht ist sie daher die günstigere Behandlung für Menschen mit nicht allzu schweren und dringlichen Problemen, die ein tiefes intellektuelles Interesse am Wesen dieses Prozesses nehmen. Als eine ausgangsoffene Situation gibt die psycholytische Therapie dem Patienten eine bessere Möglichkeit, wichtige Lebensprobleme durcharbeiten und zu lösen, als die Jetzt-oder-nie-Methode der psychedelischen Therapie, die sich auf wenige LSD-Sitzungen und oft auf eine einzige mit hoher Dosierung beschränkt.

Im gegenwärtigen Entwicklungsstadium ist die psycholytische Therapie verständlicher und annehmbarer für die Fachleute herkömmlicher Orientierung und für das »wissenschaftlich« orientierte Publikum, denn sie stützt sich in Theorie und Praxis auf weithin anerkannte psychotherapeutische Konzepte. Unberücksichtigt bleibt dabei die Tatsache, daß viele Beobachtungen aus der psychedelischen Forschung klar und unzweideutig die Grenzen der heute geltenden Paradigmen aufweisen und die Notwendigkeit zeigen, sie zu überprüfen und zu ändern.² Die psycholytische Orientierung erlaubt es jedoch, solche störenden Entdeckungen in den meisten Fällen zu mißachten oder abzuwerten.

Ein klarer Nachteil der psycholytischen Therapie ist ihr größerer Zeitaufwand. Obwohl sie nach Aussage Hanscarl Leuners, eines ihrer hervorragendsten Vertreter, die Dauer einer Psychotherapie auf etwa ein Drittel der für eine Psychoanalyse erforderlichen Zeit verkürzen kann, nimmt sie den Therapeuten doch immer noch für eine sehr lange Zeit in Anspruch. Diese Feststellung beruht auf klinischen Eindrücken; eine vergleichende Untersuchung der psycholytischen und der psychedelischen Therapie ist noch nie durchgeführt worden. Jeder Versuch, die Wirksamkeit beider Methoden anhand der vorliegenden Literatur zu vergleichen, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Abgesehen von den allgemeinen Problemen bei der Messung psychotherapeutischer Behandlungserfolge, worüber in der Fachliteratur seit zwanzig Jahren diskutiert wird, begegnen uns hier einige weitere, für die LSD-Therapie spezifische Komplikationen.

Während die psychedelische Therapie in der Vergangenheit hauptsächlich bei Alkoholikern, Drogensüchtigen und Krebspatienten im Endstadium angewendet wurde, hat sich die psycholytische Behandlung auf andere Kategorien emotionaler Störungen wie Psychoneurosen, Charakterstörungen und psychosomatische Erkrankungen konzentriert. Es ist behauptet worden, daß das Ergebnis der psycholytischen Behandlung solider und dauerhafter sei, weil das latente Material gründlich durchengearbeitet werde, während in

der psychedelischen Behandlung eher dynamische Verschiebungen oder Umschwünge stattfänden. Ließen die beiden Methoden sich auf irgendeine Weise vergleichen, so spräche der geringere Zeitaufwand sehr stark für die psychedelische Therapie. Mein Eindruck ist, daß die höhere Dosis und die Verinnerlichung des Erlebens in der psychedelischen Therapie die Wirkung des LSD vertiefen und therapeutisch weitaus produktiver sind. Dennoch wäre mir eine ausgangsoffene Situation lieber, die, wenn nötig, eine ganze Reihe solcher Erfahrungen zuließe, als das Alles-oder-nichts-Denken in der psychedelischen Methode. Wie schon gesagt, liegt eine systematische und kontrollierte vergleichende Untersuchung bisher nicht vor.

Bei denjenigen, die eine konservative Haltung einnehmen wollen, mag die Zahl der LSD-Sitzungen und die Gesamtmenge der in der psycholytischen Therapie eingenommenen Droge schwere Bedenken wecken. Obwohl sich von den Befürchtungen einer biologischen Schädigung durch LSD bisher keine als begründet erwiesen hat, muß man LSD dennoch als eine experimentelle Substanz betrachten, deren langfristige physiologische Wirkungen noch nicht in vollem Umfang bekannt sind.

Ein anderer Aspekt der psycholytischen Therapie, auf den wir eingehen müssen, ist die Verabreichung niedriger und mittlerer LSD-Dosen im Vergleich zu den sehr hohen Dosen in der psychedelischen Behandlung. Auch wenn dies gängigen und naheliegenden Meinungen widersprechen mag, sind Sitzungen mit hoher Dosierung im allgemeinen viel ungefährlicher. Es ist zwar nicht zu bezweifeln, daß die hohe Dosierung zur Zeit der tatsächlichen pharmakologischen Wirkung der Droge mehr echte oder mögliche Probleme bereitet. Bei unbeaufsichtigter Einnahme können der Zusammenbruch der psychischen Abwehrmechanismen, das massive Hervordrängen tief unbewußter Inhalte, der Verlust der Situationsbeherrschung und der daraus resultierende Mangel an Realitätssinn schwere Gefahren herbeiführen. Ein erfahrenes Therapeuten-Team wird damit aber gewöhnlich leicht fertig. Auf lange Sicht erweisen sich gerade diejenigen Aspekte der hohen Dosierung, die zur Zeit der pharmakologischen Wirkung ein Risiko bedeuten, als Vorteile. Die geringere Möglichkeit, sich gegen die Drogenwirkung zu sträuben, und das vollständigere Nachgeben begünstigen eine bessere Auflösung und Verarbeitung des Erlebens. Niedrige und mittlere Dosierungen aktivieren sehr wirksam die latenten Inhalte und bringen sie nahe an die Oberfläche, lassen jedoch zu, daß ein widerstrebender Patient vermeidet, sie voll zur Kenntnis zu nehmen und wirksam zu bearbeiten. Sitzungen dieser Art können in Übermüdung enden, mit dem Gefühl, daß etwas unerledigt geblieben ist, mit mancherlei unangenehmen emotionalen und psychosomatischen Nachwirkungen, mit anhaltenden Reaktionen oder prekärem emotionalem Gleichgewicht, die spätere »Rückblenden« begünstigen können. Im nächsten Kapitel werden wir einige Prinzipien und Techniken bei der Durchführung psychedelischer Sitzungen behandeln, die zu besserer Auflösung führen und die Häufigkeit anhaltender Reaktionen und Rückblenden verringern.

Die psycholytische Therapie besteht aus einer Reihe von LSD-Sitzungen (sechzehn bis achtzig oder mehr, je nach Art des klinischen Problems) mit mittlerer Dosierung; sie schafft damit zahlreiche Gelegenheiten, wo unbewußte Gestalten zeitweilig aktiviert, aber nicht immer auch hinreichend abgeschlossen werden können. Im Verlauf einer psycholytischen Therapie macht der klinische Zustand des Patienten dramatische Änderungen in beiden Richtungen durch, und manchmal muß der Therapeut mit einer schweren, übergangsbedingten Verschlimmerung der Symptome fertigwerden, oder sogar mit einer Dekompensation, wenn der Patient sich einer Zone tiefer und bedeutsamer Konflikte nähert. Diese Verschlimmerung der Symptome tritt manchmal ein, wenn die vorangegangene Behandlung schon eine erhebliche Besserung gebracht hatte und der Therapeut die Behandlung nur noch mit dem Zweck, »das Resultat zu befestigen und einen Rückfall zu verhindern«, fortsetzt. Obwohl auch die psychedelische Therapie die Möglichkeit nicht ausschließt, daß das aktivierte unbewußte Material unzureichend verar-

beitet wird, kann sie doch die Wahrscheinlichkeit, daß dies vorkommt, erheblich verringern.

Ein unter Umständen negativer Aspekt der psycholytischen Therapie ist die gewaltige Intensivierung der Übertragung, die sich in ihrem Verlauf fast unvermeidlich entwickelt. Dies bedeutet einzigartige therapeutische Möglichkeiten, aber auch beträchtliche Risiken und Schwierigkeiten. Die Übertragung und ihre Analyse sind in der LSD-Psychotherapie und in der Psychotherapie allgemein ein wichtiges theoretisches und praktisches Problem. Ohne Zweifel ist die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der für den Verlauf und Erfolg von LSD-Sitzungen ausschlaggebenden Faktoren. Nicht so gewiß ist jedoch, ob die Entstehung und Analyse der Übertragung für den Fortschritt einer Therapie unerläßlich sind. In der klassischen Psychoanalyse und der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie gilt dies zwar als selbstverständlich, aber die Möglichkeit, daß therapeutische Änderungen auch durch andere Wirkmechanismen hervorgerufen werden können, ist deshalb nicht ausgeschlossen. Beobachtungen aus der LSD-Psychotherapie sprechen sehr deutlich dafür, daß die Intensität der Übertragung in direktem Verhältnis zum Widerstand gegen die Anerkennung traumatischer Inhalte steht. Wenn daher ein LSD-Therapeut großen Nachdruck auf die Bestimmung und Analyse der Übertragungsphänomene legt, statt sie nur anzuerkennen und die Aufmerksamkeit des Patienten über sie hinaus zu lenken, so kooperiert er in gewissem Sinne mit den Abwehrmechanismen. Ziemlich regelmäßig klären sich im Laufe einer LSD-Psychotherapie die verschiedenen Übertragungsprobleme von selbst auf, nachdem der Patient unbewußte Inhalte psychodynamischen, perinatalen oder transpersonalen Charakters hat akzeptieren und durcharbeiten können.

Ein deutlicher Nachteil der psycholytischen Therapie ist ihre theoretische Abhängigkeit von der herkömmlichen dynamischen Psychotherapie. Zu vielen Erlebnissen in LSD-Sitzungen bietet sie daher keine ausreichende Orientierung. Manche dieser Erlebnisse bergen außerordentliche therapeutische Möglichkeiten, zum Beispiel der Todes- und Wiedergeburtsvorgang, Erinnerungen an frühere Inkarnationen, mancherlei archetypische Erscheinungen und besonders die Erlebnisse kosmischen Einswerdens. Diese letzteren sind eng verwandt, obgleich nicht identisch, mit den ozeanischen Gefühlen des Säuglings an der Brust und im Mutterschoß. Für das Gelingen einer LSD-Therapie haben sie anscheinend die gleiche fundamentale Bedeutung wie die natürlichen Erfahrungen symbiotischer Einheit mit der Mutter für die Entwicklung einer emotional gesunden und stabilen Persönlichkeit. Die Tendenz, perinatale und transpersonale Phänomene abzuwehren, beiseite zu schieben oder sie als Erscheinungen der bewußtseinsnäheren Schichten zu deuten, verringert die Erfolgsaussichten einer LSD-Behandlung und wirkt oft verwirrend auf den Patienten.

3.3 Für und Wider der psychedelischen Therapie

Manche Vorteile der psychedelischen Therapie sind von praktischer, andere von theoretischer Natur. Allgemein sind die therapeutischen Änderungen in einer einzigen psychedelischen Sitzung sehr viel dramatischer und gründlicher als die nach nur einer einzigen psycholytischen Sitzung zu beobachtenden. Manche Aspekte der psychedelischen Behandlungstechnik bedeuten eine große Beschleunigung und Vertiefung des therapeutischen Prozesses und zugleich eine deutliche Steigerung seiner Wirksamkeit bei verminderten Risiken. Diese Methode hat offenbar die volle Bedeutung der positiven Erlebnisse erkannt, die in der psycholytischen Therapie gemeinhin unterschätzt werden; die letztere teilt das einseitige Interesse der Psychoanalyse an Psychopathologie und traumatischen Inhalten. Ausdrückliche Hinwendung zu den positiven Kräften des Menschen ist ein starker therapeutischer Faktor, und dies gilt auch für das Interesse an einer positiven Strukturierung des Erwartungsrahmens und der Situation psychedelischer Sitzungen. Die äußeren Umstände haben nachhaltigen Einfluß auf den Ausklang einer Sitzung und damit auf das Ergebnis des psychedelischen Erlebens. Die Erkenntnis, daß die Endphase den Ausschlag gibt, ist ein wichtiger Beitrag der psychedelischen Therapeuten zur LSD-Behandlung.

Die größere Wirksamkeit der psychedelischen Therapie bei geringerem Risiko scheint mehrere Gründe zu haben. Die höhere LSD-Dosis und die Internalisierung des Verlaufs bewirken Vertiefung, Intensivierung und spontaneren Ablauf des Erlebens; daraus erwachsen stärkerer Aufruhr der Gefühle, aber auch bessere Chancen für einen positiven Durchbruch. Eine einzige psychedelische Sitzung kann unter Umgehung oder Durchdringung der psychodynamischen Schichten dramatische Behandlungserfolge erzielen, wenn sie zu den machtvollen Mechanismen der Veränderung der perinatalen und der transpersonalen Schicht Zugang findet. Dies wird erleichtert durch uneingeschränkte theoretische Anerkennung und Berücksichtigung transpersonaler Realitäten. Die sorgfältige positive Strukturierung der Rückkehr in den gewöhnlichen Zustand ist ein anderer wichtiger Faktor therapeutischer Änderung.

Bei günstiger Kombination der genannten Faktoren kann ein gutes therapeutisches Ergebnis sogar dann erzielt werden, wenn der Patient manche größeren Schwierigkeiten und Konfliktzonen der psychodynamischen Schicht nicht ausdrücklich bearbeitet; in einer systematisch psycholytischen Behandlung wäre dies keinesfalls möglich. Unter diesen Umständen ist das Risiko, daß sich der klinische Zustand verschlechtert, selbst bei emotional schwer gestörten Patienten mit Sicherheit geringer als nach einer einzelnen psycholytischen Sitzung.

Wenn wir auch noch die anderen wichtigen Vorteile der psychedelischen Therapie bedenken, wie den geringeren Zeitaufwand, die seltenere Einnahme der Droge und die geringeren Übertragungsprobleme, so sollte man meinen, daß die psychedelische Methode der psycholytischen klar überlegen sei. Es ist daher um so angebrachter, auch manche theoretischen und praktischen Nachteile der psychedelischen Therapie zu besprechen, die wir bei der Formulierung eines integrierten therapeutischen Konzepts berücksichtigen müssen. Eine wichtige Frage, die noch der Klärung bedarf, ist die nach der Art der in psychedelischer Therapie beobachteten Änderungen. Der stärkste Einwand gegen diese urplötzlichen klinischen Besserungen und persönlichen Wandlungen besagt, daß sie nur zeitweilige Umschwünge seien und keine tiefgreifenden Veränderungen dynamischer Strukturen. So gesehen, müßte die psycholytische Therapie, da sie langsam und geduldig verschiedene Ebenen unbewußter Konflikte bearbeitet, dauerhaftere Resultate erbringen. Es gibt keine vergleichenden Untersuchungen, welche die grundsätzliche Frage beantworten könnten, ob tiefe und dauerhafte therapeutische Änderungen möglich sind, ohne daß Inhalte aus der frühen Kindheit durchgearbeitet, die ursprünglichen

traumatischen Beziehungen in der Übertragungssituation nacherlebt und diese anachronistischen Wiederholungen durch die Übertragungsanalyse aufgedeckt werden. Obwohl Beobachtungen aus der LSD-Forschung deutlich dafür sprechen, daß es wichtige Alternativen gibt, sind dies einstweilen doch nur klinische Eindrücke, solange sie nicht durch systematische Untersuchungen bestätigt sind.

Vor einem weit schwereren Problem steht die psychedelische Therapie – so wie sie heute ausgeübt wird – angesichts der Tatsache, daß sie trotz allen Bemühens um positive Strukturierung der Sitzungen bei weitem nicht allen Patienten ein Erlebnis tiefgreifender Veränderung gewährleisten kann. Im Spring-Grove-Programm, bei dem die therapeutischen Möglichkeiten einer psychedelischen Behandlung, die aus nur einer Sitzung bestand, systematisch in bezug auf verschiedene Kategorien von Personen untersucht wurden, traten »psychedelische Gipfelerlebnisse« in einer Häufigkeit zwischen 25 und 78 Prozent der Fälle auf, je nach der im einzelnen untersuchten Population. Am niedrigsten lag die Häufigkeit bei neurotischen Patienten, am höchsten bei Narkotika-Süchtigen; bei psychiatrischen Fachkräften, Krebspatienten im Endstadium und Alkoholikern lag sie in der Mitte.

Das psychedelische Gipfelerlebnis ist zwar ein wichtiger Faktor, der gründliche Persönlichkeitsänderungen ermöglichen kann, aber keine *conditio sine qua non* für das Gelingen der Therapie. Besserungen unterschiedlichen Grades lassen sich auch bei vielen Patienten feststellen, die in ihren LSD-Sitzungen die transzendente Schicht des Bewußtseins nicht erreicht haben. Leider kennen wir keine Kriterien, nach denen sich die Kandidaten für eine ergiebige und erfolgreiche psychedelische Sitzung einigermaßen zuverlässig im vorhinein auswählen ließen. Da die entscheidenden Variablen, von denen das Gelingen abhängt, nur unzureichend bekannt sind, bleibt die psychedelische Methode mit ihrer radikalen »Alles-oder-nichts«-Philosophie in vieler Hinsicht ein Glücksspiel.

Die theoretischen Nachteile der psychedelischen Therapie sind vermutlich noch gravierender als ihre praktischen Mängel. Diese Methode kann dramatische therapeutische Änderungen bei minimalem Verständnis der wirksamen Mechanismen erzielen. Das Material aus psychedelischen Sitzungen gewährt neue Einblicke in Phänomene von sehr allgemeiner Natur: in die Dynamik positiver und negativer Erinnerungssysteme, in das Vorhandensein unbekannter Mechanismen der Persönlichkeitsänderung, in neue Dimensionen menschlichen Erlebens und des menschlichen Geistes, in Bewußtseinszustände während des Sterbens und den mystischen Charakter des Universums. Relativ wenig sagt es uns dagegen über die Wirkungen des LSD, über die Topographie des menschlichen Geistes, über die Psychosomatik von Geisteskrankheiten oder die Mechanismen therapeutischen Wandels.

Diese Nachteile der psychedelischen Therapie werden nur diejenigen sonderlich stören, welche die wissenschaftlichen Erträge des Verfahrens nach westlichen Maßstäben messen. Anderen, die nach Alternativen zu den linearen, rationalen und logischen Formen der Erkenntnis suchen, wird das Verfahren entgegenkommen: Die Einsichten, die sich in einer psychedelischen Sitzung mit hoher LSD-Dosis gewinnen lassen, sind von intuitivem, globalem und ganzheitlichem Charakter. Transzendente Aha-Erlebnisse dieser Art lassen sich nicht ohne weiteres durch das westliche analytische Denken sezieren oder in pragmatischem Sinne verwerten. Sie gewähren eine Erhellung, einen Einblick ins Innerste des Daseins. Der Erlebende gewinnt kein rationales Verständnis des kosmischen Geschehens, sondern kommt zu einem blitzartigen Erfassen dieses Geschehens, indem er seine Identität als Einzelwesen verliert und buchstäblich eins mit ihm wird.

Diese intuitive Einsicht in die universale Natur der Dinge ist ganz ähnlich jenem Erkennen, das in den Upanishaden als ein »Wissen desjenigen, das zu wissen Kenntnis von allem verleiht«, bezeichnet wird. Dies ist kein totales, allumspannendes intellektuelles

Verstehen des Weltganzen im Sinne eines Durchschauens der Kausalzusammenhänge und eines pragmatischen Bescheidwissens über die Dinge und Vorgänge in der Erscheinungswelt, sondern ein Transzendieren der Erscheinungen, des Raumes, der Zeit und der Kausalität.

Wir müssen hinzufügen, daß diese Einsicht oft von der Überzeugung begleitet wird, daß manche Fragen, die zuvor als wichtig oder sogar dringend erschienen, innerhalb des neuen Bezugssystems nun belanglos seien. Statt die Antworten auf bestimmte Fragen zu finden, erreicht man einen Zustand, wo diese Fragen nicht mehr auftauchen, nicht mehr interessieren, oder wo es nicht notwendig ist, sie zu stellen. Beides, ob man die Antwort findet oder über sie hinausgelangt, hilft offenbar bei der Lösung von Problemen, wenn auch auf je andere Weise und auf je anderer Ebene.

Daß manche unserer Fragen Sitzungsteilnehmern in einem Zustand mystischen Bewußtseins belanglos erscheinen, wird dem wissenschaftlich gesinnten Forscher die Mühe nicht abnehmen, aus den Beobachtungen in der psychedelischen Therapie allgemeine Schlüsse zu ziehen. Die gewaltige interindividuelle Variabilität macht gültige Verallgemeinerungen unmöglich, die nur auf Material aus einzelnen Sitzungen von vielen verschiedenen Personen beruhen. Der ausgeprägte spirituelle Akzent der psychedelischen Therapie, ihre Anerkennung mystischer Bewußtseinszustände und die Beimischung von Elementen, die dem flüchtigen Beobachter als solche einer religiösen Indoktrination erscheinen könnten, werden zweifellos dafür sorgen, daß diese Methode beim skeptischen und kritischen Fachpublikum weniger beliebt bleibt. Und daran wird sich nichts ändern, solange kein zulängliches Paradigma geschaffen wird, das es ermöglicht, alle diese außergewöhnlichen Phänomene dem bisherigen Wissen der Psychiatrie und der allgemeinen wissenschaftlichen Theorie zu assimilieren.

Anmerkungen

- 1 Arthur Janov hat eine ähnliche Einstellung zu den spirituellen Erlebnissen, die manche seiner Patienten in der Primärtherapie durchmachen. Er interessierte sich anfangs ausschließlich für Material aus der frühen Kindheit. Später sah er sich durch klinische Beobachtungen gezwungen, das Geburtstrauma, dessen Bedeutung er zuerst geleugnet hatte, in die Theorie der Primärtherapie mit einzubeziehen. Auch heute noch fehlt ihm jede echte Einsicht in den Wert der transpersonalen Erlebnisse; er sieht in ihnen nur ein »Ausreißen vor dem Urschmerz«. Das größte Dilemma der Primärtherapie ist der Umstand, daß sie sich eines Werkzeugs bedient, welches Erlebnisse zu zeitigen vermag, für die die beschränkte primärtherapeutische Theorie keine zureichende Orientierung bietet.
- 2 Die transpersonale Psychologie und die mystische Weltsicht werden zu Unrecht oft als unwissenschaftlich bezeichnet. Dies ist ein Ausdruck der Tatsache, daß Psychologie und Psychiatrie (wie auch die breite Öffentlichkeit) immer noch an dem alten Weltbild festhalten, das auf der Newtonschen Vorstellung vom Universum und auf der kartesischen Dichotomie zwischen Seele und Materie beruht. Tatsächlich verträgt sich die mystische Weltsicht erstaunlich gut mit revolutionären Entdeckungen der modernen Naturwissenschaften wie der Relativitäts- und Quantentheorie. Sowohl die moderne Physik als auch die mystische Weltsicht verstoßen gegen den Alltagsverstand und stimmen nicht überein mit dem prosaischen Bewußtsein und Weltbild, das weder mit der Physik noch mit der Mystik Schritt halten kann. In ausgezeichneter Weise behandelt findet der interessierte Leser diese Konvergenz von Mystik und moderner Physik in dem Buch von Fritjof Capra, DER KOSMISCHE REIGEN (18).

4 Prinzipien der LSD-Psychotherapie

Nachdem wir die Probleme der LSD-Psychotherapie in den allgemeinsten Zügen behandelt haben, möchte ich die Grundsätze einer Verfahrensweise beschreiben, die nach meiner klinischen Erfahrung in der kürzestmöglichen Zeit und mit den geringsten Komplikationsrisiken die besten therapeutischen Resultate erbringt. Diese Verfahrensweise befindet sich auch in voller Übereinstimmung mit dem klinischen Alltagsverstand und mit dem heutigen theoretischen Wissen über die Mechanismen der LSD-Reaktion.

Unter idealen Bedingungen sieht LSD-Psychotherapie eine ausgangsoffene Situation vor, in der die Zahl der Sitzungen nicht a priori feststeht. Im allgemeinen vollzieht sich die Behandlung in drei getrennten, doch miteinander verbundenen Phasen. Die erste ist die *Vorbereitungsphase*: Sie besteht in einer Reihe von Gesprächen ohne Drogeneinfluß, bei denen der Teilnehmer auf die Drogenerfahrung vorbereitet wird. Aus naheliegenden Gründen wird die Vorbereitung auf eine erstmalige psychedelische Sitzung von anderer Art sein als bei Wiederholungen; im letzteren Falle werden manche Allgemeinplätze weggelassen, und die in den früheren Sitzungen deutlich gewordenen Probleme erhalten verstärkte Beachtung. Die zweite Phase ist die der Drogensitzung selbst; am Sitzungstag verbringt der Patient viele Stunden in einer besonderen, für diese Behandlung vorgesehenen Zimmerflucht, wo ihm – im Idealfall – ein männlich-weibliches Therapeutenpaar Beistand leistet. Die dritte Phase, in der Zeit kurz nach der Sitzung, umfaßt mehrere Gespräche, die dem Patienten helfen sollen, den Inhalt seiner psychedelischen Erlebnisse für den Alltag zu verarbeiten.

4.1 Die Vorbereitungsphase

Der ersten LSD-Sitzung sollte eine nicht allzu kurze Periode drogenfreier Interaktion zwischen dem Teilnehmer und den Beisitzern vorausgehen. Wieviel Zeit im Einzelfall nötig ist, um jemanden auf eine psychedelische Sitzung hinreichend vorzubereiten, hängt von der Art seiner Probleme und von den äußeren Umständen ab; normalerweise werden mindestens fünf und höchstens zwanzig Stunden erforderlich sein. Es leuchtet ein, daß die Arbeit mit einem emotional relativ ausgeglichenen Teilnehmer, der sich zu einer LSD-Sitzung gemeldet hat, weil er berufliches Interesse daran hat oder weil ihm an persönlichem Wachstum oder größerer Kreativität gelegen ist, weniger Zeit beansprucht als die Vorbereitung eines schwer gestörten Patienten mit neurotischen, psychosomatischen oder borderline-psychotischen Symptomen.

Da die Situation jedesmal eine andere ist und jeder Klient seine besonderen Probleme hat, können wir hinsichtlich Art, Inhalt und Dauer der vorbereitenden Tätigkeit keine konkreten und detaillierten Richtlinien geben. Wir können nur einige allgemeine Empfehlungen aussprechen und einige Grundsätze und Strategien der Vorbereitungsarbeit umreißen.

Dient die Sitzung therapeutischen Zwecken, so sollte der Therapeut ziemlich eingehend die gegenwärtige Lebenslage des Patienten besprechen, seine emotionale, zwischenpersönliche und berufliche Angepaßtheit und die Dynamik seiner psychopathologischen Symptome. Es ist auch wichtig, daß er sich mit der Biographie des Kandidaten von der frühen Kindheit bis in die jüngste Vergangenheit hinreichend vertraut macht. Wenn der Therapeut die Lebensgeschichte des Klienten kennt, wird er viel wirksame Hilfe und Anleitung geben können. Die Familiendynamik, die charakteristischen zwischenpersönlichen Haltungen und die besonderen emotionalen Reaktionen des Klienten während der verschiedenen Perioden seines Lebens zu kennen, erleichtert wesentlich das Erkennen spezifisch biographisch bedingter Verzerrungen in der therapeutischen Beziehung und deren wirksame Behandlung. Eine besonders wichtige Aufgabe während der Vorbereitung ist es, die wiederkehrenden Themen, die sich wiederholenden Verhaltensformen, Teufelskreise und sich selbst perpetuierenden Elemente im zwischenpersönlichen Umgang des Klienten zu erkennen, denn diese werden wahrscheinlich in der Übertragungsbeziehung nachvollzogen.

Bei der Erkundung der Lebensgeschichte sollte der Therapeut alles aussprechen, was ihm zu dem vorgebrachten Material an Sinnvollem ein- oder auffällt. Eine wichtige Aufgabe ist es, ein brauchbares Bezugssystem aufzubauen, an dem der Klient sein Verständnis des Verhältnisses zwischen seiner traumatischen Vergangenheit und den gegenwärtigen Problemen und Schwierigkeiten orientieren kann. Ein anderes Gebiet, das besondere Beachtung verdient, ist der Zusammenhang zwischen psychopathologischen Symptomen und zwischenpersönlicher Fehlanpassung. Hier ist es unbedingt nötig, von der klassisch-psychoanalytischen Auffassung Abstand zu nehmen und die Gespräche im Geiste jener Philosophie zu führen, die der psychedelischen Therapie zugrunde liegt. Die Psychoanalyse interessiert sich in der Hauptsache für die Psychopathologie und konzentriert sich daher selektiv auf die negativen Aspekte der Persönlichkeit. In Freuds Menschenbild werden in pessimistischer Weise die Triebe hervorgehoben. Der Psychoanalyse erscheint menschliches Verhalten als motiviert durch primitive Triebregungen sexuellen und aggressiven Charakters; alle höheren Werte deutet sie als Reaktionsbildungen oder als Kompromisse mit den repressiven Kräften der Gesellschaft. Unglück ist der Normalzustand; der Zweck der Psychotherapie ist es, das unnötige Leiden des Neurotikers in normales menschliches Unglück zu verwandeln. Der Psychoanalytiker ist wesentlich nicht-direktiv: Er vermeidet es, dem Patienten Werturteile mitzuteilen

oder aktiv Anleitungen zu geben. Sehr selten nur gibt es in der klassischen Tradition ausgebildeter Analytiker auf eine bestimmte Frage eine klare Antwort.

Bei der Vorbereitung auf eine LSD-Sitzung sprechen auch wir über Symptome und Lebensschwierigkeiten. Der Therapeut versucht jedoch, soweit es irgend geht, zum gesunden Kern der Persönlichkeit eine Beziehung zu finden. Die Grundannahme ist, daß in jedem Menschen positive Kräfte stecken, die tief unter seinen Symptomen verborgen liegen, so sehr diese ihn auch zu beherrschen und zu verstümmeln scheinen. In der traumatischen Vergangenheit sehen wir einen Komplex von Einflüssen und Verhältnissen, die den Patienten von seinem wahren Ich entfremdet haben.

Das Menschenbild, auf dem diese Auffassung beruht, steht der Philosophie der Hindus näher als der Freudschen Psychoanalyse. Hinter dem Gatter der negativen Triebkräfte, die mit den frühkindlichen Traumata und mit den höllischen Bezirken der perinatalen Matrizen verknüpft sind, liegen die weiten transpersonalen Sphären des Überbewußten und ein System positiver, universaler Werte, nicht unähnlich den »Metawerten« Abraham Maslows. Nach diesem Menschenbild ist der menschliche Geist nicht auf die biographisch determinierten Elemente des Freudschen Unbewußten beschränkt; er kennt keine Grenzen oder Schranken, und seine Dimensionen sind denen des Universums vergleichbar. Aus dieser Sicht ist es richtiger, die menschliche Natur als göttlich denn sie als tierisch anzusehen. Obwohl es nicht zur Vorbereitung auf die Sitzungen gehört, dem Patienten die Einzelheiten dieser Philosophie zu erläutern, ist dieses Weltbild doch charakteristisch für die Auffassung eines psychedelisch orientierten Therapeuten.

Bei der Behandlung von LSD-Patienten ist es weder in der Vorbereitung noch später nötig, alle Werturteile und direkten Ratschläge zu vermeiden. Zwar sollte der Therapeut nicht versuchen, dem Patienten konkrete Anweisungen für dessen besondere Lebenslage zu geben, zum Beispiel ob er heiraten sollte oder nicht, ob er die Scheidung einreichen, Kinder zur Welt bringen oder abtreiben, eine Stellung aufgeben oder den Beruf wechseln sollte. Insofern sind die psychoanalytischen Grundsätze zweifellos richtig. Die Verhältnisse, um die es geht, sind gewöhnlich allzu verwickelt und schließen zu viele unvorhersehbare Faktoren ein; der Therapeut kann sie nicht objektiv genug beurteilen, um zu sagen, was nach den Bedürfnissen des Klienten das Beste wäre. Ein Ratschlag würde unter diesen Umständen wahrscheinlich nicht »ein objektives fachgemäßes Urteil« darstellen, sondern nur die unbewußten Ängste, Wünsche und Bedürfnisse des Therapeuten aussprechen. Ein direktives Vorgehen erscheint aber angezeigt und nützlich im Hinblick auf eine allgemeine Lebensphilosophie und Lebensbewältigung. Hier kann der LSD-Therapeut seine Anweisungen auf jene Werte gründen, die offenbar da-seinsimmanent und universal sind. Diese Werte kommen im Laufe einer erfolgreichen psychedelischen Therapie meist von selbst und ziemlich übereinstimmend bei den verschiedenen Patienten zum Vorschein und scheinen mit einer gesunden Geistesverfassung verknüpft zu sein.

Eine Devise dieser existentiellen Strategie ist, daß es darauf ankommt, hier und jetzt zu leben, in diesem Augenblick, heute und zu dieser Stunde, statt Erinnerungen an die vergangenen Jahrzehnte nachzuhängen oder sich in Phantasien und Plänen für viele Jahre im voraus zu ergen. Zugleich wird das Gewahrsein von den grandiosen Plänen zu den schlichten und gewöhnlichen Dingen des Alltags hingelenkt, die nicht nur eine neue, unberührte Quelle möglicher Befriedigungen, sondern auch die *einzige* wirkliche Grundlage eines glücklichen Lebens bilden. Dem Klienten wird nicht unbedingt abgeraten, sich auf komplizierte und anstrengende langfristige Vorhaben einzulassen, aber die Einsicht wird ihm nahegebracht, daß äußere Erfolge allein ihm die erhoffte innere Ruhe und Zufriedenheit nicht bringen werden. Die tiefgehende Konfrontation mit dem Tode, die ein wesentlicher Teil des psychedelischen Prozesses ist, wird ihm unvermeidlich klar machen, daß ein gutes Selbstbild, Selbstbejahung, Lebensfreude und inneres Erfülltsein vom Sinn der eigenen Existenz nicht von verwickelten äußeren Umständen

abhängen. Sie bilden einen natürlichen organischen Zustand und eine Form des In-der-Welt-Seins, die von den materiellen Lebensbedingungen, wenn wir von manchen drastischen Extremsituationen absehen, wesentlich unabhängig sind.

Wo es an dieser grundsätzlichen Daseinsbejahung nicht fehlt, kann das Leben auch unter den bescheidensten Umständen lohnend erscheinen. Schon die schlichte Tatsache, daß wir am Bewußtsein und am kosmischen Geschehen teilhaben, in welcher Weise auch immer, ist etwas sehr Kostbares. Gewöhnliche Tätigkeiten wie die tägliche Arbeit, körperliche Übungen, Essen, ein Spaziergang, ein Blick in die Abendsonne oder der Geschlechtsakt werden zum Ausdruck der Freude und zur Feier des Lebens. Wo diese tiefe Dankbarkeit für die Tatsache des Daseins nicht vorhanden ist, werden auch äußere Erfolge und Leistungen, gleich welcher Art und Größe, sie nicht herbeischaffen. Unter solchen Umständen wird der Mensch, wenn er hektisch den Zielen nachjagt, die scheinbar ihm selbst und seinem Leben Bestätigung bieten, sich in einem Netz von Teufelskreisen verfangen, ohne die erhoffte Zufriedenheit zu gewinnen. Wo es an der Lebensbejahung fehlt, ist sie im Innern zu suchen, in einem Prozeß gründlicher Selbsterforschung und innerlicher Wandlung, nicht allein durch Zurechtrücken der äußeren Umstände. Die Philosophie der psychedelischen Therapie hebt also deutlich die Ausrichtung auf den *Prozeß*, und nicht nur auf das Ziel oder Ergebnis hervor. Dabei wird es wichtig, wie und mit welcher Einstellung man bestimmte Tätigkeiten ausführt, und nicht nur, welche Möglichkeiten man im einzelnen hat und was am Ende dabei herauskommt.

Dieses Wertsystem kann dem Klienten während der Vorbereitung auf die Sitzung explizit oder implizit verdeutlicht werden, sobald sich eine passende Gelegenheit bietet. Es erscheint angebracht, den Klienten aktiv davon abzubringen, daß er sentimental oder nostalgisch in Verganem schwelgt, frühere Entschlüsse und Entscheidungen widerrufen möchte, wegen schuldhafter Handlungen sein Gewissen erforscht oder alten Mißerfolgen nachgrübelt. Ähnlich kann man ihm zu bedenken geben, daß er das erhoffte Glück nicht finden wird, indem er seine künftigen Gewinne an Geld, Macht, Ruhm oder Status zu kalkulieren sucht. Dies gilt um so mehr, wenn seine Zukunftspläne unvernünftig, unrealistisch oder allzu großspurig sind, oder wenn der Klient offenkundig seine Zeit mit Tagträumen und mit dem Konstruieren von Luftschlössern vergeudet.

Es scheint vollauf gerechtfertigt, die Weisheit einer emotionalen und philosophischen (doch nicht notwendig pragmatischen) Ausrichtung auf das Hier und Jetzt und auf gewöhnliche Situationen als Grundlage der Lebenszufriedenheit zu betonen. Wir können auch darauf hinweisen, wie vergeblich und selbstverleidend jene Einstellungen und Verhaltensweisen sind, die von einem übertriebenen Bedürfnis ausgehen, sich selbst zu behaupten, seine Eltern, Freunde oder unbestimmte »andere« zu überzeugen oder ihnen zu gefallen, oder gegen eine unvernünftige Autorität anzukämpfen. Da dieses Wertsystem und diese Strategie der Daseinsbewältigung aus dem psychedelischen Prozeß abgeleitet sind, bestehen gute Aussichten, daß die Drogensitzungen mit intensiven Erfahrungen bestätigen werden, was in der Vorbereitung mehr oder weniger abstrakt mitgeteilt wird.

Ein wichtiger Teil der einleitenden Arbeit beschäftigt sich also mit philosophischen und religiösen Fragen. Obwohl manche psychedelischen Therapeuten es anders halten, würde ich nicht empfehlen, ein bestimmtes religiöses Bekenntnis, ob Christentum, Judentum, Hinduismus oder tibetanischen Buddhismus, zum Bezugssystem der Sitzungen zu machen. Ein solches Bekenntnis würde oft mit den symbolischen Bezügen kollidieren, die spontan aus dem kollektiven Unbewußten aufsteigen und die für den Einzelnen die jeweils angemessenste Form seines spirituellen Erlebens darstellen. Außerdem würde die ausdrückliche Einbeziehung von Elementen einer bestimmten Religion oder Bekenntnisform nicht nur die Atheisten, Skeptiker oder Andersgläubigen empören, sondern auch manche, die in eben dieser religiösen Tradition aufgewachsen sind und schwere Bedenken gegen sie gefaßt haben. Es ist aber offenbar sinnvoll, im Klienten

das Gewahrsein der ästhetischen Aspekte, sein Interesse an den philosophischen Grundfragen des Lebens und seine Anerkennung einer spirituellen Seite des Daseins auf unspezifische Weise zu stärken.

Der Klärung bedarf es oft, was der Einzelne unter »Religion« versteht, welche Bedeutung er der Spiritualität im menschlichen Leben beimißt, wie er das Verhältnis zwischen Religion und Wissenschaft und die Konflikte zwischen verschiedenen Bekenntnissen einschätzt. Bei denjenigen Klienten, die den religiösen Aspekten der psychedelischen Therapie von vornherein mit klar negativen Gefühlen begegnen, ist der Hinweis angebracht, daß die spirituellen Erlebnisse in LSD-Sitzungen gewöhnlich nicht die von den orthodoxen Religionen beschriebene Form haben. Häufiger kommen sie dem nahe, was Albert Einstein die kosmische Religion genannt hat. Diese Form der Spiritualität bedarf keiner personifizierten Gottheit, keines Pantheons von Schutzheiligen, keines regelmäßigen Kirchenbesuchs und förmlichen Gottesdienstes. Entscheidend ist die Unfähigkeit einer rationalistischen Auffassung, die vielen Geheimnisse der Natur zu erfassen, und die Ehrfurcht und das Staunen vor den schöpferischen Kräften des Universums.

In diesem Zusammenhang werden spirituelle Gefühle an Themen geknüpft wie das Rätsel von Zeit und Raum; der Ursprung der Materie, des Lebens und des Bewußtseins; der Sinn des Menschenlebens; die Dimensionen des Universums und der Existenz und die der Erschaffung der Erscheinungswelt zugrunde liegende Absicht. Spirituelle Erlebnisse dieser Art sind auch Menschen von hoher Intellektualität und strenger wissenschaftlicher Schulung nicht verschlossen; ja, sie sind sogar vollauf vereinbar mit den Beobachtungen, die sich in manchen modernen Forschungsgebieten angesammelt haben. Für jene, die auf eine wissenschaftliche Weltsicht Wert legen, illustriert dies am deutlichsten die jüngste Konvergenz der physikalischen Quanten- und Relativitätstheorie mit manchen Lehren der mystischen Traditionen.

In manchen Fällen nehmen die perinatalen und transpersonalen Erlebnisse in psychedelischen Sitzungen spezifische symbolische Formen an, die für eine bestimmte Kultur oder Geschichtsepoche bezeichnend sind. Ohne jede Ausbildung oder Spezialkenntnisse in der Archäologie oder Mythologie, ohne alles Wissen von dem jeweiligen kulturellen Erbe und manchmal sogar ohne eine umfassende Allgemeinbildung kann jemand mythologische und symbolische Szenen aus dem alten Ägypten oder Griechenland, aus Afrika, Indien, Tibet, China, Japan, Australien oder dem präkolumbianischen Amerika erleben. Die Bilder bestimmter personifizierter Gottheiten aus diesen Kulturen werden aber gewöhnlich nicht als Bilder der höchsten Kräfte im Universum empfunden. Wie die unendliche Vielzahl der Geschöpfe und Dinge, welche die Erscheinungswelt ausmachen, sind diese Gottheiten offenbar Bekundungen eines schöpferischen Prinzips, das seinerseits transzendent und jeder Form enthoben ist. Wenn sich das psychedelische Erleben im Rahmen einer der traditionellen Religionen bewegt, so stimmt es gewöhnlich eher mit den Lehren ihrer mystischen Seitenlinien als mit denen ihrer orthodoxen Hauptrichtung überein. Es wird also der christlichen Mystik näher sein als den traditionellen Lehren der Kirchen, der Kabbalah oder dem Chassidismus näher als dem alttestamentarischen Judentum und dem Sufismus näher als der islamischen Orthodoxie.

Oft treten im psychedelischen Erleben Elemente auf, die der religiösen Tradition des Einzelnen vollkommen fremd sind. Ein Buddhist kann sich mit dem gekreuzigten Christus identifizieren und aus der Sitzung mit einem neuen Verständnis des Christentums hervorgehen; ein Christ kann Szenenfolgen erleben, in denen er den Sufismus kennen und schätzen lernt; ein Moslem kann Einsichten in das Gesetz des Karma und die Reinkarnationszyklen gewinnen; und ein Rabbi erlebt eine Bekehrung zum Zen-Buddhismus. In welcher Form der Einzelne die transzendenten Realitäten auch erfährt oder auffaßt, er wird diese Form gewöhnlich als die ihm gemäße und mit seiner Persönlichkeit vereinbare anerkennen.

Sehr wichtig ist es, in der Vorbereitung eine Vertrauensbeziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten zu schaffen. Die Fähigkeit des Klienten, auf seine Abwehrmechanismen zu verzichten und sich der Erfahrung hinzugeben, die für das Gelingen der Sitzung ausschlaggebend ist, steht in direktem Verhältnis zum Ausmaß seines Vertrauens zu den Beisitzern. Vertrauen ist also die im einzelnen wichtigste Voraussetzung wirksamer und risikoloser psychedelischer Therapie. In einem ganz allgemeinen Sinne ist es für den Verlauf jeder LSD-Sitzung unerlässlich; doch gibt es manche spezifischen Situationen, in denen das Element des Grundvertrauens von besonders entscheidender Bedeutung ist. Die Arbeit an den Wurzeln des eigenen Mißtrauens gegen andere Menschen ist zuinnerst abhängig von der Qualität der Beziehung zwischen dem Erlebenden und den Beisitzern. Ähnlich setzt die Fähigkeit, dem Erlebnis des Ich-Todes in all seiner Tiefe und Komplexität standzuhalten, gewöhnlich eine gute äußere Absicherung in einer verlässlichen therapeutischen Situation voraus. Da die Beziehung solchen Ansprüchen genügen muß, darf die Vorbereitung auf eine Sitzung nicht einseitiger Informationsübermittlung dienen, sondern muß dem Klienten auch Gelegenheit geben, seine künftigen Beisitzer kennenzulernen. Im Idealfall sollte der therapeutische Prozeß in der Vorbereitung kein Austausch von Klischees sein, sondern eine echte zwischenmenschliche Begegnung.

Wenn der Therapeut glaubt, daß die Vorbereitung die oben genannten Zwecke erfüllt hat und daß der Klient nun psychologisch soweit ist, seine erste Drogenerfahrung machen zu können, wird eine letzte Besprechung vor der Sitzung anberaumt. Diese ist ausschließlich den methodischen Aspekten des Verfahrens gewidmet und findet meist am Tag unmittelbar vor der Sitzung statt. Es wird über die Art der psychedelischen Erlebnisse gesprochen, über die Formenvielfalt der ungewöhnlichen Bewußtseinszustände, die durch LSD induziert werden können, und darüber, wie man mit dieser Erfahrung am besten umgeht. Zu diesem Zeitpunkt, sofern sich dies nicht schon früher ergeben hat, sollte der Therapeut den Klienten auffordern, alle Befürchtungen und Zweifel lautwerden zu lassen, die er hinsichtlich der Droge oder des Verfahrens etwa noch hat. Dies ist die letzte Gelegenheit, allgemeine oder spezifische Fragen zu beantworten und alle Mißverständnisse oder Halbwahrheiten zu berichtigen, die der Klient vielleicht aus Sensationsmeldungen oder manchmal auch aus der Fachliteratur aufgeschnappt hat. Von diesen letzteren sind am wichtigsten die Vorstellungen, daß der LSD-Zustand eine »Modell-Schizophrenie« sei und daß LSD eine Psychose verursachen oder auslösen könne, die Frage der anhaltenden Reaktionen und »Rückblenden«, die Gefahr organischer Gehirnschäden und der möglichen nachteiligen Einflüsse auf Chromosomenstruktur und Erbanlagen.

Die Theorie von der »Modell-Psychose« haben wir schon erörtert; sie ist überholt und wurde durch eine Auffassung des LSD als eines Katalysators oder Verstärkers innerer Zustände ersetzt. Daß manchmal nach einer Sitzung vorübergehend ein psychotischer Zustand eintritt, ist ein Risiko der LSD-Therapie selbst unter beaufsichtigten Bedingungen. Dies kommt jedoch bei beaufsichtigten LSD-Sitzungen sehr selten und nur bei Menschen mit schweren emotionalen Problemen und Borderline-Symptomen vor. Der psychotische Zustand wird hier nicht durch die Droge geschaffen, sondern durch das nach außen dringende tiefunbewußte Material. Die Aktivierung und Bewußtwerdung einer großen Menge solchen Materials kann ein klinisches Problem darstellen; zugleich aber bietet sie, wenn richtig aufgefaßt und behandelt, eine Möglichkeit zu therapeutischen Änderungen. In einem späteren Abschnitt werden wir noch eingehend auf die Mechanismen der anhaltenden Reaktionen zu sprechen kommen, auf die »Rückblenden«, die psychotischen Dekompensationen nach LSD-Einnahme und auf manche Gesichtspunkte bei der Durchführung der Sitzungen, die es erlauben, diese Gefahren möglichst gering zu halten.

Die einzige ernsthafte und unbestreitbare somatische Gefahr bei psychedelischen Sitzungen ist die Belastung des kardiovaskularen Systems durch die heftigen Emotionen und physischen Anspannungen, die das LSD typischerweise auslöst. Das Risiko ist zu eliminieren, wenn man die Kandidaten sorgfältig auswählt und nicht mit Personen arbeitet, die in der Vergangenheit an myokardialen Infarkten, Herzversagen, maligner Hypertension, schwerer Arteriosklerose, Neigung zu Gehirnblutungen und ähnlichen Zuständen gelitten haben. Auch die Disposition zu epileptischen Anfällen kann eine Gegenindikation zu psychedelischer Therapie sein, sofern eine gut ausgestattete Apotheke nicht unmittelbar verfügbar ist. Bei Personen mit Disposition zur Epilepsie kann LSD manchmal eine ganze Reihe von Anfällen oder einen *status epilepticus* auslösen, der außerhalb einer medizinischen Einrichtung sehr schwer kontrollierbar sein kann.

Es gibt keine Anzeichen dafür, daß pharmazeutisch reines LSD in Dosierungen, wie sie in der Psychotherapie angewendet werden (50-1500 Mikrogramm), organische Gehirnschäden hervorruft. Gelegentliche Andeutungen in der Fachliteratur, daß dies möglich wäre, beruhten auf zwei Beobachtungen. Die erste betraf das häufige Auftreten von Tremores, Zuckungen und starken Verrenkungen bei den Teilnehmern an LSD-Sitzungen. Diese motorischen Erscheinungen sind auch bei Personen ohne Disposition zur Epilepsie zu beobachten, und sie haben eine gewisse Ähnlichkeit mit Symptomen, die bei mancherlei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems auftreten. Nach klinischen Beobachtungen aus der LSD-Psychotherapie bezeichnen sie das Freiwerden und die Abfuhr tiefer, aufgestauter Energien beim emotionalen Abreagieren und sind von großer therapeutischer Kraft. Die augenfälligsten motorischen Abreaktionen dieser Art treten in Zusammenhang mit dem Todes- und Wiedergeburtsvorgang auf. Sie lassen meist nach oder verschwinden, wenn der Klient über die perinatale Ebene hinausgeht, obwohl inzwischen die Gesamtmenge der aufgenommenen Droge viel höher ist als zur Zeit ihres ersten Auftretens. Auch die hohe individuelle Variabilität und das Fehlen einer direkten Relation zwischen Dosis und Wirkung sprechen stark gegen die Annahme einer organischen Grundlage für die motorischen Erscheinungen in LSD-Sitzungen. Überhaupt haben Tests an LSD-Patienten in verschiedenen Stadien psycholytischer Sitzungsreihen keinerlei Hinweise auf Gehirnschäden ergeben, auch nicht in Fällen, wo die Gesamtzahl der Sitzungen nahe bei hundert lag. Die bei diesen Tests angewandten Techniken waren die der neurologischen Grunduntersuchung, Elektroenzephalographie und psychologische Tests, wie sie zur Erkennung organischer Hirnschäden in der klinischen Praxis üblich sind.

Die zweite Beobachtung, die von manchen Autoren als Hinweis auf Hirnschäden gedeutet wurde, war das Auftreten gewisser erkennbarer Persönlichkeitsveränderungen. Zu den Merkmalen gehören Verlust des Ehrgeizes, »Aussteigen« aus der Schule, Auffälligkeiten des Äußeren wie langes Haar, Bart und ungewöhnliche Kleidung, hygienische Nachlässigkeit, Abstandnehmen von einer rationalen Orientierung und Hinwendung zu philosophischen und religiösen Fragen. Die genauere Analyse dieser »Hippie-Persönlichkeit« macht aber deutlich, daß sie nicht allein durch die Einnahme psychedelischer Stoffe zustande gekommen ist. Dies ist eine vielschichtige Zeiterscheinung, an der soziopolitische Faktoren und Elemente einer Jugendrevolte stark beteiligt sind, die aus der tiefer werdenden Kluft zwischen den Generationen erwächst. In unserer Patientenpopulation war deutlich zu erkennen, daß tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen, einschließlich philosophischer und spiritueller Wandlungen, auch ohne die äußeren Merkmale auftreten können, welche die Hippie-Persönlichkeit charakterisieren. Wer die Persönlichkeitsveränderungen amerikanischer »LSD-Nehmer« mit organischen Gehirnerkrankungen wie den präfrontalen Tumoren vergleicht, beweist ein gründliches Mißverständnis der einschlägigen Probleme. Die schlechte Qualität des auf den Straßen zumeist gehandelten LSD und die Tatsache, daß die psychedelische Szene und der Personenkreis, der Amphetamine, Barbiturate, Phenzyklidine, STP und andere Drogen einnimmt,

einander überlappen, weckt außerdem starke Zweifel, ob es überhaupt möglich ist, aus Beobachtungen zum nichtmedizinischen Gebrauch der sogenannten »Straßensäure« irgendwelche Schlüsse auf das LSD zu ziehen.

Leider haben die negativen Sensationsmeldungen in bezug auf LSD und andere Psychedelika nicht nur die Einstellungen der breiten Öffentlichkeit, der Erzieher und des Gesetzgebers, sondern auch die Meinungen vieler Fachleute beeinflusst. Die allgemeine Hysterie und die Schlagzeilen der Massenpresse in den 60er Jahren machten den Psychiatern und Psychologen mehr Eindruck als die Ergebnisse klinischer Untersuchungen, welche die relative Unschädlichkeit des LSD bei Einnahme unter verantwortlicher Aufsicht zeigten. Viele Urteile, die von Fachleuten über die Droge verlaubar wurden, waren daher eher Bekundungen starker emotionaler Vorurteile als solider wissenschaftlicher Informiertheit. Dies illustriert am besten die Tatsache, daß unter den Psychiatern, welche die schärfsten Einwände gegen die therapeutische Anwendung des LSD vorbrachten, weil es unauffällige, mit unseren heutigen Methoden noch nicht erkennbare Gehirnschäden hervorrufen könne, einige waren, die keine Bedenken hatten, Patienten zur präfrontalen Lobotomie¹ zu empfehlen.

Das letzte Gebiet, das wir hier erwähnen müssen, ist der Fragenkomplex einer möglichen LSD-Einwirkung auf die Chromosomen, die fötale Entwicklung und die Erbanlagen. Die Öffentlichkeit ist durch die Sensationsberichte so gründlich programmiert worden, daß dieses Thema in den vorbereitenden Besprechungen fast unvermeidlich auftaucht. Das Problem ist von größter Bedeutung für die psychedelische Therapie und ihre Zukunft; in einem der Anhänge zu diesem Buch haben wir eine kritische Übersicht über mehr als einhundert wissenschaftliche Arbeiten zu dieser Frage gegeben.* Hier will ich nur kurz meine eigene Meinung zusammenfassen, die auf zwanzig Jahren klinischer Erfahrung und gründlicher Kenntnis der vorliegenden Fachveröffentlichungen beruht. Es scheint keinerlei Anzeichen dafür zu geben, daß die Einnahme von pharmazeutisch reinem LSD irgendeinen besonders nachteiligen Einfluß auf die Chromosomen oder Erbanlagen hat. Einer schwangeren Frau sollte man LSD jedoch nicht geben, weil es die Gefahr einer Frühgeburt erhöht und möglicherweise die Entwicklung des Feten stört.

* The Effects of LSD on Chromosomes, Genetic Mutation, Fetal Development and Malignancy – ein Anhang zu der amerikanischen Originalausgabe dieses Buches.

LSD ist also anscheinend eine biologisch ganz unschädliche Substanz, wenn wir Personen mit schweren kardiovaskularen Problemen und schwangere Frauen aussondern und bei Prädisposition zu epileptischen Anfällen mit Vorsicht zu Werke gehen. Alle weiteren Gefahren scheinen psychologischer Natur zu sein; sie wohnen zum großen Teil nicht der Droge als solcher inne, sondern sind bedingt durch einen Komplex außerpharmakologischer Faktoren wie die Persönlichkeit dessen, der LSD einnimmt, Erwartungsrahmen und Situation der Einnahme und die spezifischen Behandlungstechniken bei diesem Vorgang. Die wichtigsten Aspekte dieses Problems werden in anderen Teilen dieses Buches eingehend erörtert.

Nachdem alle Befürchtungen, Zweifel und Bedenken des Klienten besprochen sind, sollte der Therapeut klarstellen, was die Droge nach seiner Auffassung bewirkt und welches die therapeutischen Möglichkeiten eines solchen Erlebnisses sind. Wichtig ist die Aussage, daß LSD ein Katalysator oder Verstärker innerer Vorgänge ist, ein Werkzeug zur gründlichen Selbsterforschung. Es reißt denjenigen, der es einnimmt, nicht fort in eine fremde Welt der »toxischen Psychose« oder in »chemische Phantasmagorien«, sondern verhilft zu einer abenteuerlichen Reise durch die verborgenen Zonen des eigenen Unbewußten und in die Reiche, die man am besten als die des Überbewußten bezeichnet.

In den ersten Jahren der LSD-Forschung nannte man die psychedelischen Sitzungen kurzerhand »experimentelle Psychosen«, sogar dann, wenn sie zu therapeutischen Zwecken durchgeführt wurden. Termini und Metaphern dieser Art müssen vermieden werden, denn sie sind nicht nur wissenschaftlich unzutreffend, sondern bringen auch die Gefahr einer stark negativen Erwartungshaltung mit sich. Anwandlungen von Angst, Aggressivität, Mißtrauen und anderen schwierigen Emotionen werden von einem so vorbereiteten Klienten leicht als Zeichen für die »psychotomimetische« Wirkung der Droge gedeutet, statt als kostbare Gelegenheiten, Problembereiche im eigenen Innern angehen und durcharbeiten zu können. Außerdem klingt in der Erwähnung der Schizophrenie oder Psychose der beängstigende Gedanke an, man könnte ein für allemal den Verstand verlieren. Treffender und hilfreicher sind Metaphern wie die von einem »innerseelischen Film«, einer »lebhaften Phantasie« oder einem »Wachtraum«. Besonders nützlich ist es, den Kandidaten daran zu erinnern, daß wir alle im Schlaf Episoden ungewöhnlicher Bewußtseinszustände erleben, in denen wir Dinge, die in der Erscheinungswelt nicht existieren, auf das lebhafteste sehen, hören, tasten, riechen oder empfinden können. Dieser Hinweis auf die Träume dient zugleich zur Betonung der Tatsache, daß nicht alle Erscheinungen, die vom alltäglichen Erleben der Realität und der gewohnten Logik der Dinge abweichen, notwendig Wahnsinn bedeuten.

Eine andere wichtige Aufgabe der Vorbereitung ist es, den Klienten kurz über die Reichweite der Erlebnisse zu unterrichten, die während der Sitzung auftreten können. Er muß unter anderem gefaßt sein auf Veränderungen mancher Sinneswahrnehmungen, auf das Nacherleben emotional bedeutsamer Episoden aus seiner Kindheit, auf Empfindungen, die im Zusammenhang mit Krankheiten oder Operationen stehen, auf Elemente des Todes- und Wiedergeburtsvorgangs und auf mancherlei transpersonale Erscheinungen. Da vieles von all dem den Rahmen des Gewohnten sprengt, hält man den Klienten besser dazu an, während der Sitzungen auf eine intellektuelle Analyse zu verzichten und sich auf das Erleben als solches zu konzentrieren; andernfalls kann der Verstand zu einem mächtigen Hindernis bei der Erkundung neuer Erfahrungsbereiche werden. Auch die Intensität der psychedelischen Zustände sollte angesprochen werden; der Klient sollte darauf gefaßt sein, daß die Dimensionen dieses Erlebens voraussichtlich alles überschreiten werden, was er kennt oder sich im gewöhnlichen Bewußtseinszustand auch nur vorzustellen vermag. Obwohl sich die Intensität des Erlebens unter dem Einfluß einer hohen Dosis LSD in Worten nicht hinlänglich vermitteln läßt, kann ein solcher Hinweis dem Klienten doch Schrecken und Panik während der Sitzung ersparen.

Situationen, die in LSD-Sitzungen am häufigsten zu Schwierigkeiten führen, sollten unbedingt im voraus besprochen werden. Die erste ist das *Erlebnis, zu sterben*, das manchmal so dramatisch, realistisch und überzeugend ist, daß der Klient es leicht mit einer echten Lebensgefahr verwechseln kann. Dies gilt besonders für die Begegnung mit dem Tod auf der perinatalen Ebene; hier können viele starke biologische Signale auftreten, die nicht nur den Klienten selbst, sondern auch einen unerfahrenen Beisitzer unruhigen werden. Drastische Verfärbungen, anfallsartige motorische Aktivität, stoßweises Erbrechen, schneller und schwacher Puls und Schweißausbrüche, die das Todeserlebnis begleiten, können als sehr überzeugende Hinweise auf eine physische Krise wirken und dazu beitragen, daß deren symbolischer Charakter verkannt wird. In anderer Form vollzieht sich die Begegnung mit dem Tod auf der transpersonalen Ebene. Hier fehlt gewöhnlich der starke biologische Akzent und sie hat nicht die Form eines heftigen, lebensbedrohenden Anfalls. Der Schwerpunkt liegt vielmehr auf dem Spannungsverhältnis zwischen dem Verhaftetsein in der Welt und dem Wunsch, sie zu verlassen. Sie ist ein eher subtiler Prozeß und hat meist den Charakter einer relativ freien Entschließung. Was in den Sitzungen Probleme bereitet und mit dem Klienten vorher besprochen werden muß, ist hauptsächlich die perinatale Todesbegegnung. Es ist wichtig, dem Klienten klarzumachen, daß das perinatale Todeserlebnis im Zusammenhang eines

Todes- und Wiedergeburtsvorgangs auftritt und daß auf das vollkommene Nachgeben immer ein Gefühl der Befreiung folgt, während jedes Sichsträuben das Leiden nur verlängert.

Ein zweites häufiges Problem in LSD-Sitzungen erwächst aus dem *Gefühl, das Erlebnis werde nie enden, oder dauernder Wahnsinn stehe bevor*. Ein Sonderfall ist das schon beschriebene Gefühl der Ausweglosigkeit. Es ist von größter Bedeutung für den Klienten, zu wissen, daß der kürzeste Ausweg aus diesem Zustand darin liegt, den Inhalt des Erlebnisses anzunehmen. Urteile über das Ergebnis der Sitzung, solange diese noch im Gange ist, sollten niemals als endgültige Einschätzungen oder Voraussagen aufgefaßt, sondern als Teil des Erlebens behandelt werden. Gerade das Sichabfinden damit, daß man in der Hölle bleiben wird, führt also paradoxerweise zum Ausgang, und gerade die vollkommene Unterwerfung unter den ewigen Wahnsinn führt im nächsten Schritt zu höherer Vernunft. Wie im Falle des Todeserlebens, das oft in Begleitung der Psychoseangst auftritt, bewirkt das Ankämpfen gegen das Gespenst drohenden Unheils und Wahnsinns nur eine Verlängerung des unangenehmen Zustands und hält den Klienten in dessen Einflußphäre fest.

Ein dritter, sehr häufiger Grund für panische Ängste ist die *Befürchtung, homosexuell zu werden*. Sie wird gewöhnlich eingeleitet durch Gefühle einer sehr echten Identifizierung mit einer Person des anderen Geschlechts. Ein Mann kann so nicht nur ein ganz authentisches weibliches Körperschema verspüren, sondern auch sehr überzeugend erleben, wie einer Frau in der Schwangerschaft, bei der Geburt eines Kindes, beim vaginalen oder klitoralen Orgasmus zumute ist. Das entsprechende Erlebnis bei Frauen ist seltener und geht gewöhnlich nicht bis zu dem Gefühl, einen männlichen Körper zu haben; es bleibt auf ein Gefühl für die psychologischen Eigenschaften eines Mannes beschränkt. Es ist notwendig, dem Klienten zu versichern, daß dies eine einzigartige Gelegenheit sei, zur Erlebenswelt des anderen Geschlechtes einen Zugang zu finden. Gewöhnlich wird dadurch der Sinn für die eigene Geschlechtsidentität eher gestärkt, als daß es zu Homosexualität führen würde. Ein anderer Grund für die Homosexualitätsfurcht kann ein plötzliches Gefühl physischen Angezogeneins von einem Beisitzer des gleichen Geschlechts sein. Dies ist gewöhnlich als Übertragung frühkindlicher sinnlicher Empfindungen für den gleichgeschlechtlichen Elternteil zu deuten. Der tiefste Grund für eine Homosexualitätspanik ist bei männlichen Klienten anscheinend das Auftauchen angst-erweckender Geburtserinnerungen; dabei erscheint dem Klienten die Vagina als ein mörderisches Organ, und er kann sich nicht vorstellen, daß er sie je wieder als einen Ort der Lust ansehen werde.

Auch verschiedene Körperempfindungen, die in LSD-Sitzungen auftreten, sind hier zu erwähnen. Sie werden manchmal heftig genug, um ein echtes Problem darzustellen. Es ist wichtig, dem Klienten deutlich zu machen, daß LSD in den für psychotherapeutische Zwecke üblichen Dosierungen keinerlei somatische Symptome einfach aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften hervorruft. Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, verschiedene Muskelschmerzen, Atemnot, schmerzhafte Krämpfe im Uterus oder im Verdauungstrakt, erhöhte motorische Aktivität und andere körperliche Erscheinungen in LSD-Sitzungen sind immer psychosomatischer Natur. Sie sind mit wichtigen psychischen Inhalten verknüpft, und sie voll zu durchleben, ist von großem therapeutischem Wert.

In jeder Vorbereitung auf eine psychedelische Sitzung sollte auch über die Möglichkeit gesprochen werden, daß der Klient zu irgendeiner Zeit eine *Krise des Grundvertrauens* erleben kann, gleichgültig, wie gut die therapeutische Beziehung vor der Sitzung erschienen sein mag. Von den Hauptmerkmalen einer solchen Krise war schon an früherer Stelle die Rede. Man muß den Klienten auf diese Möglichkeit gefaßt machen und ihm einschärfen, die Gründe für sein Mißtrauen zunächst einmal in sich selbst zu suchen, ehe er seinen Argwohn auf die äußeren Umstände richtet. Natürlich ist es vernünftiger

anzunehmen, daß sich die eigene Wahrnehmungsweise unter dem Einfluß der starken psychoaktiven Droge verändert hat, als zu vermuten, daß sich binnen einer halben Stunde eine krasse und unerwartete Änderung in den äußeren Umständen oder in der Persönlichkeit der Besitzer vollzogen haben könnte. Schon die Tatsache, daß die Möglichkeit einer Vertrauenskrise im voraus besprochen worden ist, hilft gewöhnlich, sie im Falle ihres tatsächlichen Eintretens zu mildern.

Eine Grundregel von höchster Bedeutung ist es in der LSD-Psychotherapie, das Erleben auf die inneren Vorgänge auszurichten. Da die psychedelische Erfahrung ein Prozeß der Selbsterforschung ist, eine Reise in die Tiefen des eigenen Innern, ist eine beharrlich introspektive Orientierung bei weitem die ergiebigste. Die Klienten werden daher gehalten, die meiste Zeit über mit geschlossenen Augen in einer bequemen Ruhelage zu bleiben; die beste technische Lösung ist hier die Verwendung weicher Augenschirme. Die Einwirkung allzu komplexer Reize aus der Umgebung, besonders wenn der Klient dabei umhergeht, viel redet und sich zu anderen gesellt, ist meist kontraproduktiv. Das Erleben wird dadurch auf einem oberflächlichen Niveau gehalten, und der Prozeß der Selbsterforschung wird gestört. Manchmal können jedoch ausdrucksstarke Tanzbewegungen sehr nützlich sein, wenn der Klient dabei die Augen geschlossen hält und die introspektive Verbindung zu den inneren Vorgängen nicht verliert.

Ich möchte nicht bestreiten, daß auch psychedelische Erfahrungen wertvoll sein können, bei denen der Einzelne sich auf seine Umgebung ausrichtet. Die Droge kann alle Sinne in einem außerordentlichen Maße schärfen und empfänglich machen, so daß der Klient die Welt in vollkommen neuer Weise wahrzunehmen vermag. Die daraus erwachsende ästhetische, emotionale und spirituelle Anteilnahme an der Umwelt kann ein sehr tiefgründiges und vielsagendes Erlebnis gewähren, besonders dann, wenn man sich in einer schönen natürlichen Szenerie befindet. Ein nach außen gewendetes psychedelisches Erlebnis im Gebirge, am Meer, im Walde oder auch nur im eigenen Gärtchen kann zu etwas Unvergänglichem werden. Wer jedoch zu diesem Zweck LSD nimmt, sollte im niederen Dosierungsbereich, unter 100 Mikrogramm, bleiben. Bei höherer Dosierung werden oft bedeutsame Inhalte des Unbewußten aktiviert und zutage gebracht, die den Eindruck der Umgebung verzerren können. Und wenn jemand LSD in einer komplexen physischen und sozialen Situation einnimmt, so verschmelzen die ihn berührenden psychologischen Elemente mit den äußeren Sinnesreizen zu einem unauflöslichen Amalgam, welches die auftauchenden persönlichen Bewußtseinsinhalte verdunkelt. Unter solchen Bedingungen wird der LSD-Zustand zu einem unverständlichen Gemisch innerer und äußerer Eindrücke, und folglich führen solche Situationen meist nicht zu einer sehr ergiebigen Introspektion. Sitzungen mit höherer Dosis, die der Entwicklung der Persönlichkeit, dem Durcharbeiten emotionaler Probleme oder einer philosophischen oder mystischen Suche dienen, sollten daher nach innen gewendet bleiben.

Ein noch wichtigerer Gesichtspunkt für die Ausrichtung auf die inneren Vorgänge ist die Vermeidung von Risiken. Das Verhältnis der möglichen Gewinne zu den Risiken ist bei introspektiven Sitzungen in einer geschützten Situation sehr viel günstiger als bei den nach außen gerichteten Erlebnissen, die viele Menschen in der Subkultur herbeiführen. Um ein gutes Sitzungsergebnis zu erzielen, kommt es darauf an, zwischen der Lockerung der psychischen Abwehrmechanismen und dem wirksamen Durcharbeiten des aus dem Unbewußten auftauchenden Materials ein Gleichgewicht zu halten. Was auch für Inhalte frei geworden sein mögen, die mit ihnen verbundene Energie muß zur Peripherie hingelenkt werden. Größtmögliches Gewahrsein des inneren Vorgangs und dessen uneingeschränkter emotionaler, sinnlicher und körperlicher Ausdruck ist für eine gute Verarbeitung des LSD-Erlebens von höchster Bedeutung. Sitzungen, in denen die Droge Zonen mit schwierigen emotionalen Inhalten aktiviert und der Klient alsdann die Beschäftigung mit ihnen zu vermeiden sucht, können zu anhaltenden Reaktionen führen, zu unzureichender Verarbeitung, späteren emotionalen oder psychosomatischen Restproblemen oder zu einem prekären inneren Gleichgewicht, aus dem die späteren »Rückblenden« entstehen.

Angesichts all dieser Erfahrungen wird in der Vorbereitungsphase viel Wert darauf gelegt, dem Klienten zu erklären, wie wichtig es für ihn ist, während der LSD-Sitzung liegenzubleiben, die Augenschirme und Kopfhörer aufzubehalten und sich allem, was auftaucht, zu stellen und ihm nachzugeben. Die meisten Behandlungsprobleme ergeben sich in den Sitzungen dann, wenn der Klient sein Erleben nicht als einen inneren Vorgang auffaßt, sondern die auftauchenden Inhalte seines Unbewußten auf die Beisitzer und die Behandlungssituation projiziert. Diese Haltung wirkt als ein mächtiger Abwehrmechanismus und als ein starkes Hindernis für den therapeutischen Fortschritt. Statt sich dem Problem in seiner inneren Welt zu stellen, wo es erkannt und gelöst werden kann, schafft der Klient eine pseudoreale Situation, indem er es projiziert und seine Aufmerksamkeit auf die Beeinflussung der Außenwelt hinlenkt. Solche kontraproduktiven Situationen zu verhindern, ist eine Hauptaufgabe der Beisitzer; und dazu ist während der Vorbereitung mit detaillierter Beschreibung und Erklärung der Grundregeln der Anfang zu machen.

Noch ein weiterer wichtiger Aspekt der psychedelischen Therapie sollte mit dem Patienten ziemlich eingehend besprochen werden. In der Medizin und in der herkömmlichen Psychiatrie wird stillschweigend als Regel angenommen, daß das Ausmaß der Besserung in einer gelungenen Behandlung der Zahl der therapeutischen Eingriffe oder der Behandlungsdauer direkt proportional sein sollte. In der psychedelischen wie auch in anderen Formen aufdeckender Therapien, die auf Lösung eines Problems statt auf Linderung von Symptomen abzielen, ist dies nicht notwendig richtig. Hier kann es vorkommen, daß die Symptome nach manchen Sitzungen zeitweilig verstärkt auftreten, oftmals gerade vor einem wesentlichen therapeutischen Durchbruch. In der Vorbereitung sollte klargestellt werden, daß kein Mißerfolg der LSD-Therapie darin zu sehen ist, wenn es dem Klienten nach einer bestimmten Sitzung schlechtergeht. Dies ist dann einfach eine Folge der Tatsache, daß in der Sitzung wichtiges unbewußtes Material aktiviert, aber nicht aufgelöst wurde. Wenn man die zeitweilige Verschlechterung gestaltpsychologisch als eine »unerledigte Situation« auffaßt, so wird man dem Patienten helfen können, die schwierige Zeit zwischen den Sitzungen zu erdulden, sie konstruktiv auszufüllen und hinsichtlich eines guten Ausgangs der Behandlung optimistisch zu bleiben.

Bevor ich zur Beschreibung der eigentlichen Methodik komme, nach der LSD-Sitzungen durchgeführt werden, möchte ich kurz noch auf einige Erfahrungen aus meinen europäischen Studien zur psycholytischen Therapie eingehen. Diese mögen einigen später zu erklärenden Prinzipien als empirische und theoretische Rechtfertigung dienen. Während der psycholytischen Therapie zeigte der klinische Zustand der Patienten in den Perioden zwischen den LSD-Sitzungen erhebliche Schwankungen in beiden Richtungen. Nach manchen Sitzungen waren die klinischen Symptome gelindert oder sogar verschwunden, und die Patienten fühlten sich »geheilt«, konflikt- und problemlos, bereit, ein völlig neues Kapitel ihres Lebens anzufangen. Nach anderen Sitzungen war der klinische Zustand im Vergleich zur Zeit vor der Sitzung augenfällig verschlechtert. Manchmal verschärften sich nach einer schlecht aufgelösten Sitzung die anfänglichen Symptome, manchmal traten auch ganz neue und unerwartete psychopathologische Formen auf. In einzelnen Fällen erlebten wir bei Borderline-Patienten anhaltende Reaktionen oder zeitweilige psychotische Dekompensationen. In mehreren Fällen kam es bei Patienten mit sehr düsterer Prognose zu einer auffälligen klinischen Besserung, aber die Fortsetzung der LSD-Behandlung, welche die Resultate stabilisieren sollte, eröffnete vielmehr neue Problembereiche.

Obwohl eine allgemeine Tendenz besteht, daß das LSD-Erleben und die Lebensbewältigung mit zunehmender Zahl der Sitzungen besser werden, scheint es doch unmöglich, alle Konflikt- und Problembereiche zu eliminieren. Die Art der Probleme wechselt jedoch. Den psychodynamischen, autobiographisch determinierten Problemen folgen Aspekte des Todes- und Wiedergeburtprozesses und schließlich transpersonale Elemente. In einem sehr allgemeinen Sinne und mit manchen Vorbehalten kann man von einer

»Freudschen«, einer »Rankschen« und einer »Jungschen« Phase der psychedelischen Therapie sprechen. Wir müssen jedoch betonen, daß die Abfolge dieser Phasen nicht unbedingt linear ist und daß die individuellen Formen ihrer Entfaltung sehr verschieden sein können. Wenn wir jedoch eine große Anzahl Protokolle von LSD-Sitzungsreihen statistisch betrachten, so tritt das biographische Material meist in den ersten Sitzungen auf; das Todes- und Wiedergeburtserleben beherrscht den mittleren Abschnitt der Therapie; und die späteren Sitzungen sind von überwiegend metaphysischem und philosophischem Charakter. In jeder dieser Phasen scheint die Möglichkeit zu bestehen, daß eine bestimmte Sitzung zu einem negativen Ergebnis mit nachteiligen Folgen für den klinischen Zustand führt.

Die rückblickende Analyse der Protokolle von psycholytischen Behandlungen zeigt, daß die guten, symptomfreien Intervalle gewöhnlich auf Sitzungen folgten, in denen größere Teilauflösungen gelingen. Die Schlußphasen dieser Sitzungen waren gekennzeichnet durch spannungsfreies, angenehmes oder sogar ekstatisches Erleben des Hier-und-Jetzt. In diesem Zustand gab es keine unangenehmen physischen oder emotionalen Symptome und keine Präokkupation mit Vergangenheit oder Zukunft, nur das Gefühl zu *sein* mit gesteigerter sensorischer Empfänglichkeit für den gegenwärtigen Augenblick. Das Erreichen eines solchen Zustandes sollte das Idealziel jeder psychedelischen Erfahrung sein. Da das positive Ergebnis einer LSD-Sitzung offenbar mit guter Auflösung des aktivierten unbewußten Materials und mit einer angenehmen Schlußphase der Sitzung zusammenhängt, sollten die Beisitzer dann, wenn die pharmakologische Drogenwirkung abklingt, sich aktiv bemühen, einen gelungenen Abschluß der Erlebnisse zu fördern.

Die Erfahrungen aus der psycholytischen Therapie geben wichtige Hinweise darauf, wie dies am besten geschehen kann. Spontanes Erleben einer spannungsfreien, ozeanischen Ekstase ist in psychedelischen Sitzungen mit Visionen herrlicher Landschaften an klaren Gewässern, ruhigen Meeren, auf tropischen Inseln, blühenden Wiesen, in üppigen Wäldern, unter blauem oder sternbesätem Himmel verbunden. Ebenso häufig sind in diesem Zusammenhang Begegnungen mit Kunstgebilden höchsten ästhetischen Ranges – Visionen schöner Tempel, Skulpturen oder Gemälde und Halluzinationen begeistern der Musik. Dieses Erleben trägt in der Regel einen deutlich spirituellen und mystischen Akzent, was sich typischerweise als ein Bezaubertsein von den Geheimnissen der Natur und den schöpferischen Kräften des Universums äußert; allerdings sind archetypische Symbole aus den Religionen und Mythologien verschiedener Kulturen ebenso häufig. Manche Patienten berichten auch sehr überzeugend vom Erleben des guten Mutterschoßes und der guten Mutterbrust und von Episoden, in denen sie ideale mütterliche Fürsorge, Liebe und Freundschaft genossen.

Viele dieser Elemente, die während ekstatischer Episoden in LSD-Sitzungen spontan auftreten, werden von psychedelischen und anaklitischen Therapeuten routinemäßig zur Förderung positiver Erlebnisse ausgenützt. Spaziergänge in einer natürlichen Umgebung, Gegenstände, in denen der schöpferische Reichtum der Natur Ausdruck findet, schöne Kunstwerke, symbolische Gemälde aus den sakralen Traditionen, Statuen mit einer Beziehung zu spirituellen Übungen, Lesungen aus sakralen Texten sowie Körperkontakt sind hier als hervorstechende Beispiele zu nennen. Obwohl sich der positive Einfluß dieser Faktoren empirisch herausgestellt hat, läßt sich ihre Heranziehung auch theoretisch rechtfertigen. Ihre ungewöhnliche Wirksamkeit wäre zu erklären aus einer unbewußten Verknüpfung der ozeanischen Ekstase mit dem Erleben von Naturschönheiten, inspirierten Kunstgebilden, spirituellen Gestimmtheiten und beglückenden menschlichen Beziehungen. Manche dieser Elemente und Gesichtspunkte sollten in ein allgemeines Programm der LSD-Therapie aufgenommen werden; sie begünstigen das Auftreten positiver Erlebnisse während der psychedelischen Sitzungen und besonders in deren Schlußphasen. Die psychedelische Behandlung gewinnt durch sie an Sinn, Wirkung und therapeutischen Möglichkeiten.

4.2 Die psychedelischen Sitzungen

Im folgenden will ich die wichtigsten Merkmale dessen angeben, was mir nach meinen klinischen Erfahrungen mit der psychedelischen Therapie als die ideale Behandlungssituation erscheint. Natürlich entspricht die Praxis selten allen diesen Idealvorstellungen, und die LSD-Therapeuten müssen mit besseren oder schlechteren Kompromißlösungen zufrieden sein. Im Idealfall sollten LSD-Sitzungen in Behandlungsräumen oder einem Gebäudeteil stattfinden, die speziell für sie eingerichtet sind. Die Räume sollten sich zu ebener Erde befinden, vom übrigen Gebäude isoliert sein und einen eigenen Eingang haben. Eine kleine Küche und ein leicht erreichbares Badezimmer würden es den Therapeuten erleichtern, den ganzen Tag lang ohne ungelegene Unterbrechungen beim Patienten zu bleiben und sich im günstigsten Moment zu einem Imbiß oder einer Ruhepause zurückzuziehen. Wichtig ist, daß der Patient das Badezimmer schnell erreichen kann, ohne mit der Außenwelt in Berührung zu kommen und sich komplexeren sozialen Situationen ausgesetzt zu sehen. Episoden des Abreagierens machen es in den Sitzungen manchmal erforderlich, den Patienten zum Lärmen zu ermutigen, etwa zum Schreien, Knurren oder zum Hämmern an die Wände, was sich für andere Patienten oder für Besucher recht beunruhigend anhören kann. Hinreichende Vorkehrungen für solche Situationen sollten getroffen werden, damit sich Therapeuten und Patienten nicht durch äußere Rücksichten eingeengt fühlen und der Dynamik des Prozesses in vollem Umfang nachgeben können. Sofern sich die Behandlungsräume nicht in einem kleinen, gesonderten Gebäude, sondern in einem größeren Komplex befinden, muß für ausreichende Schallisolierung gesorgt sein.

Das Behandlungszimmer sollte wie ein Wohnraum eingerichtet sein, mit bequemen Möbeln und geschmackvollen Tapeten. Weich gerundete und gepolsterte Möbel verdienen den Vorzug vor solchen mit scharfen Kanten und harten, metallischen Oberflächen. Dies vermittelt nicht nur dem Patienten ein Gefühl des Behagens und der Geborgenheit, sondern kann auch in den lebhafteren Episoden mancher Sitzungen, in denen sich der Patient körperlich bewegt oder psychodramatische Kämpfe ausgetragen werden, einen wichtigen Sicherheitsfaktor darstellen. Schnitt- oder Topfblumen, eine Schale mit Nüssen, frischem und getrocknetem Obst, eine Sammlung anregender Bilder und Kunstbände, allerlei schöne natürliche Gegenstände wie Muscheln und Steine sind im Lauf der Jahre zu selbstverständlichen Teilen unserer Behandlungseinrichtung geworden. Auch Musik gehört wesentlich mit zu einer psychedelischen Behandlung, und ein guter Stereo-Plattenspieler, ein Tonbandgerät, Kopfhörer und eine ergiebige Sammlung von Bändern und Platten guter Qualität sollten immer greifbar sein.

Wenn möglich, sollte die Behandlungseinrichtung in einer reizvollen natürlichen Umgebung gelegen sein. In den ersten vier, fünf Stunden der Sitzung, solange der Patient die Augenschirme und Kopfhörer aufbehält, kommt diese zwar kaum zur Geltung, um so mehr aber in der Schlußphase der Sitzung. Das psychedelische Erleben bringt den Klienten gewöhnlich in engen Kontakt mit der Natur und steigert nachhaltig seine sinnliche Empfänglichkeit für die Welt; eine Begegnung mit den Schönheiten der Natur kann dabei zu einem unauslöschlichen ästhetischen und spirituellen Erlebnis werden. Dies trägt nicht nur erheblich zu einer guten Verarbeitung der Erfahrung bei, sondern verbindet auch die positiven Energien und Emotionen mit Elementen der Alltagswelt. Besonders das Wasser muß hier erwähnt werden; es gewinnt für viele Klienten im Lauf der Sitzung eine nahezu magische Bedeutung und kann zu einem positiven Ausgang erstaunlich viel beitragen. Ein Bad im Meer, in einem klaren See oder Bach kann in der Schlußphase einer LSD-Sitzung Wunder bewirken. Wo dieser Luxus nicht vorhanden ist, wird auch ein Schwimmbecken, eine Badewanne oder Dusche den gleichen Zweck erfüllen.

Es ist besser, mit einer LSD-Sitzung morgens anzufangen; wird die Droge erst am Nachmittag eingenommen, kann die Wirkung bis spät in die Nacht hinein anhalten, und der Klient wird vielleicht nicht gut schlafen. Die optimale Dosierung scheint für die meisten Klienten zwischen 200 und 400 Mikrogramm zu liegen. Sie hängt in erster Linie von der Art der psychischen Probleme ab, von der Persönlichkeitsstruktur des Einnehmenden und von physischen Gegebenheiten wie Alter und allgemeiner gesundheitlicher Verfassung. Relativ wenig scheint das Körpergewicht auszumachen; die Empfänglichkeit oder Resistenz gegen die Droge scheint hauptsächlich durch die psychischen Abwehrmechanismen bedingt. Es wurde schon gesagt, daß Patienten mit schweren Zwangsneurosen offenbar äußerst resistent, Menschen mit hysterischer Persönlichkeitsstruktur oder Symptomatologie dagegen äußerst empfänglich sind. Irgendwo zwischen 400 und 500 Mikrogramm scheint die Droge einen Sättigungspunkt zu erreichen; weitere Erhöhungen der Dosierung erzielen kaum mehr eine zusätzliche Wirkung. Es ist überhaupt sinnvoller, die spezifischen Abwehrmechanismen festzustellen und psychologisch zu beeinflussen, als mit einer »heroischen« Dosierung jede Abwehr niederbrechen zu wollen.

LSD erzielt bei den meisten Menschen die volle Wirkung nach oraler Einnahme, und die Verabfolgung durch eine Spritze hat wenig praktischen Sinn. Die geringfügige Verkürzung der Latenzperiode, die dies bewirkt, lohnt normalerweise nicht die Unannehmlichkeit des Spritzens und die Heranziehung eines so starken Elements aus der medizinischen Behandlungstradition. Bei manchen Patienten, zu deren klinischen Symptomen eine besondere Prädisposition zu Übelkeit und Erbrechen gehört, kann die intramuskuläre Injektion nützlich sein. Bei frühzeitigem Erbrechen wäre sonst ungewiß, wieviel LSD tatsächlich resorbiert wurde. Aus ähnlichen Gründen wurde die Injektion auch bei manchen Krebspatienten vorgenommen, bei denen der Grad der Resorption durch das von der Krankheit angegriffene gastrointestinale System unsicher gewesen wäre.

Allgemein scheint es vorteilhaft, vor einer LSD-Sitzung ein oder zwei Tage lang zu fasten. Die Wirkung des LSD wird dadurch oft potenziert, der Klient wird empfänglicher für ungewöhnliche Bewußtseinszustände, und die unangenehmen gastrointestinalen Symptome während der Sitzung, insbesondere Übelkeit und Erbrechen, werden verringert. Wenn der Klient nicht gefastet hat, sollte zumindest die folgende Kompromißlösung befolgt werden: Wir empfehlen gewöhnlich eine leichte Mahlzeit am Vorabend der Sitzung und nur Flüssigkeit (Milch, Tee oder Fruchtsäfte) zum Frühstück. Dadurch wird meist die Resorptionszeit verkürzt, und die Übelkeit tritt seltener auf.

Der Klient sollte leichte und bequeme Kleidung tragen; alle beengenden Kleidungsstücke und alle persönlichen Habseligkeiten, die gefährlich werden könnten, sollten vom Körper entfernt werden. Wenn dies nicht schon vor der Sitzung geschieht, wird der Patient vielleicht später darum bitten, oder es wird notwendig im Hinblick auf besondere Situationen. Es ist also am besten, wenn Gürtel, enge Büstenhalter oder Hosen, Uhren, Schmuckstücke, künstliche Gebisse, Brillen, Kontaktlinsen, Schlüssel, Taschenmesser und dergleichen gleich zu Anfang abgelegt werden.

Das LSD sollte ohne lange Verzögerung eingenommen werden, nach einer kurzen Einstimmung auf das »Hier-und-Jetzt«. Viele Patienten verraten große Aufregung, Bedenken oder Ängstlichkeit und haben vor der Sitzung nicht allzu gut geschlafen. Vor einer erstmaligen psychedelischen Sitzung ist dies recht häufig, aber auch bei erfahreneren Patienten ist es nicht ungewöhnlich. Es ist sinnvoll, kurz über die körperliche und emotionale Verfassung des Klienten zu sprechen und auf letzte Fragen einzugehen, die sich in der schlaflosen Nacht ergeben haben könnten. Allzuviel Verzögerung steigert aber meist nur die Angst, statt sie zu verringern. Die Drogenwirkung hinzunehmen, sobald sie einmal einsetzt, ist für gewöhnlich leichter, als all die vorherigen Phantasien zu ertragen, wie es wohl sein werde.

Nach der Einnahme des LSD kommt eine Latenzperiode von 20 bis 40 Minuten, ehe die Droge zu wirken beginnt. Die Dauer ist im einzelnen abhängig von der Form der Verabreichung, von der Menge des Mageninhalts, sofern die Droge oral genommen wird, und von der Stärke der psychischen Abwehrmechanismen. Die Zeit vor Einsetzen der Wirkung kann mit Meditation zugebracht werden, mit Anhören leiser Musik oder mit entspannten Gesprächen. Manchmal ist es auch interessant, in einem Familienalbum zu blättern und die Bilder der engsten Angehörigen zu betrachten, wenn man daraus tiefere Einsichten gewinnen und an seinen Beziehungen zu ihnen etwas tun möchte.

Sobald der Patient die Wirkung der Droge zu spüren beginnt, fordern wir ihn auf, sich auf die Couch zu legen und die Augenschirme aufzusetzen. Dies hilft ihm, sich auf die innere Welt einzustellen, die sich nun vor ihm aufzuschließen beginnt, und hält Ablenkungen und Störungen durch äußere Dinge von ihm fern. Wir empfehlen im allgemeinen, von nun an für die nächsten vier, fünf Stunden die liegende Stellung beizubehalten, und die Erlebnisse bleiben fast ausschließlich nach innen gekehrt. Aufgabe der Beisitzer ist es, dem Patienten Schutz und Hilfe zu gewähren, seine psychischen und physischen Bedürfnisse zu stillen, die volle Entfaltung des Erlebens zu fördern und sich mit den verschiedenen Widerständen auseinanderzusetzen, die während der Sitzung auftreten können.

Allgemein sollte man während der vollen Drogenwirkung nicht allzuviel Reden zulassen; dies gilt besonders für das zwanghafte, unaufhörliche Diskutieren und Analysieren, das gewöhnlich eine Form des Widerstands ist und die Erlebnisse nachhaltig beeinträchtigt. Auch lange Erklärungen und Deutungen des Therapeuten oder ausführliche Erörterungen sind gewöhnlich kontraproduktiv. Die psychedelischen Erlebnisse in Sitzungen mit hoher Dosierung bewegen sich meist auf mehreren Ebenen und haben viele Facetten; ihr rasches Kommen und Gehen macht die zusammenhängende Beschreibung unmöglich. Außerdem wird die verbale Artikulations- und Mitteilungsfähigkeit oft durch den Einfluß der Droge vermindert.

Verbaler Austausch zwischen dem Klienten und den Therapeuten, so sinnvoll er in der Vorbereitung, während der Schlußphase und am nächsten Tag auch ist, sollte in den Stunden, wenn die Drogenwirkung kulminiert, auf das absolute Mindestmaß beschränkt bleiben. Ab und zu wird der Klient um eine Zustandsschilderung gebeten, in wenigen Sätzen, aus denen sich die Beisitzer ein Bild machen können. Der erfahrene Beisitzer gewinnt meist schon durch das äußere Verhalten des Patienten und seine sporadischen Mitteilungen einen hinreichenden Einblick in die Art des psychedelischen Zustands. Dies gilt um so mehr, wenn der Beisitzer selbst ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Wenn zum Beispiel der Patient allgemein angespannt wirkt, ein grimmiges Gesicht macht, die Hände verkrallt oder zu Fäusten ballt, manchmal einen unartikulierten Laut ausstößt oder etwas sagt wie: »unglaublich, dieses Gemetzel!«, oder »alle Kriege hab' ich mitgemacht, seit Anfang der Welt«, so wird der Beisitzer genug wissen. Ebenso, wenn ein entspannter, ekstatischer Patient sagt: »Ich seh' keine Grenzen mehr; es scheint, alles kommt jetzt zusammen und fließt in eins«, so bedarf dies keiner weiteren Erklärung. Sinnliche Körperbewegungen mit lebhafter Beteiligung des Beckens und gelegentliche Äußerungen über Liebe, Geschlechtsverkehr oder Orgien sagen gleichfalls genug; weitere Erzählungen und Beschreibungen würden nur die Bedürfnisse der Beisitzer, nicht die des Erlebenden stillen. Die Erinnerungen an das in der Sitzung Erlebte bleiben gewöhnlich recht klar, und die Besprechung und Analyse können auf später verschoben werden. Die einzige Ausnahme ist eine Situation, in der starke Widerstände auftreten, wo der Beisitzer genaue Auskünfte einholen muß, um dem Erlebenden durch eine Sackgasse zu helfen.

Gibt der Klient von sich aus keine Rückmeldungen, so kann der Therapeut ihn etwa alle halbe Stunde einmal kurz unterbrechen, um zu zeigen, daß er noch da ist, um den Kontakt nicht abreißen zu lassen, ein paar Aufschlüsse über die Vorgänge zu erhalten oder,

wenn nötig, um Beruhigung und Bestätigung zu geben. Ein Grund, warum der Beisitzer wissen sollte, von welcher Art die Erlebnisse des Klienten sind, ist die Auswahl der Musik, die dem seelischen Zustand des Erlebenden angepaßt werden sollte. Davon abgesehen wird zumeist auf nichtverbalem Wege unspezifischer Beistand geleistet. Das kann bedeuten, daß man die Hand des Klienten hält, sanfte Berührungen vornimmt, seinen Kopf im Schoß wiegt oder sich auf verschiedene Weise psychodramatisch an dem Erleben beteiligt. Manchmal wird es nützlich sein, einem Patienten, der mit etwas ringen oder sich durchdrängen muß, Widerstand zu bieten, bestimmte körperliche Empfindungen durch Druck oder Massage zu verstärken oder irgendeine andere Maßnahme dieser Art zu ergreifen. Dies wird um so häufiger, je mehr sich die Sitzung ihrer Schlußphase nähert. Zu Beginn der Sitzung erfordern physische Eingriffe viel Feingefühl und guten Kontakt zum Klienten. Wichtig ist es, daß eine vertrauensvolle, kooperative Beziehung und die allgemeine Situation eines Spiels gewahrt bleiben. In der Hitze des Erlebens kann jedoch die »Als-ob«-Atmosphäre eines synergistischen Spiels leicht verlorengehen, und der Therapeut läuft dann Gefahr, als ein Angreifer statt als ein Helfer aufgefaßt zu werden. Sofern die Beisitzer über die Qualität der Beziehung keine intuitive Gewißheit haben, sollten sie auf physische Maßnahmen in den ersten Phasen der Sitzung verzichten. Ein anderer wichtiger Aspekt des therapeutischen Umgangs mit dem Klienten ist aufmerksames Eingehen auf seine Bedürfnisse: daß man ihm eine Decke gibt, wenn er zu frieren scheint, ihm Schweiß, Schleim oder Speichel aus dem Gesicht wischt, ihm die Lippen befeuchtet oder ihm ein Glas Wasser bringt.

Alles bisher Gesagte gilt für psychedelische Sitzungen mit unkompliziertem, relativ glattem Verlauf. In solchen Sitzungen bleibt der Patient in der Ruhelage, mit Augenschirmen und Kopfhörern, hält sein Erleben nach innen gekehrt und kann mit den auftauchenden Inhalten des Unbewußten angemessen fertigwerden. In den besten Sitzungen dieser Art haben die Beisitzer sehr wenig zu tun; sie hören Musik an, meditieren und versuchen sich auf das Erleben des Klienten empathisch einzustimmen. Ganz anders ist es, wenn der Klient die Erlebnisse nicht ertragen kann und nicht weiter »mitspielen« will.

Kleinere Beispiele dafür sind schon manche Ausweichmanöver: wenn der Klient sich immer wieder aufsetzt und die Augenschirme abnimmt, eine Tasse Kaffee trinken oder eine Zigarette rauchen will, über belanglose Dinge schwätzt, im Raum herumläuft oder spazierengehen möchte. Eine dramatischere Äußerung des Widerstands ist die Projektion des auftauchenden Materials auf die Beisitzer und die Behandlungssituation. Der Klient möchte die Beisitzer ansehen, intellektuelle Diskussionen mit ihnen austragen, über ihre Lebensverhältnisse oder ihre Probleme sprechen, oder er kritisiert die Regeln und Umstände der Sitzung. Bei extremen Komplikationen wird das Erleben mit der Realität verwechselt, und sein symbolischer Charakter verschwindet völlig aus dem Gewahrsein. Dazu kommt es gewöhnlich in Zusammenhang mit dem Todeserlebnis und der Angst, wahnsinnig oder homosexuell zu werden. Der Patient verspürt vielleicht ein heftiges Mißtrauen, möchte sich der Situation entziehen und den Raum verlassen, indem er die innere Gefahr den äußeren Umständen zuschreibt.

Wenn der Klient die empfohlene Ruhelage nicht beibehalten kann, die Situation in grob entstellter Weise wahrnimmt und auslegt oder Anstalten zum Agieren macht, müssen die Beisitzer aus ihrer passiven Haltung zu aktiven Eingriffen übergehen. Nicht ganz so dringend angezeigt sind therapeutische Maßnahmen, wenn der Patient die Augenschirme und Kopfhörer aufbehält, aber immer wieder seine Gefühle auf die Beisitzer projiziert, statt sie zu ihren Ursprüngen zurückzuverfolgen. Die Grundstrategie und die Techniken für die Bewältigung schwieriger Situationen in psychedelischen Sitzungen werden später noch in einem besonderen Abschnitt behandelt (vgl. Kapitel 5.2).

Eine Atmosphäre der Geborgenheit, Vertraulichkeit und der uneingeschränkten Konzentration auf den Patienten ist für das Gelingen einer psychedelischen Sitzung unbe-

dingt erforderlich. Wenn die Beisitzer während der Sitzungen Telefongespräche führen, zulassen, daß Leute von draußen an die Tür klopfen, oder wenn sie gleichzeitig anderen Tätigkeiten nachgehen, so ist eine glatte, gelungene und ergiebige Sitzung kaum zu erwarten. Eine einzige störende Ablenkung oder die unvorhergesehene Entziehung des Beistands zu einem Zeitpunkt, wo er nötig wäre, kann zu einem langfristigen Behandlungshindernis werden. Der Patient kann dabei das Vertrauen auf die vorbehaltlose und ständige Hilfe des Therapeuten verlieren und getraut sich vielleicht nie wieder, auf Selbstbeherrschung zu verzichten und sich schwierigen Aspekten seines Unbewußten zu stellen.

Im Idealfall sollte der Patient während der ganzen Zeit der Drogenwirkung von zwei Beisitzern betreut werden, einem männlich-weiblichen Therapeutenpaar, das zu keiner Zeit die Behandlungsräume verläßt. Die Beisitzer sollten sich gut kennen, miteinander auskommen und an gemeinsames Arbeiten gewöhnt sein. Es hat mehrere Gründe, warum es in jeder Sitzung ein Mann und eine Frau sein sollten. Manche Tätigkeiten sind für Männer natürlicher, manche für Frauen. Im großen und ganzen sind Frauen offenbar besser geeignet, den Patienten zu trösten, zu bemuttern und ihm körperlichen Beistand zu leisten, wenn nicht die Besonderheiten einer Situation gerade hier eine männliche Figur erforderlich machen – etwa bei einem Patienten, der sich mit den psychischen Folgen einer vaterlosen Kindheit beschäftigt, oder bei einem, der den Wunsch spürt, Zuneigung zu einer Vaterfigur zu äußern.

Umgekehrt können bei der psychodramatischen Darstellung eines Konflikts Körperkräfte erforderlich werden, wie sie eher ein männlicher Therapeut hat, es sei denn wiederum, daß der spezifische Erlebnisinhalt gerade eine Frau erforderlich macht. Recht häufig werden manche Probleme der ödipalen Dreiecksbeziehung aus der Kindheit des Klienten zuerst als projektive Verzerrungen in den Beziehungen zum Therapeutenpaar deutlich. Es gibt auch transpersonale Erlebnisse, etwa archetypische Konstellationen und Erinnerungen an frühere Inkarnationen, bei denen die Anwesenheit beider Geschlechter wichtig oder förderlich ist. Daß das männliche und das weibliche Element vertreten sind, ist also nicht nur wegen der Arbeitsteilung nützlich, sondern dient auch zur spezifischen Begünstigung bestimmter Erlebnisse und als Schirm für Projektionen. Obwohl eine tiefe Verstrickung in Projektionen gemeinhin kontraproduktiv ist und nicht begünstigt werden sollte, können projektive Verzerrungen, wenn der Patient sie konstruktiv angeht, doch zu einer starken Quelle von Einsichten werden.

Da die Musik ein unverzichtbarer Teil der LSD-Psychotherapie ist, wollen wir kurz ihre Bedeutung erörtern, die Grundsätze für die Auswahl geeigneter Stücke und die Besonderheiten ihrer Verwendung in den Sitzungen angeben. Bei psychedelischen Sitzungen scheint die Musik mehrere wichtige Aufgaben zu erfüllen. Sie weckt vielfach starke Emotionen und fördert ein vertieftes Sich-einlassen auf den psychedelischen Prozeß. Sie gibt dem Erleben eine sinnvolle Struktur und schafft eine tragende Strömung, die dem Patienten über schwierige Augenblicke der Sitzungen hinweg und durch Sackgassen hindurch hilft. Oft berichten die Patienten, der Strom der Musik habe es ihnen erleichtert, auf ihre psychischen Abwehrmechanismen zu verzichten und sich uneingeschränkt ihrem Erleben zu überlassen. Ein anderer Zweck der Musik ist es, in der Abfolge ungewöhnlicher Bewußtseinszustände eine Kontinuität und Verbindung zu stiften. Recht oft wird einem Patienten unbehaglich in dem Augenblick, wo die Musik verstummt, weil die Bänder oder Platten gewechselt werden; manche klagen dann, sie fühlten sich wie freischwebend und spürten eine unangenehme Lücke in ihrem Erleben. Ein dritter Zweck hat stärker mit dem Gehalt der Musik zu tun: Durch eine bestimmte Auswahl der Musik kann man oft das Hervortreten bestimmter Gefühlsqualitäten wie Aggressivität, Sexualität, den »psychedelischen Durchbruch« oder ein transzendentes Erlebnis begünstigen. Von der Bedeutung der Musik für die positive Strukturierung der Rückkehr- oder Schlußphase haben wir schon gesprochen.

Was die Auswahl der Musik angeht, so will ich hier nur einige allgemeine Gesichtspunkte nennen und ein paar Vorschläge machen, die auf meinen Erfahrungen beruhen.² Jedes Therapeutenteam findet im Lauf der Zeit eine Reihe von Lieblingsstücken für die verschiedenen Sitzungsphasen und für besondere Situationen. Die Grundregel ist, die Musik auf die Phase, die Intensität und den Inhalt des Erlebens abzustimmen, ohne daß damit dem Erleben ein bestimmtes Muster aufgeprägt werden sollte. Den Vorzug verdienen Stücke von höchster künstlerischer Qualität, doch wenig »konkretem« Inhalt. Lieder und andere Vokalmusik, in denen der Text schon ein bestimmtes Thema vorgibt, sind zu vermeiden. Wo man sie verwendet, sollte der Text in einer dem Erlebenden unbekannten Sprache geschrieben sein, so daß die menschliche Stimme zu einem unspezifischen Reiz wird. Aus dem gleichen Grund sollte man Stücke lieber vermeiden, die für den Klienten mit ganz bestimmten intellektuellen Vorstellungen verbunden sind. So wird der Anfang von Beethovens Fünfter Symphonie in C-Dur gewöhnlich mit einem bevorstehenden schicksalhaften Ereignis verknüpft (»Schicksalssymphonie«); die Verwendung des Hochzeitsmarschs aus Wagners *Lohengrin* oder Mendelssohn-Bartholdys *Sommernachtstraum* würde die Atmosphäre einer Hochzeit beschwören; und auf ähnliche Weise würde Bizets *Carmen* an einen Stierkampf denken lassen. Bei tschechischen Patienten wecken Liszts *Préludes* oft Kriegserinnerungen, weil sie von der nationalsozialistischen Propaganda als Einleitung zu den mit Lautsprechern auf die Straßen übertragenen Nachrichtensendungen gebraucht wurden.

Der wichtigste Einwand gegen die Verwendung der Musik in psychedelischen Sitzungen besagt, daß wir durch unsere Auswahl der Musik, selbst wenn wir einen grob programmierenden Effekt, wie ihn die eben genannten Stücke erzielen würden, vermeiden, immer noch einen stark strukturbildenden Einfluß auf das Erleben ausüben. Dies scheint in scharfem Widerspruch zu unserer Absicht zu stehen, das Erleben nach innen zu kehren und etwa spezifische optische Reize durch Augenschirme fernzuhalten. An diesem Einwand ist manches Richtige. Die Ideallösung wäre es offenbar, ein Tonband mit »weißem Lärm« abzuspielen – eine Folge von einem Klanggenerator erzeugter Zufallsgeräusche. Wenn LSD-Patienten über Kopfhörer solche verdichteten Zufallsgeräusche anhören, schaffen sie sich gewöhnlich ihre eigene innere Musik, die offenbar vollkommen zur Art und zum Inhalt ihres Erlebens stimmt, da sie gleichen Ursprungs ist. Hier wird also nur eine unspezifische akustische Stimulierung geboten, die dann vom Klienten illusorisch in Musik umgewandelt wird. Monotone Geräusche, wie sie von mancherlei elektrischen Geräten erzeugt werden, oder Tonbandaufnahmen der Meeresbrandung können eine ähnliche Wirkung haben.

Die Gefahr einer Programmierung durch eine bestimmte Musik ist jedoch nicht so groß, wie es scheinen könnte. Die Möglichkeiten, das Erleben des Patienten zu lenken oder zu manipulieren, sind ziemlich gering. Wenn der Patient große emotionale Schwierigkeiten durchmacht, wird ihm jede Musik, und sei sie noch so himmlisch und bezaubernd, aufgrund seiner Entstellung wie ein Grabgesang klingen. Umgekehrt wird während eines zutiefst positiven Erlebens nahezu jede beliebige Musik begeistert aufgenommen werden; der Patient wird sie dann in irgendeiner Hinsicht als angemessen und interessant empfinden. Nur im mittleren Bereich zwischen diesen beiden Extremen kann die Musik wirklich einen gestaltenden Einfluß ausüben. Und selbst hier noch wird der Einzelne die allgemeine Atmosphäre oder Gestimmtheit, die ihm von außen vorgegeben werden, in ganz eigenwilliger Weise ausgestalten. Die Erlebnisfolgen, die daraus resultieren, sind immer noch Erscheinungen seines Unbewußten, geben Inhalte seines Gedächtnisses wieder und bilden eine sinnvolle, für sich selbst sprechende Gestalt. Außerdem scheint das, was von außen hinzugefügt wird, die therapeutische Bedeutung des dadurch ausgelösten oder modifizierten psychedelischen Erlebens nicht zu schmälern.

Vor der Sitzung sollte man mit dem Klienten über seinen musikalischen Geschmack sprechen, um einen Eindruck von seinen besonderen Zu- und Abneigungen und seiner

allgemeinen musikalischen Bildung zu gewinnen. Die tatsächliche Auswahl spiegelt aber gewöhnlich eher die Auffassungen der Beisitzer von den Vorgängen wider als den Geschmack des Klienten. Nur die letzten Stunden der Sitzung, wenn keine therapeutische Arbeit mehr zu leisten ist, sind hiervon ausgenommen; dies ist eine Zeit der Entspannung, und der Klient darf die Art der Unterhaltung selbst bestimmen. Im allgemeinen reflektiert die ausgewählte Musik die typische Erlebnisbahn psychedelischer Sitzungen. Der Latenzperiode vor Einsetzen der Drogenwirkung erscheint leise, dahinfließende und besänftigende Musik angemessen. Nachdem die Erlebnisse begonnen haben, wird sie abgelöst von einer Musik mit anregendem und aufbauendem Charakter. Binnen anderthalb Stunden kommt der Patient unter den vollen Einfluß der Droge; dies ist die Zeit für eine kraftvolle, Gefühle beschwörende Musik. Wenn wir unsere Auswahl aus dem abendländischen Repertoire treffen, wären gute klassische Stücke hier angebracht, etwa die weniger bekannten Symphonien, Konzerte oder Ouvertüren der großen Meister. Brahms, Schumann, Rachmaninow, Grieg, Beethoven, Berlioz, Richard Strauss, Wagner, Dvorák und vor allem Skriabin gehören zu den Komponisten, deren Stücke von den Therapeuten in Spring Grove während dieser Phase besonders oft gespielt wurden. In der vierten Stunde geht die LSD-Sitzung meist ihrem Höhepunkt entgegen, und in den meisten Fällen scheint sich hier eine Auflösung anzubahnen. Dies ist die Gelegenheit für einen starken emotionalen oder spirituellen Durchbruch, je nachdem, auf welcher Ebene sich das Erleben bewegt. Hier scheint es angebracht, starke, bezwingende Musik von transzendentelem Charakter zu spielen; Oratorien, Requiems und Messen, in denen sich das große Orchester mit vielerlei Gesangsstimmen vereint, können überaus emotionsweckend wirken, so etwa geistliche Musik von Mozart, Bach, Händel, Berlioz, Verdi, Gounod oder Poulenc. Starke Wirkungen dieser Art kann die Musik von Alan Hovhannes erzielen, einem amerikanischen Komponisten von schottisch-armenischer Herkunft. Sie ist beschwörend und transzental, zugleich aber noch nicht bekannt genug, um eingeschliffene Assoziationen zu wecken. Für die Schlußphase der Sitzung wird leise, entspannte und dahinfließende Musik von einem gewissen zeitlosen Charakter bevorzugt, etwa die klassischen Gitarren- und Harfenkompositionen oder manche Stücke von Bach oder Vivaldi. Auch viele Aufnahmen moderner Komponisten wie Georg Deuter, Steve Halpern, Paul Horn und Paul Winter sind hier geeignet. Eine orientalische Auswahl würde Aufnahmen von Ravi Shankar, Meditationsmusik des Zen, japanische Bambusflötenmusik oder polynesishe Lieder umfassen.

Diese Hinweise sollen nur eine sehr grobe Orientierung geben; praktisch wird die Auswahl vom Klienten und von den Umständen abhängen. Die Beisitzer sollten möglichst feinfühlig auf den spezifischen Gehalt der Sitzungen eingehen und auch russische, arabische, indische, afrikanische, chinesische oder andere Musik anbieten, wenn der Klient von Erlebnissen aus dem Kontext dieser Kulturen spricht. Bestimmte Musikstücke können auch zu dem Zweck ausgewählt werden, ein aggressives oder sexuelles Erlebnis, körperlichen oder emotionalen Schmerz oder transzendente Gefühle zu vertiefen.

Im Lauf der Jahre hat mich durch ihre bewegende Kraft vor allem die Musik von Naturvölkern beeindruckt, insbesondere jene Klangstrukturen, die in manchen religiösen Traditionen eigens als Techniken der Bewußtseinsveränderung geschaffen wurden. Manches davon ist freilich für den durchschnittlichen Europäer oder Amerikaner so ungewöhnlich, daß man es nur bei sehr gebildeten Personen verwenden kann, die mit den jeweiligen Traditionen vertraut sind. Zu den stärksten Aufnahmen dieser Art gehören die mehrstimmigen Gesänge der tantrisch-buddhistischen Tradition Tibets; die Kirtans der Hindus; der Affengesang oder Ketjak und andere trancefördernde Musik aus Bali; Schamanenmusik aus verschiedenen Gegenden Asiens, Nord- und Südamerikas; die Hoquetus-Gesänge der Kongo-Pygmäen; Trancemusik der iKung!-Buschmänner aus der Kalahari und Gesänge von den Sufi-Zeremonien. Ähnlich können bei psychedelischen Sitzungen auch griechische Sirtaki-Tänze sinnvoll sein, Flötenmusik aus den An-

den, Aufnahmen des afrikanischen Oud, Baul-Lieder aus Bengalen, liturgische Gesänge aus Armenien, spanische Flamencos und andere interessante Stücke fremdländischer Volksmusik.

Wenn der Klient sein Erleben durchzuhalten vermag, haben die Therapeuten die Aufgabe, mit Rücksicht auf die inneren Vorgänge die Platten zu wechseln, ihm Beistand, Schutz und Ermutigung zu gewähren und seine elementaren Bedürfnisse zu stillen. Die schwierigste Periode der Sitzung ist für sie die Zeit, wenn die pharmakologische Wirkung der Droge abklingt, in der Regel ungefähr die sechste Stunde nach der Einnahme. Nun wird es für die Beisitzer Zeit, in eine aktivere Rolle überzuwechseln, um eine gute Auflösung und Verarbeitung des Erlebens zu fördern. Der emotionale und psychosomatische Zustand des Klienten in der Schlußphase ist von höchster Bedeutung für den Erfolg und die längerfristigen Wirkungen der Sitzung. Selbst wenn der Klient zuvor in der Sitzung transzendente Erlebnisse gehabt hat, können die Nachwirkungen negativ sein, wenn er während der Rückkehrphase in irgendwelchen unaufgelösten psychodynamischen Inhalten »steckenbleibt«. Umgekehrt kann eine sehr schwierige Sitzung mit paranoiden Zuständen und Höllenerlebnissen ungemein therapeutisch sein, wenn sie gut aufgelöst wird. Auf zwei Weisen können die Beisitzer die Auflösung fördern und die Wahrscheinlichkeit steigern, daß die Sitzung zu einem guten Ergebnis kommt: indem sie einmal dem Klienten helfen, unaufgelöstes Material durchzuarbeiten, und indem sie gewisse Elemente in die Situation einführen, die positive Gefühlszustände begünstigen.

Zu dieser Zeit wird es wichtig, mit dem Klienten ausführlich ins Gespräch zu kommen, um detaillierte Angaben über seine emotionale und psychosomatische Verfassung zu erhalten. Wenn er Unwohlsein spürt, Niedergeschlagenheit, Angst, gestaute Aggressivität, Schuldgefühle, Zirkeldenzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, Magen- und Darmkrämpfe oder Atembeschwerden, wird es nun Zeit, einen aktiven Eingriff vorzuschlagen. Die Möglichkeit, daß es dazu kommen könnte, sollte in der Vorbereitung besprochen worden sein. Der erste Schritt ist, genau herauszufinden, um was für ein Erlebnis es geht; ob ihm eine unvollständig nacherlebte Kindheitserinnerung zu schaffen macht, eine perinatale Sequenz, eine Inkarnations-Erinnerung oder irgendeine andere transpersonale Erscheinung. Wichtig ist auch, daß der Klient seinen Körper auf Anzeichen von Schmerz, Verspannung oder andere Symptome absucht, die einen Energiestau anzeigen. Es gibt gemeinhin kein emotionales Leiden, keine gestörte oder unvollständige psychologische Gestalt, die nicht mit bestimmten somatischen Erscheinungen verbunden wäre. Diese psychosomatischen Begleitsymptome werden nun zu Ansatzpunkten für die Eingriffe der Beisitzer.

Der Erlebende wird aufgefordert, in der Ruhelage zu bleiben, mit geschlossenen oder abgeschirmten Augen. Er erhält Anweisung, alles intellektuelle Analysieren sein zu lassen (»Kopf ausschalten!«) und eine starke Hyperventilation zu beginnen, d.h. schneller und tiefer zu atmen als gewöhnlich; dabei sollte er in der Vorstellung der Atemluft nachgehen, wie sie bis ins Becken hinunterdringt. Dadurch wird in der Regel alles vorhandene emotionale Material aktiviert. Die Beisitzer bitten den Klienten, auf seinen Körper zu achten und sich nun beginnendem Erleben in vollem Umfang zu überlassen – sich jede Haltung, Bewegung, Grimasse, jeden Laut, jede Beklemmung, jedes Zittern oder Husten zu gestatten. Zu einem bestimmten Zeitpunkt mischen die Beisitzer sich ein. Nachdem sie sich über ihre jeweiligen Rollen geeinigt haben, beginnen sie die vom Klienten zuvor bezeichneten körperlichen Empfindungen künstlich zu verstärken. Wenn er zum Beispiel von einem Schmerz oder Druck im Kopf gesprochen hat, erzeugt einer der Beisitzer noch mehr Druck, indem er die Hände auf den Kopf des Klienten legt. Wenn er über Beengung der Brust oder über Atemnot klagt, wird Druck auf den Brustkorb oder auf eine Stelle unterhalb des Schlüsselbeins ausgeübt. Übelkeit kann durch rhythmische Stimulierung des Oberbauchs in Verbindung mit Bauchmassage aktiviert werden; Muskelschmerzen werden durch Tiefendruck etwa nach der Rolfschen Technik gesteigert, und Spannungen in der Beckenzone werden intensiviert, indem man die

Lenden in angehobene Stellung bringt. All dies muß synchron zum Atemrhythmus geschehen und auf das allgemeine Thema des Erlebens abgestimmt sein. Die Beisitzer müssen mit Phantasie und Intuition den Inhalt der unerledigten Gestalt möglichst realistisch darzustellen versuchen. Diese Technik wurde zwar im Zusammenhang der Arbeit mit LSD entwickelt, doch habe ich sie seither mit viel Erfolg auch in erlebnistherapeutischen Seminaren angewendet, bei denen kein LSD verabreicht wurde.

Diesem Vorgehen liegt die Auffassung zugrunde, daß das bewußte emotionale und physische Leiden des Klienten in abgeschwächter Form den tatsächlichen Inhalt der unbewußten Matrix vertritt, die ins Bewußtsein emporsteigen will. Zur Auflösung dieser Matrix kommt es, wenn der unbewußte Inhalt in seiner ursprünglichen Form und vollen Stärke bewußt erlebt wird. Wenn man die bereits vorhandenen Empfindungen verstärkt, wirkt man auf eine Konvergenz des bewußten Erlebens mit der aus dem Unbewußten andrängenden Gestalt hin, bis beides in eins verschmilzt. Dabei verliert die unbewußte Thematik an Energie und hört auf, als symptomerzeugende dynamische Struktur zu wirken; dem folgen eine plötzliche Erleichterung und das Gefühl, mit etwas fertig geworden zu sein. Die optimale Auflösung und ein spannungsloser »ozeanischer« Zustand sind zwar nicht immer erreichbar, doch sollten die Beisitzer in jedem Fall auf dieses Ziel hinarbeiten.

Die eben genannten Techniken sind offenbar sehr gut geeignet, einen positiven Abschluß und eine gute Verarbeitung der LSD-Sitzungen zu erreichen. Wie später noch näher ausgeführt wird, sind sie mit anderen erfahrungstherapeutischen Methoden vollkommen vereinbar und lassen sich mit ihnen kombinieren. Ein eklektischer Therapeut kann sehr vorteilhaft Techniken der Gestaltmethode anwenden, bioenergetische Übungen, Rolfsche Techniken, katathymes Bilderleben, Asanas aus dem Hatha Yoga, Elemente der Urschrei-Therapie und viele andere Methoden. Finden die Sitzungen im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft statt, so können in der Schlußphase andere Gruppenmitglieder herangezogen werden, um dem Klienten beim Durcharbeiten der Restprobleme behilflich zu sein. Sie können sein Erleben unterstützen, indem sie etwa einen simulierten Kampf im Geburtskanal aufführen, ihm Trost und körperliche Unterstützung geben, mit ihm in warmem Wasser baden oder durch Gruppengesänge eine transpersonale Zone schaffen.

Wenn klar wird, daß alles, was an aufgestaute Energie da war, freigeworden ist und daß weitere aufdeckende Arbeit allzu gewaltsame Maßnahmen erfordern würde, geben die Beisitzer dem Klienten positive Bestätigungen, um die Verarbeitung des Erlebten zu fördern. Körperlicher Kontakt, ob von einem Einzelnen oder in einer Gruppe, kann ein stärkendes Gefühl von Behagen und Sicherheit schaffen. Ein Spaziergang im Freien, wenn er eine Vielfalt sinnlicher Eindrücke gewährt, kann positive oder sogar ekstatische Gefühlszustände wecken. Blumen oder Bäume anzuschauen, im Gras zu sitzen, Heu zu riechen oder einen Sonnenuntergang zu betrachten, kann zu einem starken Erlebnis werden, an das man sich noch lange erinnert. Wie schon gesagt, scheint die Berührung mit Wasser, ob durch ein Bad oder eine Dusche, eine besondere Bedeutung zu haben. LSD-Patienten empfinden in dieser Phase das Wasser oft als nicht nur physisch reinigend, sondern auch als geistig und emotional läuternd. Es kann sie zu Erinnerungen an das Bad eines Säuglings, an die pränatale Existenz oder an ferne phylogenetische Entwicklungsstadien hinführen und einen Zustand glückseligen, unterschiedslosen Einsseins bewirken.

Wenn alle bedeutsameren Restprobleme durchgearbeitet sind, wird es Zeit, wieder geselligen Kontakt aufzunehmen. Nun werden, nachdem der Patient seine Zustimmung gegeben hat, seine Freunde oder Verwandten, die bisher draußen gewartet haben, ins Behandlungszimmer gebeten. Dies wird je nach den Umständen manchmal nur eine Person sein, der Ehepartner, eine Freundin oder ein guter Freund, oder auch eine ganze Gruppe von Freunden und Angehörigen. Alle Teilnehmer an dieser Versammlung werden gebeten, auf die Bedürfnisse des Erlebenden einzugehen und auf seine besondere Geistesverfassung Rücksicht zu nehmen. Es liegt ganz beim Klienten, ob dies nun die

Form einer stillen Meditationsstunde und eines wortlosen Beisammenseins oder aber einer ausgelassenen Geselligkeit annimmt. Oft werden in dieser Situation neue, direkte Wege einer ehrlichen Verständigung gefunden.

Bei unseren Behandlungen gab es am Ende meist ein »psychedelisches Dinner«, das von Freunden oder Angehörigen des Klienten zubereitet wurde. Es bestand gewöhnlich aus einer reichhaltigen, wohlschmeckenden Mahlzeit mit exotisch aussehenden Speisen und Früchten. Chinesische, indonesische, indische und japanische Gerichte waren dabei besonders beliebt. Nach einer gut aufgelösten psychedelischen Erfahrung zeigen die meisten Klienten Interesse an ungewohnten Speisen und finden, daß Essen ein Abenteuer sein kann, das ungeahnte Qualitäten und Dimensionen eröffnet. Es kann aber auch vorkommen, daß der Klient Ekel verspürt oder keinen Appetit hat. Dies wird dann verständnisvoll hingenommen, und niemand setzt ihn unter Druck, sich an dem vorbereiteten Mahl zu beteiligen. Die Teilnehmer an dieser »Versammlung« sind angewiesen, den psychologischen Freiraum des Klienten zu respektieren. Dies ist übrigens die Grundorientierung für den ganzen Sitzungstag. Der Klient soll sich frei fühlen zu tun, was er tun muß oder möchte; in den Beisitzern und später in seinen Freunden oder Angehörigen soll er nur Gehilfen sehen. »Dies ist dein Tag«, wird ihm vor der Sitzung gesagt oder zu verstehen gegeben und auf verschiedene Weisen während des Tages wiederholt. Die Frage dieser Zusammenkünfte ist sehr wichtig und sollte sehr taktvoll behandelt werden. Sie dürfen nicht routinemäßig abgehalten werden, sondern immer mit Rücksicht auf die besonderen Umstände. In manchen Fällen ist es ratsam, die Angehörigen nicht einzuladen oder sogar eine schon getroffene Verabredung abzusagen, wenn allgemeine Umstände oder die besondere emotionale Verfassung des Klienten dies nahelegen.

Die Nacht nach der Sitzung sollte der Klient noch in den Behandlungsräumen zubringen. Sofern nicht besondere Umstände oder die Verfassung des Klienten dagegen sprechen, sollten seine Frau (bzw. ihr Mann), ein enger Angehöriger oder ein guter Freund über Nacht bei ihm bleiben. Für den Fall, daß Schwierigkeiten auftreten, sollten eine Krankenschwester und zumindest einer der Therapeuten erreichbar sein. Besonders nach schlecht aufgelösten Sitzungen kommt es manchmal nachts, im hypnagogischen Zustand, oder morgens im hypnopompischen Zustand zu einem verspäteten Andrängen starker Emotionen.

Wenn die Sitzung am Morgen begonnen hat, gibt es beim Einschlafen in der Regel keine Probleme, besonders dann nicht, wenn die Erlebnisse gut aufgelöst und verarbeitet wurden und die Schlußphase positiv verlaufen ist. Nach Sitzungen, die spät begonnen haben oder in denen der Klient die auftauchende emotionale und psychosomatische Gestalt nicht zum Abschluß gebracht hat, kann es sein, daß er schlecht schlafen wird. Im allgemeinen ist es dann besser, keine Hypnose oder Beruhigungsmittel anzuwenden, denn dadurch würde zugleich auch der natürliche Prozeß gehemmt, in dem das unbewußte Material verarbeitet wird. Ohne solche Mittel wird der Abschluß gewöhnlich reiner und die langfristigen Resultate werden besser sein, auch wenn der Klient um ein paar Stunden Schlaf kommt. Wenn eine allzu starke Erregung die Nachtruhe stört und dies dem Klienten emotional sehr lästig wird, können Librium, Valium oder ein Barbiturat eingenommen werden.

Die Grundregel ist, daß man den Klienten während der nächsten vierundzwanzig Stunden nach der Einnahme des LSD nicht alleinlassen darf. Für den Abend und die Nacht wird ihm empfohlen, einen ruhigen, meditativen Zustand beizubehalten und die Lösung schwerer zwischenpersönlicher Probleme nicht sofort in Angriff zu nehmen. Wenn seine Frau oder Geliebte die Nacht über bei ihm ist, wird vorgeschlagen, die Zeit mit ruhiger, nichtverbaler Interaktion hinzubringen. Gespräche und Geschlechtsverkehr sollten vom Partner nicht erzwungen werden und sich nach den Neigungen des Klienten richten.

4.3 Verarbeitung der psychedelischen Erlebnisse

Am Morgen nach der Sitzung sollte der Klient beliebig lange ausschlafen können. Die allgemeine Empfehlung für den Tag geht dahin, sich auszuruhen, zu erholen und sich besinnlichen Tätigkeiten zu widmen. Gemächliche Spaziergänge in natürlicher Umgebung, Schwimmen oder Sonnenbaden sind sehr zu empfehlen. Musik anzuhören, besonders die Stücke, die während der LSD-Sitzung gespielt wurden, kann besonders hilfreich sein. Für den späteren Verlauf des Tages sollte ein langes Gespräch mit den Therapeuten vorgesehen sein. Dies ist eine Gelegenheit, Erlebnisse vom Vortag im einzelnen mitzuteilen und manche verwirrenden Aspekte der psychedelischen Sitzung zu besprechen; zugleich hilft es, die Erlebnisse zu verarbeiten und zum Alltag in eine Beziehung zu bringen. Besondere Aufmerksamkeit ist den in der Sitzung aufgetretenen Übertragungsphänomenen und ihrer Analyse zu schenken. In der psychiatrischen Forschungsstelle in Maryland waren beide Behandlungssuiten mit Video-Aufnahmegeräten ausgestattet. Patienten, die wünschten oder einverstanden waren, daß ihre LSD-Sitzung aufgenommen wurde, schauten sich meist am nächsten Tag die Aufzeichnung an. Wir fanden dieses Vorgehen überaus nützlich; es gab eine einzigartige Gelegenheit, die subjektive Dimension des Erlebens durch eine objektivere Ansicht zu ergänzen.

Der Klient sollte angehalten werden, einen detaillierten Bericht über seine psychedelischen Erlebnisse zu schreiben. Dies erfordert konzentrierte Aufmerksamkeit und scheint auch die Erinnerung an Episoden zu begünstigen, die sonst vergessen würden. Bei dieser Arbeit können wieder lebhaftere Emotionen auftreten, die vielleicht Gelegenheit geben, eine unfertig gebliebene Gestalt zu vollenden. Überhaupt scheint die Arbeit an dem Bericht die Verarbeitung der Sitzung wesentlich zu fördern; und das Geschriebene kann später die Grundlage für eine vertiefende und eingehendere Besprechung des psychedelischen Erlebens mit den Therapeuten abgeben. Wenn noch weitere Sitzungen stattfinden, wird es nötig, fortlaufend detaillierte Berichte zu geben, denn altes Material wird oft aus der Sicht späterer psychedelischer Erlebnisse eine ganz neue Bedeutung gewinnen.

Außerdem sollten die Klienten Gelegenheit erhalten, ihre Erlebnisse in mancherlei künstlerischen Formen zu gestalten, zum Beispiel in Gemälden, Mandala-Zeichnungen, Gedichten, Erzählungen oder Dialogszenen, in Plastiken, Tänzen oder Kompositionen. Abgesehen von ihrem ästhetischen, kathartischen oder dokumentarischen Wert, geben diese Hervorbringungen oft wichtige Aufschlüsse über ein besseres Verständnis der Sitzungen. Bei mehreren unserer Patienten wurde impulsives Malen und Zeichnen zu einem wichtigen Behelf bei der Auseinandersetzung mit schwierigen Inhalten des Unbewußten.

Manchmal vergehen Tage oder Wochen, bis eine Sitzung verarbeitet ist. Man muß den Klienten dazu ermutigen, alle Gefühlsbahnen offenzuhalten und den Prozeß des Aufdeckens fortzusetzen, anstatt ihn mit Tranquilizern oder psychologischen Mitteln vorzeitig abbrechen zu wollen. Die verspätete Vollendung einer unbewußten Gestalt tritt am häufigsten in den Zwischenzuständen zwischen Wachbewußtsein und Schlaf ein, in den sogenannten hypnagogischen und hypnopompischen Phasen des Halbschlafs. Eine andere Gelegenheit, bei der dies oft geschieht, ist das Traumleben. Nach einer gut verarbeiteten Sitzung ist der Schlaf zumeist sehr tief, traumlos und erfrischend. Umgekehrt folgt auf eine Sitzung, in der der Klient nicht bis zu einem emotionalen und psychosomatischen Abschluß gelangt ist, oft ein ungewöhnlich reiches und lebhaftes Traumgeschehen. Ein starker Traum kann oft die Vollendung und die endgültige Verarbeitung von Inhalten einleiten, die durch die Droge aktiviert wurden, aber unaufgelöst geblieben sind.

Wenn der spontane Prozeß nicht genügend dynamische Kraft hat, sich selbst zu vollenden, sollten die Therapeuten mit dem Klienten eine intensive Anstrengung zur Aktivie-

rung unternehmen, nach den schon beschriebenen Prinzipien für die Rückkehrphase. Eine interessante Alternative zu unserem Verfahren, die auf ein nach außen gekehrtes Abreagieren hinzielt, ist die prolongierte Hyperventilation. Diese Technik, die auf der indischen Atemlehre, dem *Pranayama*, basiert, wurde kürzlich von Leonard Orr (72) wiederentdeckt; Orr machte sie sich für seine »Wiedergeburt«-Therapie zu eigen. Wird eine intensive Atmung über einen Zeitraum von dreißig bis fünfundvierzig Minuten hin fortgesetzt, so kann sie oft die Spannungen im Körper zu einem stereotypen »Panzer«-Muster zusammenfassen, aus dem sie schließlich abgeführt werden. Dieser Vorgang ist mit einer Aktivierung bedeutsamen Materials auf verschiedenen Ebenen des Unbewußten verbunden. Die Muskelspannungen konzentrieren sich in den Armen und Beinen (dies sind die sogenannten *karpopedalen Spasmen* in der medizinischen Terminologie³) und in mehreren Ringen um Kopf und Körper, die den Ebenen der verschiedenen *Chakren* in dem indischen System des Kundalini-Yoga entsprechen. Aussprechen und herkömmliches Abreagieren wird in dieser Technik allgemein abgelehnt; der Klient wird aufgefordert, die intensive Atmung solange fortzusetzen, bis alle Spannungen gelöst sind. Dies ist eine sehr wirksame Methode, Restprobleme nach einer psychedelischen Sitzung aufzulösen. Sogar ohne vorherige Einnahme der Droge kann sie in sehr kurzer Zeit zu tiefen und bewegenden Erlebnissen biographischer, perinataler und transpersöner Art Zugang verschaffen. Die Anwendung dieser Technik setzt gewisse Hintergrundkenntnisse und spezielle Anleitungen voraus, wovon im nächsten Band eingehender die Rede sein soll.

Führt keine der bisher genannten Techniken zu einer befriedigenden psychologischen Auflösung, sollte sobald wie möglich eine weitere psychedelische Sitzung anberaumt werden. Das allgemeine Prinzip, dem wir hier folgen, könnte einem Psychiater herkömmlicher Schulung paradox erscheinen: Die psychedelische Therapie kann nach einer gelungenen Sitzung, die gut aufgelöst wurde, jederzeit abgesetzt werden. Wenn sie jedoch zu einer Verschärfung der klinischen Symptome oder einer anhaltenden Reaktion geführt hat, ist die Fortsetzung derselben Behandlung angezeigt. Der Grundgedanke ist, daß die nachteiligen Folgen nicht einer unvorhersehbaren Wirkung des LSD zuzuschreiben sind, sondern eine unerledigte Gestalt im Unbewußten darstellen, die noch vervollständigt werden muß.

Die Anwendung von Gruppenpsychotherapie im Zusammenhang eines allgemeinen LSD-Behandlungsprogramms verdient eine besondere Erörterung. Nach mehreren mißlungenen Versuchen, LSD als unterstützendes Mittel in der Gruppenpsychotherapie zu verwenden, sind wir von diesem Verfahren abgekommen. Es hat sich jedoch als sehr sinnvoll erwiesen, die individuelle LSD-Behandlung im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft mit Gruppenarbeit ohne Drogeneinwirkung zu verbinden. Die Atmosphäre kollektiver Verantwortung und Unterstützung, die Gelegenheit zu gegenseitiger Hilfe und die spezifische Kraft der Gruppenprozesse bieten außerordentliche therapeutische Möglichkeiten. LSD-Patienten im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft verbringen die Abendstunden nach den Sitzungen in Gesellschaft ihrer Mitpatienten. Bei dieser Gelegenheit können sie viele interessante Eindrücke von den anderen und vom Umgang mit ihnen gewinnen; umgekehrt können die anderen nützliche Beobachtungen über die Personen, die aus einer LSD-Sitzung kommen, und über die eigene Reaktion auf sie machen. Bei der nächsten Sitzung, in welcher der Patient sich über seine psychedelischen Erlebnisse ausspricht, werden diese Angaben zu einer wichtigen Erweiterung der Gruppendynamik. Die Interaktion des Klienten mit den anderen Gruppenmitgliedern kann viel dazu beitragen, daß das Material aus der LSD-Sitzung besser verstanden wird; außerdem gewährt sie neue Einblicke in die Probleme anderer Patienten in der Gruppe. Oft haben diese Gruppensitzungen eine solche gefühlsbeschwörende Kraft, daß manche Patienten überhaupt nicht mehr verbal kommunizieren, sondern in tiefe emotionale Zustände geraten, die zum Anlaß einer erfahrungstherapeutischen Sitzung werden können.

Die Heranziehung des Materials aus den psychedelischen Sitzungen in den Gruppensitzungen der therapeutischen Gemeinschaft führt zu einer ungewöhnlichen Vertiefung und Intensivierung des Gruppenprozesses. Die LSD-Sitzungen fördern meist starke Inhalte des Unbewußten zutage, die andernfalls in der Gruppenarbeit kaum auftauchen würden. Das Spektrum der in diesen Sitzungen besprochenen Erlebnisse reicht von Episoden mit mancherlei sexuellen Perversionen, mörderischen Angriffen, sadomasochistischen und inzestuösen Triebstreben bis hin zu den Zuständen ekstatischer Verzückung, Gefühlen kosmischen Einsseins und Erinnerungen an frühere Inkarnationen. Dies bietet eine einzigartige Gelegenheit zu indirekten korrektiven Gefühlserlebnissen für die Gruppenmitglieder, nämlich im Hinblick auf die Reaktionen des Therapeuten angesichts der möglicherweise verwerflichen unbewußten Inhalte, die in den Sitzungen ihrer Mitpatienten aufgetaucht sind. Daß der Therapeut an Themen wie sadistische Neigungen, großspurige Phantasien und Tagträume, verbotene sexuelle Wünsche oder Verlust der Kontrolle über Blasen- und Darmentleerung, die in den Sitzungen mancher Gruppenmitglieder aufgetreten sein mögen, ganz sachlich herangeht, hilft auch den anderen, sich mit solchen Elementen abzufinden und sich selbst dergleichen Erlebnisse zu gestatten, wenn sie in ihren eigenen psychedelischen Sitzungen das nächste Mal auftreten sollten. In diesem Zusammenhang kann unbewußtes Material, das für gewöhnlich angst-, schuld- und konfliktbehaftet ist, mit Leichtigkeit und sogar mit Humor behandelt werden. Und abgesehen von all diesen Vorteilen ist die Gruppenarbeit für den LSD-Therapeuten auch zeitsparend. Viele allgemeine Gesichtspunkte seiner Therapie, viele Erlebnisstrategien und Deutungsmöglichkeiten können der ganzen Gruppe mitgeteilt werden, so daß man sie nicht mehr jedem Teilnehmer einzeln wiederholen muß.

In diesem Kapitel habe ich ein umfassendes Programm der LSD-Psychotherapie nur in den allgemeinsten Zügen beschrieben. Die Details der therapeutischen Strategie und Taktik hängen für jeden Einzelfall von vielen Faktoren ab und müssen von den Therapeuten jeweils schöpferisch entwickelt werden, nach Maßgabe ihrer eigenen klinischen Erfahrung und ihrer persönlichen Erkenntnisse in den LSD-Ausbildungssitzungen. Die tatsächliche Ausübung der psychedelischen Therapie beruht letztlich ebensosehr auf Intuition wie auf Kenntnis therapeutischer Prinzipien, und vermutlich wird sie immer die Elemente einer Kunst mit denen einer Wissenschaft verbinden.

Anmerkungen

- 1 Die präfrontale Lobotomie ist ein psychochirurgisches Verfahren, das von dem portugiesischen Neurologen E. Moniz entwickelt und 1949 mit einem Nobelpreis für Medizin belohnt wurde. Es wurde angewendet bei chronischen Psychosen, bei triebhaftem Verhalten und bei manchen schweren Zwangsneurosen. In ihrer ursprünglichen Form sah sie die Durchtrennung der Verbindungen zwischen dem Frontallappen und dem übrigen Hirn vor. Der Schaden war manchmal so gewaltig, daß sich der größte Teil dieser Gehirnhälfte in eine große Blutzyste verwandelte.
- 2 Weitere Angaben zur Verwendung von Musik in psychedelischen Sitzungen und in drogenfreier erfahrungstherapeutischer Arbeit findet der interessierte Leser in einem Aufsatz von Helen Bonny und Walter Pahnke, *THE USE OF MUSIC IN PSYCHEDELIC (LSD) THERAPY* (14), und in einem Buch von Helen Bonny und Louis Savary, *MUSIC AND YOUR MIND* (15).
- 3 In medizinischen Lehrbüchern wird dies als das »Hyperventilations-Syndrom« bezeichnet und als zwangsläufige physiologische Reaktion auf intensive Atmung dargestellt. Vielfache Beobachtungen aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Atemtechniken zeigen eindeutig, daß dies nicht richtig ist. Wenn man den Patienten nach dem Auftreten dieser Krämpfe die Hyperventilation fortsetzen läßt, werden paradoxerweise die Spannungen gelöst. Nachdem man diese Methode einige Sitzungen lang angewendet hat, hört außerdem der Organismus auf, die intensive Beatmung mit dem »Hyperventilations-Syndrom« zu beantworten.

5 Komplikationen der LSD-Psychotherapie: Ursachen, Verhütung und therapeutische Maßnahmen

Wenn wir über die Risiken und Gefahren einer LSD-Psychotherapie sprechen, müssen wir diejenigen, die der Droge und dem psychedelischen Prozeß selbst innewohnen, von jenen anderen unterscheiden, die hauptsächlich von außerpharmakologischen Faktoren abhängen. Die ersteren Risiken geht jeder ein, der die Droge nimmt, ohne Rücksicht auf besondere Umstände; die letzteren sind in hohem Maße durch die Umstände bedingt, und die Häufigkeit, Größe und Bedrohlichkeit der möglichen Schäden lassen sich durch den Erwartungsrahmen, die Behandlungssituation und die in den Sitzungen angewandte Technik beeinflussen. Die Gefahren der LSD-Psychotherapie verringern sich erheblich, wenn wir Personen, die ein hohes Risiko darstellen, von vornherein nicht zulassen, und wenn wir bei den Sitzungen die spezifische Dynamik der LSD-Reaktion beachten.

5.1 Physische und emotionale Kontraindikationen

Alle Ergebnisse der klinischen Studien und Laboruntersuchungen, die in den letzten dreißig Jahren über diese Droge angesammelt wurden, besagen, daß pharmazeutisch reines LSD eine biologisch gesehen erstaunlich ungefährliche Substanz ist. Dieses Urteil gilt nicht automatisch auch für die sogenannte »Straßensäure«. Die Qualität des auf dem Schwarzen Markt gehandelten LSD weist große Schwankungen auf, und manche der vorkommenden Unreinheiten und Beimischungen sind physiologisch weitaus gefährlicher als LSD. Chemische Analysen von Stichproben wiesen unter anderem Amphetamine, Strychnin, STP und Phenzyklidin (PCP oder »Engelstaub«) nach.

In der klinischen Arbeit mit reinem LSD geht die größte physiologische Gefahr nicht von der Droge als solcher aus, sondern von der Heftigkeit der durch sie ausgelösten Emotionen. In Sitzungen mit hoher LSD-Dosis ist es selten, daß der Klient nicht zu irgendeiner Zeit einen Grad an emotionaler und körperlicher Belastung erlebt, der über alles im täglichen Leben Vorkommende hinausgeht. Es ist daher wichtig, im voraus diejenigen Personen auszusondern, für die heftige Emotionen gefährlich oder gar tödlich werden können. Es wurde schon gesagt, daß dazu in erster Linie Personen mit schweren kardiovaskularen Problemen gehören, etwa hochgradiger Arteriosklerose, Thrombose mit Gefahr einer Embolie, maligner Hypertension, arteriovenösen Gefäß-Aneurysmen, früheren myokardialen Infarkten, Myokarditis, Herzversagen oder Gehirnblutungen. Wo hier nur der leiseste Zweifel besteht, sollte der Kandidat für eine LSD-Sitzung eine körperliche Untersuchung vornehmen lassen, die auch ein Elektrokardiogramm einschließt. Im Falle kleinerer kardiovaskularer Probleme sollte man die Dosierung konservativ bemessen und auch sonst mit Vorsicht zu Wege gehen. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir nicht von direkten schädlichen Wirkungen des LSD auf Herz oder Blutgefäße sprechen, sondern von den Risiken, die mit heftigen Emotionen verbunden sind. Obwohl höhere Dosierungen gewöhnlich stärkere affektive Reaktionen wecken, ist diese Beziehung doch nicht linear. Bei Personen, die sehr emotional sind oder bei denen große Mengen unbewußten Materials dicht unter der Oberfläche liegen, kann schon eine relativ kleine Dosis LSD eine sehr starke Reaktion auslösen.

Schwangerschaft ist als absolute Kontraindikation aufzufassen. Obwohl die Frage einer unmittelbar teratogenen Wirkung von LSD in den üblichen Dosierungen zweifelhaft ist, besteht doch die Gefahr, daß das biologische Gleichgewicht zwischen dem Feten und dem mütterlichen Organismus gestört wird. Ein noch größeres Risiko bedeuten die starken Kontraktionen der Gebärmutter, die in vielen Sitzungen mit hoher Dosierung auftreten, besonders wenn es um perinatales Material geht. Infolge einer stark bewegenden

LSD-Sitzung bekommen Frauen oft in der Mitte ihres Zyklus Menstruationsblutungen. Die Frage, ob ein Chromosomenschaden und nachteilige Folgen für die Erbanlagen zu befürchten seien, hat in der Vergangenheit zu heftigen Kontroversen geführt; heute glauben nur noch sehr wenige Wissenschaftler an das tatsächliche Bestehen solcher Gefahren.

Alle anderen biologischen Gefahren sind relativ zu sehen. Viele klinische Beobachtungen sprechen dafür, daß bei Disposition zur Epilepsie besondere Vorsicht geboten ist, besonders bei Personen mit früheren starken Anfällen. Bei diesen Menschen kann LSD unter Umständen nicht nur einen vereinzelt Anfall auslösen, sondern eine ganze Kette von Anfällen, die rasch aufeinander folgen. Dieser sogenannte *status epilepticus* ist manchmal sehr schwer unter Kontrolle zu bringen. Manche Formen der Epilepsie und andere Arten anfallsartiger motorischer Aktivität haben jedoch in der Vergangenheit auf eine LSD-Behandlung gut angesprochen, und daher muß diese Frage in jedem Fall nach individuellen Gesichtspunkten entschieden werden. Dies scheint insbesondere auch für Schläfenlappen-Epilepsie zu gelten, obwohl ein klarer organischer Befund bislang nicht vorliegt.

Für manche Patienten kann auch die in Sitzungen mit hoher Dosierung oft auftretende muskuläre Hyperaktivität gefährlich werden. Extreme Verspannungen, Tremores, Krämpfe, Schüttelanfälle und schwerwiegende Gliederverrenkungen rufen bei Personen mit pathologischer Knochen-Fragilität, schlecht verheilten Frakturen oder Disposition zu Gelenkverrenkungen manchmal Komplikationen hervor.

Manche Anzeichen sprechen dafür, daß Personen mit schweren Leberschäden zu anhaltender LSD-Reaktion neigen, weil die Leber bei der Entgiftung des Körpers vom LSD und bei seiner Ausscheidung eine wichtige Rolle spielt. Manche Forscher haben daher in der Vergangenheit auch Personen mit unzulänglichen Leberfunktionen in Verbindung mit Zirrhose, früherer Hepatitis oder anderen krankhaften Erscheinungen ausgeschieden. Nach unseren Erfahrungen mit chronischen Alkoholikern und Krebspatienten, von denen viele erhebliche Leberschäden aufwiesen, ist dieser Faktor jedoch unbeträchtlich, solange die Dysfunktion ein kritisches Maß nicht überschreitet.

Bei Beachtung der eben genannten Regeln ist LSD offenbar ein Medikament mit einer weiten Spanne biologischer Unschädlichkeit. In klinischen Einrichtungen wurden Dosierungen von 25 bis 2000 Mikrogramm ohne erkennbar nachteilige physiologische Wirkungen verabreicht. In der eigenen Praxis haben wir Personen bis hinauf ins Alter von 83 Jahren und eine Anzahl Krebspatienten im letzten Stadium der Krankheit mit LSD behandelt, ohne daß ein einziger Unglücksfall eingetreten wäre. Die Erfahrung lehrt uns, daß die in der medizinischen Praxis zur Erkennung von Krankheiten und Dysfunktionen üblichen Laboruntersuchungen wie Elektroenzephalographie, Elektrokardiographie, Blutkörperchenzählung, Sedimentation, Urinuntersuchung und Lebertest auch nach einer Folge von achtzig bis hundert LSD-Sitzungen keine pathologischen Veränderungen erkennen lassen.

Hinsichtlich der emotionalen Risiken ist der Sachverhalt sehr viel komplizierter. Hier hängt der Grad der Ungefährlichkeit hauptsächlich vom emotionalen Gleichgewicht des Patienten vor der Sitzung und von äußeren Umständen ab. Ich habe noch nie ungünstige Nachwirkungen einer LSD-Sitzung bei einem Menschen erlebt, der vor der Sitzung keine größeren emotionalen Probleme hatte. Bei jemandem, der halbwegs ausgeglichen und angepaßt ist, gehen die negativen Nachwirkungen am Tag nach einer beaufsichtigten psychedelischen Sitzung nur selten über Müdigkeit, Kopfschmerzen oder einen Kater hinaus. Sehr viel schwerer können die negativen Folgen nach psychedelischen Erlebnissen in komplexen und erratischen sozialen Situationen sein, in Fällen, wo jemand die Droge unvorbereitet eingenommen hat oder wo traumatische Umstände und pathologische Interaktionen den Verlauf der psychedelischen Reaktion kompliziert haben.

Das Risiko ungünstiger Nachwirkungen steigt beträchtlich, wenn Personen die Droge einnehmen, die schwere emotionale Probleme haben, hochgradige zwischenpersönliche Fehlanpassung aufweisen oder in der Vergangenheit psychiatrisch hospitalisiert gewesen sind. Die Arbeit mit Psychiatrie-Patienten schließt selbst unter den günstigsten Umständen und selbst für den erfahrenen LSD-Therapeuten manche Risiken ein. Sorgfältige Vorbereitung der Patienten, Internalisierung des Erlebens und aktive psychotherapeutische Betreuung können die Gefahren verringern, aber nicht völlig ausschalten. Es kann immer vorkommen, daß trotz aller Vorsichts- und Linderungsmaßnahmen irgendein bedeutsamer Inhalt des Unbewußten nicht aufgelöst wird. Dies kann eine Verstärkung vorheriger Beschwerden bedeuten, das Auftreten neuer Symptom-Komplexe, Verlängerung der Reaktion oder späteres erneutes Auftreten ungewöhnlicher Bewußtseinszustände (Rückblenden). Wenn wir Patienten behandeln, die schizophrene Borderline-Symptome aufweisen oder die in der Vergangenheit psychotische Episoden hatten, bedeutet die Auslösung starker emotionaler Reaktionen von temporärem Charakter ein kalkuliertes Risiko.

Anders als bei den somatischen Kontraindikationen, wo manche Gegengründe unbedingt gelten, hängt die Auswahl von LSD-Kandidaten nach ihrer emotionalen Verfassung von vielerlei äußeren Faktoren ab. Unter optimalen Bedingungen, zu denen eine eigens auf diesen Zweck angelegte Behandlungseinrichtung und ein erfahrenes Therapeuten-Team gehören, kann LSD-Psychotherapie experimentell mit jedem Psychiatrie-Patienten durchgeführt werden, dessen Leiden eindeutig nicht organisch bedingt ist. Dies setzt jedoch eine ausgangsoffene Situation voraus, in der die Anzahl der Sitzungen keinen Beschränkungen unterliegt. Bei der Behandlung emotional schwer gestörter Personen müssen wir darauf gefaßt sein, daß wir es manchmal mit vorübergehend psychotischen Zuständen zu tun haben werden, mit aggressivem Verhalten oder mit suizidalen Bestrebungen innerhalb und außerhalb der Sitzungen. Erfahrene Therapeuten, ausgebildete Krankenschwestern und die stützende Atmosphäre einer therapeutischen Gemeinschaft sind notwendige Vorbedingungen eines solchen Unternehmens. Wo diese Vorbedingungen nicht erfüllt sind, müssen wir Personen mit psychotischen Borderline-Problemen und Disposition zu Psychosen sorgfältig überprüfen. Das war zum Beispiel der Fall an der Psychiatrischen Forschungsstelle in Maryland. Dort war die Zahl der LSD-Sitzungen für alle Kategorien von Patienten mit Ausnahme der Krebskranken durch den Untersuchungsplan auf drei beschränkt. Die Forschungsstelle hatte Laboratorien und Behandlungsräume, aber keine Krankenhausbetten. Im Falle einer anhaltenden Reaktion oder anderer Komplikationen hätten die LSD-Patienten im staatlichen Krankenhaus von Spring Grove untergebracht werden müssen, und nach den lokalen Regelungen bedeutete dies einen Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt und Verabreichung von Phenotiazinen. Trotz dieser ungünstigen Voraussetzungen behandelten wir Populationen sehr schwer gestörter Patienten wie chronische Alkoholiker und heroinsüchtige Gefängnisinsassen und waren bei der Vorauslese nicht allzu vorsichtig. Nur in zwei Fällen traten anhaltende Reaktionen auf, beidemal bei Patienten mit früheren psychotischen Episoden. Sie hielten jedoch nur ein paar Tage lang an und konnten leicht mit konventionellen Mitteln behandelt werden.

5.2 Kritische Situationen in LSD-Sitzungen

Während schwere ungünstige Nachwirkungen beaufsichtigter LSD-Sitzungen gemeinhin nur bei Personen auftreten, die vor dem Drogenerlebnis schon größere emotionale Probleme hatten, können im eigentlichen Verlauf einer Sitzung mit hoher LSD-Dosis bei jedem Klienten kritische Phasen auftreten, unabhängig vom Grad seiner emotionalen Stabilität. Es ist wichtig, den Klienten in der Vorbereitung darauf hinzuweisen, daß er in den Sitzungen unangenehme Zustände erleben kann und daß diese einen sinnvollen und unverzichtbaren Teil des Verfahrens bilden. Eines der Hauptprobleme bei der unbeaufsichtigten Einnahme von Psychedelika war die falsche Vorstellung, daß dabei ausschließlich Zustände transzendentaler Glückseligkeit und herrliche Stunden zu erleben seien. Wenn unangenehme Zustände eintraten, wurde dies daher als unerwartete Komplikation aufgefaßt und rief beim Erlebenden oder seinen Freunden leicht eine Panik hervor.

Das häufigste Problem in psychedelischen Sitzungen ist der Widerstand gegen die vordrängenden Inhalte des Unbewußten und die mangelnde Bereitschaft, das Erleben »mitzumachen«. Die Form, die dieser Widerstand annimmt, ist meist bezeichnend für die gewöhnlichen Abwehrmechanismen des Klienten. Die Ausflüchte, mit denen die Beisitzer fertigwerden müssen, umfassen ein sehr weites Spektrum. Manchmal ist der Klient mit den Augenschirmen und Kopfhörern einverstanden, mag aber die emotionsbeschwörende Musik nicht hören. Hier müssen die Therapeuten sorgfältig die berechtigten und konstruktiven Einwände von den Versuchen angstbedingter Gefühlsabwehr unterscheiden. Ständiges Reden und Intellektualisieren, das dem tieferen Erleben keinen Raum läßt, ist eine andere häufige Ausflucht. Manche Personen versuchen, sich geistig auf die äußere Umgebung zu konzentrieren und sie sich bis in die winzigsten Details einzuprägen. Sie versuchen sich an die Namen aller Mitpatienten zu erinnern, den Grundriß des Gebäudes zu rekonstruieren und sich die Form und Farbe der Möbel im Raum vorzustellen. Eine andere Form psychischen Widerstands gegen das psychedelische Erleben ist plötzliches Nüchternwerden mitten in einer Sitzung mit hoher Dosierung.

Als nächstes zeigt sich Abneigung gegen das nach innen gekehrte Erleben. Manchmal bittet der Patient um die Erlaubnis zu einer Pause und nennt einen Grund: Er will eine Zigarette rauchen, eine Tasse Kaffee trinken, etwas plaudern oder spazierengehen. Häufiges Aufsuchen des Badezimmers ist eine besonders verbreitete Methode; manchmal ist es physiologisch gerechtfertigt, aber oft hat es rein psychologische Motive. Eine schwerere Form des Widerstands ist es schon, wenn der Klient Augenschirme und Kopfhörer abnimmt und sich schlicht weigert, weiterzumachen, ohne Entschuldigung oder Erklärung. Wo es dazu kommt, müssen die Beisitzer alles psychologische Geschick aufbieten, um den Klienten wieder in die anfängliche introspektive Verfassung zurückzuführen. Die einzigen Ausnahmen von dieser Regel sind Situationen, wo der Klient die Außenwelt erkunden möchte und wo kein Zweifel besteht, daß sein Wunsch begründet ist und nicht dem Vermeiden innerer Erlebnisse dient. Wenn man in solchen Situationen mit dem Klienten verhandelt, kann man sich auf die ursprüngliche, während der Vorbereitung getroffene Vereinbarung berufen. Die verschiedenen Formen des Widerstands sollten ausdrücklich vorher mit ihm besprochen worden sein, und er muß die Notwendigkeit, daß die Sitzung nach innen gekehrt bleibt, anerkannt haben.

Im Extremfall kann die Beziehung zwischen den Beisitzern und dem Klienten in solchem Maße gestört sein, daß der letztere sie nicht mehr als kooperativ, sondern als antagonistisch auffaßt und auf eigene Faust zu handeln versucht. Dies kann darin gipfeln, daß er versucht, die Behandlungssituation ganz zu verlassen. Solche Vorfälle sind nicht sehr häufig, aber für die LSD-Therapeuten äußerst bedenklich. Die Grundregel ist, den Klienten nicht aus dem Gebäude zu lassen und zu verhindern, daß er sich selbst oder anderen Schaden zufügen kann. Mancherlei Kompromisse sind hier nötig zwischen dem

Wunsch, den Klienten zurückzuhalten, und dem Interesse an der Vermeidung einer offenen und gewaltsamen Konfrontation, welche die therapeutische Beziehung weiter beeinträchtigen würde. In den schlimmsten Fällen dieser Art kann man nur noch auf Zeitgewinn ausgehen und den Klienten so lange in Verwahrung halten, bis er mit Abklingen der pharmakologischen Wirkung wieder kooperationsbereiter wird. Zum Glück sind solche Extremfälle in LSD-Sitzungen, die von erfahrenen Therapeuten durchgeführt werden, äußerst selten.

Ehe wir zu den spezifischen Komplikationen und Schwierigkeiten kommen, die in LSD-Sitzungen auftreten können, wollen wir einige allgemeine Prinzipien nennen. Der wichtigste Faktor bei der Krisenbewältigung ist die emotionale Reaktion des Therapeuten auf die Notlage. Eine ruhige, gefasste und hilfsbereite Einstellung zu den auftretenden Erscheinungen ist viel wichtiger als alles, was der Therapeut sagt oder tut. Die Fähigkeit, dramatischen Triebausbrüchen, sexuellem Agieren, Feindseligkeiten und aggressiven Handlungen, selbstzerstörerischen Bestrebungen, paranoiden Reaktionen, extremen emotionalen oder physischen Leiden unerschüttert zu begegnen, wächst mit der klinischen Erfahrung und mit der Zahl der Sitzungen, die man durchgeführt hat. Eine Anzahl kritischer Situationen durchzustehen und ihre positive Auflösung mitzuerleben, ist die beste Schulung für künftige Notfälle. Ebenso wichtig, wenn nicht noch wichtiger, ist das Durcharbeiten der eigenen emotionalen Schwierigkeiten in psychedelischen Sitzungen zu Ausbildungszwecken. Alle schwereren ungelösten Probleme des Beisitzers können durch die Teilnahme an den Sitzungen anderer Menschen leicht aktiviert werden.

Weckt die Krisensituation bei den Therapeuten Angst, Aggressivität, Schuldgefühle oder irgendeine andere »Gegenübertragungs«-Reaktion, so kann daraus eine höchst gefährliche Art der Interaktion mit dem Patienten erwachsen. Da die Beisitzer für den Patienten der einzige Anhalt in der Realität sind, ist ihre Reaktion sein wichtigstes Kriterium für die Bedenklichkeit der Situation. Wenn also der Therapeut Angst verrät, ist dies für den Patienten der endgültige Beweis, daß die Situation wirklich gefährlich ist. Von den Beisitzern wird nicht nur erwartet, daß sie nüchtern und zur Realitätsprüfung fähig sind, sondern in den Augen des Klienten sind sie auch Experten im Umgang mit ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen. Immer wenn sie stark negative Reaktionen auf eine Notlage zeigen, kann sehr leicht ein destruktiver Teufelskreis zwischen ihnen und dem Klienten entstehen.

Die Bewältigung von Krisensituationen ist eines der zentralen Probleme der LSD-Psychotherapie. Eine Sitzung, in der der Prozeß außer Kontrolle gerät, ist nicht nur fruchtlos, sondern schädlich; sie schafft Frustration und Enttäuschung beim Therapeuten wie beim Patienten, untergräbt ihr gegenseitiges Vertrauen und kann ihre Gefühle persönlicher Sicherheit zerstören. Für den Therapeuten sind daher zureichende Ausbildung und Erfahrung, einschließlich eigener LSD-Sitzungen, von höchster Bedeutung. Zur Zeit meiner LSD-Studien in der Tschechoslowakei hielt sich dort die Ausbildung künftiger LSD-Therapeuten mehr oder weniger an das psychoanalytische Vorbild. Sie sah ein Minimum von fünf LSD-Sitzungen bei einem erfahrenen Therapeuten vor; außerdem mußten dreißig therapeutische Sitzungen mit Psychiatrie-Patienten unter Supervision durchgeführt werden. LSD-Ausbildungssitzungen wurden auch für diejenigen psychiatrischen Krankenschwestern als sehr nützlich befunden, die als weibliche Kotherapeuten fungierten oder mit den unter LSD-Einfluß stehenden Patienten in Berührung kamen.

Der Einsatz von Beruhigungsmitteln ist eine Frage von einiger praktischer Bedeutung und verdient besondere Behandlung. Im allgemeinen kann ein erfahrenes Therapeutenpaar allen oder fast allen Situationen, die in LSD-Sitzungen auftreten, allein mit psychologischen Mitteln gerecht werden. Ich habe selbst im Lauf der Jahre über dreitausend Sitzungen durchgeführt, und nur drei davon wurden mit Tranquilizern abgeschlossen. Die drei Ausnahmefälle lagen in den ersten Jahren meiner LSD-Studien, als meine Erfahrung mit Drogen noch gering war. Thorazin und andere bekannte Beruhigungsmittel sind keine spezifischen Neutralisationsmittel zum LSD. In hoher Dosierung haben sie einen allgemein hemmenden Effekt, der die psychedelische Wirkung des LSD

überlagert und verdeckt. Die eingehende retrospektive Analyse zeigt gewöhnlich, daß der Patient die Wirkungen beider Drogen zugleich verspürt und daß die kombinierte Wirkung ziemlich unangenehm ist.

Beruhigungsmittel können im Verlauf psychedelischer Sitzungen viel Schaden stiften. Auch die dramatischsten negativen LSD-Erlebnisse haben eine starke Tendenz zur positiven Auflösung; und wenn sie gut aufgelöst werden, sind sie auf lange Sicht für den Klienten überaus heilsam. Werden Beruhigungsmittel auf dem Höhepunkt eines schwierigen psychedelischen Zustands verabreicht, so verhindern sie meist dessen natürliche Auflösung und positive Verarbeitung. Sie »frieren« gleichsam den Klienten in einer negativen psychologischen Situation fest und tragen damit zum Auftreten anhaltender Reaktionen, schädlicher Nachwirkungen und »Rückblenden« bei. Daß oft ganz routinemäßig inmitten eines negativen psychedelischen Erlebnisses Tranquilizer eingenommen werden, ist also eine schlechte Gewohnheit, die man aufgeben sollte. Dies gilt noch mehr im Zusammenhang einer LSD-Psychotherapie, die nach den allgemeinen Prinzipien einer Aufdeckungstechnik verfährt. Unangenehme Erlebnisse werden hervorgerufen durch das Auftauchen stark besetzten, emotional traumatischen Materials aus dem Unbewußten. Da dieses Material zugleich der Grund für die Schwierigkeiten des Patienten im täglichen Leben ist, bieten die negativen Episoden in LSD-Sitzungen, wenn sie richtig aufgefaßt und behandelt werden, große Möglichkeiten therapeutischer Änderungen.

Zwischen den Inhalten aufeinanderfolgender Sitzungen besteht eine Kontinuität. Wenn wir unangenehmes Erleben durch Verabreichen eines Beruhigungsmittels beenden, wird das unaufgelöste Material in den nächsten Sitzungen wieder zutage treten, bis der Patient einen Punkt erreicht, wo er es in Angriff nehmen und auflösen kann. Der Therapeut sollte also zuerst einmal alle Möglichkeiten psychologischer Intervention ausschöpfen, ehe er Tranquilizer überhaupt in Erwägung zieht. Wenn sich zwischen dem Beisitzer und dem Klienten ein bestimmter, unauflöslich scheinender Teufelskreis herausgebildet hat, kann man einen anderen Therapeuten herbeirufen, der die Sitzung fortführt; Vorkehrungen für solche Notfälle sollten immer im voraus getroffen werden.

Wenn alle psychologischen Maßnahmen nichts nützen und ein Beruhigungsmittel unvermeidlich wird, gibt man am besten zuerst Librium (30-60 Milligramm) oder Valium (10-30 Milligramm), die schmerzliche Emotionen zu lindern scheinen, ohne den Verlauf der Sitzung zu stören. Sobald wie möglich sollte der Patient wieder die Ruhelage mit Kopfhörern und Augenschirmen einnehmen und das introspektive Erleben fortsetzen.

Die Situation, aus der in psychedelischen Sitzungen die größten Schwierigkeiten erwachsen, ist *das Erlebnis, zu sterben*, das im Todes- und Wiedergeburtsprozess eintritt. Diese Begegnung mit dem Tod ist so echt und überzeugend, daß es nicht nur vom Erlebenden selbst, sondern auch von außenstehenden Beobachtern oder unerfahrenen Beisitzern, die sich in einem normalen Bewußtseinszustand befinden, als eine tatsächlich lebensbedrohende Notlage mißdeutet werden kann. Wegen dieser Verwechslung des symbolischen Sterbens mit dem biologischen ist der Widerstand gegen den psychedelischen Prozeß hier besonders mächtig. Tiefsitzende Ängste und Überlebensinstinkte werden geweckt und lassen den Klienten gegen die Wirkung des Medikaments mit einer Heftigkeit und Entschlossenheit ankämpfen, wie sie für einen tatsächlichen Kampf auf Leben und Tod charakteristisch sind.

Technisch gesehen, ist dies eine äußerst kritische und wichtige Situation. Für den glatten Verlauf und das Gelingen der Sitzung ist es unbedingt notwendig, daß der Patient die Augenschirme und Kopfhörer aufbehält und daß der Prozeß nach innen gekehrt bleibt. Werden die psychischen Aspekte dieses Erlebens nach außen, auf die therapeutische Situation gekehrt, so kann daraus ein gefährliches Agieren werden. Den Patienten zieht es vielleicht zur Tür oder zum Fenster hin, die ihm als Fluchtwege aus der unerträglichen psychischen Situation erscheinen; er wird gewalttätig gegen die Beisitzer, die er für seine Unterdrücker hält; oder es treibt ihn zu gewaltsamer Selbstvernichtung, die er mit dem befreienden Tod des Ichs verwechselt. Die Gefahren einer Veräußerlichung

reichen über die Situation der LSD-Sitzung selbst hinaus. Unaufgelöste psychedelische Erlebnisse dieser Art können zu sehr schwierigen Gefühlszuständen in der Periode nach der Sitzung führen, die manchmal, wenn sie nicht angemessen behandelt werden, Tage, Wochen oder Monate lang anhalten.

Versucht der Klient die Augenschirme abzureißen und eine projektive pseudoreale Situation dieser Art zu schaffen, so wird es Zeit für eine aktive Intervention. Da dieses Thema in der Vorbereitungsphase besprochen worden ist, können die Beisitzer auf dieses frühere Gespräch Bezug nehmen, um dem Klienten die intellektuelle Kenntnis des Prozesses mit dem tatsächlichen Erleben verknüpfen zu helfen. Dies allein kann schon etwas nützen, obwohl gewöhnlich zwischen dem Todeserleben und seiner verbalen Beschreibung eine tiefe Kluft liegt. Dieser Prozeß kann eine so elementare, unvorstellbare Erlebnisdichte gewinnen, daß keine Sprache der Welt ihn zu beschreiben vermöchte. Auf jeden Fall sind zur Bewältigung einer solchen Situation die nichtverbalen Aspekte im Vorgehen der Beisitzer ausschlaggebend; Metakommunikation ist unter solchen Bedingungen wirksamer als alles, was man sagen oder tun kann.

Die Beisitzer müssen dem Klienten versichern, wenn nötig mehrfach, daß er es nicht mit seinem wirklichen, biologischen Tode zu tun hat, so überzeugend dieser Eindruck auch für ihn sein mag. Sie müssen ihn darüber beruhigen, daß sein Gefühl des Sauerstoffmangels nur subjektiv und daß die Atmung als solche intakt ist. Immer wieder muß der Klient ermahnt werden, dem Prozeß nachzugeben und sich in den psychologischen Tod zu fügen. Sehr hilfreich kann es sein, nachdrücklich darauf zu bestehen, daß der kürzeste Ausweg aus diesem Erlebnis der Durchgang durch seine schwierigsten Stellen ist, und immer wieder auf das Positive hinzuweisen, das den Klienten auf der »anderen Seite« erwartet. Die Gefäßtheit der Beisitzer, ihre Vertrautheit mit dem Prozeß und seiner vorgezeichneten Bahn sind jedoch letztlich die entscheidenden Faktoren, denn sie sorgen für die nichtverbalen oder metakommunikativen Komponenten, die ihren Aussagen die Überzeugungskraft und den Bezug zur Wirklichkeit des Erlebnisses geben.

Im Laufe wiederholter LSD-Sitzungen, die sich mit der perinatalen Ebene beschäftigen, werden die Todeserlebnisse gewöhnlich intensiver und vollständiger. Wenn der Prozeß die Stadien des abschließenden *Ich-Todes* erreicht, können sich besondere technische Probleme ergeben. Der Ich-Tod ist ein Vernichtungserlebnis, in dem alles zugrunde geht, was der Einzelne ist, was er besitzt und woran er hängt. Seine Wesensmerkmale sind ein Gefühl totalen Zunichtewerdens auf allen erdenklichen Ebenen, in dem alle Anhaltspunkte und Orientierungen schwinden und die objektive Welt hinfällig wird. Je mehr man sich diesem Prozeß aus verschiedenen Richtungen und auf verschiedenen Ebenen annähert, desto mehr psychologische Opfer verlangt er. In den letzten Stadien sieht sich der Einzelne Erlebnissen, Situationen und Umständen ausgesetzt, die für ihn unannehmbar oder sogar unvorstellbar sind.

Die Art der Erlebnisse, welche dem Vollzug dieses Prozesses als letzte Hindernisse im Weg stehen, ist bei jedem Klienten eine andere. Bei manchen sind dies bestimmte körperliche Krisenerscheinungen wie beklemmende Atemnot, quälende Schmerzen, eine Ohnmacht oder heftige, anfallsartige Aktivität. Andere sehen sich vor eine Situation gestellt, die psychologisch für sie völlig unannehmbar ist, und ergeben sich in sie. Am häufigsten sind hier Erbrechen, unfreiwillige Blasen- oder Darmentleerungen, obszöne sexuelle Handlungen, Verwirrung und Orientierungslosigkeit, Ausstoßen unmenschlicher Laute, Erniedrigung und Verlust des Ansehens. Ein sehr schwieriges und sehr wichtiges Erlebnis, das im Zusammenhang mit dem Ich-Tod auftritt, ist die Erwartung einer ungeheuren Katastrophe. Der Klient verspürt eine quälende Spannung, die sich zu phantastischen Proportionen auswächst, und gewinnt die Überzeugung, daß er explodieren und die ganze Welt dabei zugrunde gehen werde. Diese Furcht vor dem Zerfall ist eine starke Erlebensschränke; in seinem besonderen Zustand faßt der Einzelne eine starke Überzeugung, nicht nur sein eigenes Wohl, sondern das Schicksal der ganzen

Welt hänge davon ab, ob er fähig sei, weiter standzuhalten. In dieser Situation ist es von größter Bedeutung, daß ihm die Beisitzer wiederholt die Ungefährlichkeit dieses Erlebnisses versichern. So katastrophal sie ihm subjektiv auch erscheinen mag, ist diese Explosion letztlich doch eine emotionale und spirituelle Befreiung. Was dabei vernichtet wird, ist nur das alte, verengte Selbstbild und das ihm entsprechende verengte Bild vom Dasein und vom Universum. Sobald der Prozeß einmal bis zu diesem Punkt gelangt ist, wird es unerläßlich, die Gestalt des Erlebnisses zum Abschluß zu bringen. Unerledigte und schlecht verarbeitete Sitzungen mit dieser Thematik können zu stark destruktivem Verhalten und zu Selbstmordgedanken führen.

Ein anderes Erlebnis, aus dem in LSD-Sitzungen beträchtliche Probleme erwachsen können, ist das Erlebnis der Ausweglosigkeit. Obwohl es meistens im Zusammenhang der perinatalen Matrix II auftritt, hat es Entsprechungen, die in fortgeschrittenen Sitzungen auf der transpersonalen Ebene zu beobachten sind. Den transpersonalen Versionen fehlt das konkrete Moment mechanischen Eingeschlossenseins und die biologische Dimension; sie haben eine rein metaphysische Qualität.

Die Grundstrategie bei der Bearbeitung dieser Situation der Ausweglosigkeit sollte dahin gehen, den Unterschied zwischen der psychologischen Zeit und der Uhrzeit klarzustellen. Das Gefühl, zu ewiger Verdammnis ohne Hoffnung auf einen Ausweg verurteilt zu sein, ist eine *wesentliche Erlebniseigenschaft* dieser Situation. Um dieses Erlebnis verarbeiten zu können, muß man es in seinem vollen Gehalt hinnehmen.¹ Paradoxe Weise erreicht jemand, der sich verzweifelt wehrt und gegen dieses Erlebnis ankämpft, das ihm endlose Leiden zu verheißen scheint, nur eine Verlängerung seiner Qualen; wer hingegen kapituliert und sich damit abfindet, auf ewig in der Hölle bleiben zu müssen, der hat die Tiefen der infernalischen Matrix bereits durchgemessen und diese Gestalt zum Abschluß gebracht, so daß der Prozeß weitergehen kann.

Eine schwierige Situation, die eng mit der Matrix des Eingesperrtseins verbunden zu sein scheint, wird durch *repetitives verbales oder motorisches Verhalten* gekennzeichnet – Verbigeration und Perseveration in der klassischen psychiatrischen Terminologie. Eine Zeitlang, Minuten oder auch Stunden, verhält sich der Klient wie ein Roboter mit schadhaftem Mechanismus. Immerzu wiederholt er dieselben Bewegungen, Sätze oder Worte. Gewöhnlich kann man dann keinen sinnvollen Kontakt zu ihm finden, und keinerlei äußerer Eingriff vermag das automatenhafte Verhalten zu durchbrechen. In den meisten Fällen kann man nur warten, bis diese Reaktion von selbst vorübergeht und der Kontakt wiederhergestellt werden kann. Dieses Verhalten scheint dann aufzutreten, wenn die Droge unbewußtes Material mit allzu starker Gefühlsbesetzung aktiviert. In weniger auffälliger Form kann dieses Verhalten das Auftauchen eines besonders starken COEX-Systems begleiten; Extremfälle sind fast immer mit dem perinatalen Prozeß verbunden. Oft hat der Klient hinsichtlich dieser Episoden später eine totale Amnesie oder sehr unvollständige Erinnerungen.

Eines der geläufigsten Probleme in psychedelischen Sitzungen ist die *Angst, wahnsinnig zu werden*, meist verbunden mit dem Gefühl, man verliere die Selbstbeherrschung. Es ist am häufigsten bei Personen mit starkem Kontrollbedürfnis, die auch im Alltag ständig Angst haben, sich gehen zu lassen. Die allgemeine Strategie, die schon in der Vorbereitungsphase besprochen und während der Sitzungen, wenn das Problem auftaucht, verbal bekräftigt wird, geht dahin, zum Aufgeben der Kontrolle zu ermutigen. Das Mißverständnis, aus dem dieses Problem gewöhnlich erwächst, liegt in der Befürchtung, daß schon ein momentanes Nachlassen in der Selbstbeherrschung zu ihrem dauernden Verlust und zu irgendeiner Form des Wahnsinns führen werde. Die neue Auffassung, die wir dem Patienten nahebringen, besagt, daß er durch Aufgeben der Kontrolle eine Situation schafft, in der das verdrängte, zurückgestaute Material hervortreten und durchgearbeitet werden kann. Nach einer Episode dramatischen und oftmals chaotischen Freiwerdens der gestauten Energien durch alle erdenklichen Kanäle verliert dieses

Problem seine Brisanz, und der Klient erreicht eine mühelosere Beherrschung. Diese neue Form erfordert keine verstärkte Selbstbeherrschung; eine solche ist nicht mehr nötig, weil es nichts zu beherrschen gibt. Die häufige Verknüpfung von Problemen der Selbstbeherrschung mit der Besorgnis, die Kontrolle über den Schließmuskel zu verlieren, soll in einem späteren Kapitel behandelt werden.

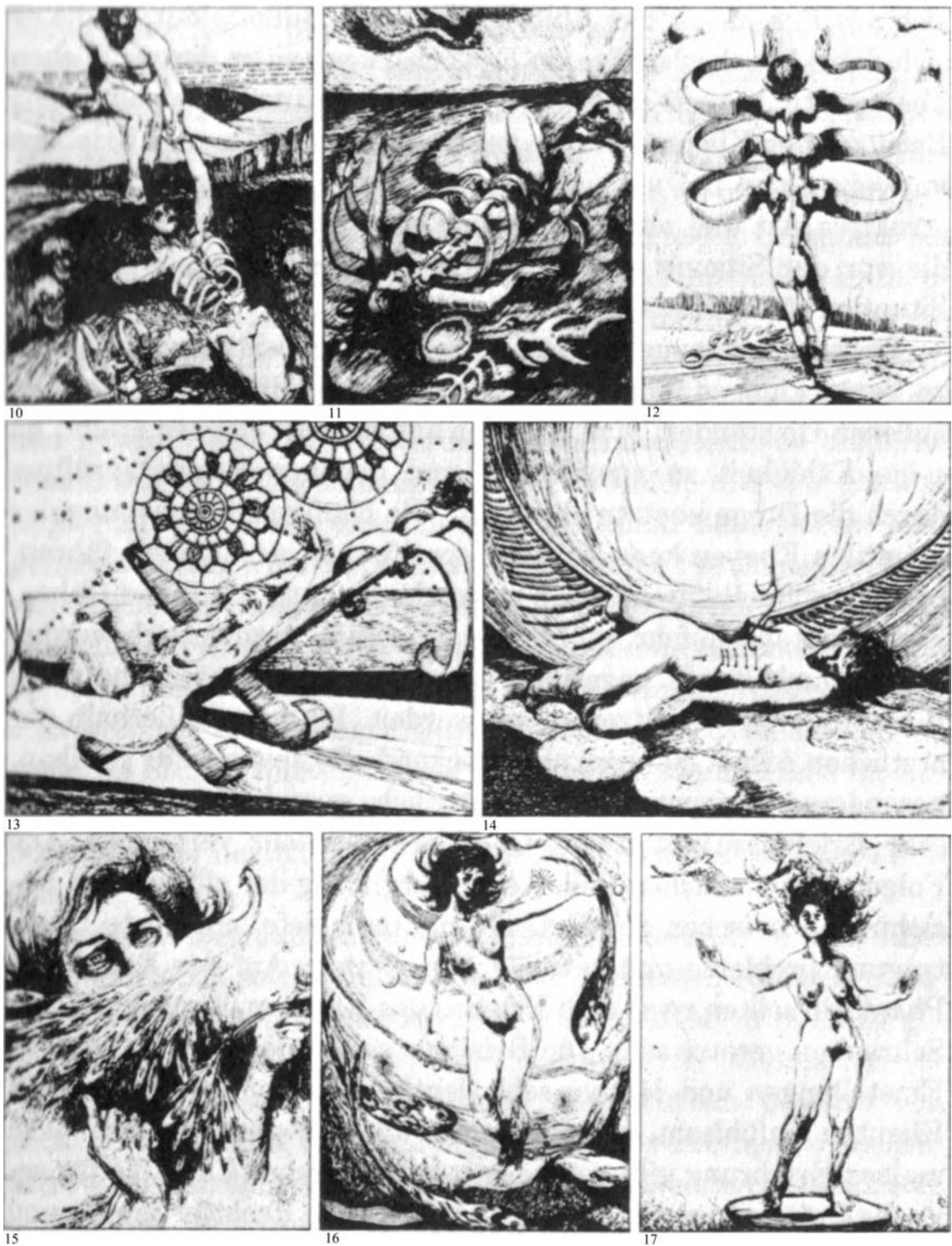
Überhaupt sollte man jederlei »psychotische« Erlebnisse während der Sitzungen und in besonders strukturierten Situationen auch während der Zeit zwischen den Sitzungen begünstigen, solange sie den Klienten oder andere Menschen nicht gefährden. Wir haben es hier nicht mit Erlebnissen zu tun, die durch die Droge hervorgerufen werden, sondern mit Zonen potentieller psychotischer Aktivität im Innern des Klienten, die durch chemische Einwirkung nach außen gebracht werden. Man versteht solche Episoden besser als therapeutische Möglichkeiten denn als klinische Probleme. Psychotische Reaktionen, die besondere Beachtung verdienen, sind diejenigen, die mit *paranoider Wahrnehmung* verbunden sind. Sie bereiten große technische Schwierigkeiten, weil sie die therapeutische Kooperation im Innersten, in der Beziehung des Klienten zu den Beisitzern gefährden. Die Probleme dieser Art umfassen ein weites Spektrum, von leichtem Mißtrauen bis hin zu echten paranoiden Wahnvorstellungen. Sie treten in vielen Varianten auf und können in vielen Schichten des Unbewußten verwurzelt sein. Bei der Bearbeitung der psychodynamischen Ebene lassen sie sich gewöhnlich zu Situationen in der Kindheit zurückverfolgen, wo der Klient mißbraucht oder mißhandelt wurde, oder zu Episoden emotionaler Entbehrung und Verlassenheit im Säuglingsalter. Wichtige Quellen paranoider Gefühle sind die perinatalen Matrizen II und III, besonders der Beginn des Erlebnisses der Ausweglosigkeit. Biologisch hätte dies seine Entsprechung im Anfang der Entbindung, wenn die intrauterine Welt des Feten von tückischen und ungreifbaren chemischen Kräften behelligt wird und sich aufzulösen beginnt. Manche dieser paranoiden Gefühle lassen sich bis zu embryonalen Krisenzuständen zurückverfolgen, zu traumatischen Erlebnissen während früherer Inkarnationen, negativen archetypischen Strukturen und anderen Arten transpersonaler Erscheinungen.

Leichterem Formen des Mißtrauens kann man damit begegnen, daß man den Klienten an frühere Gespräche über das Grundvertrauen erinnert und ihn anhält, sich nach innen zu wenden und die Gründe seines Mißtrauens im auftauchenden unbewußten Material zu suchen. Dies ist gewöhnlich nur dann möglich, wenn der Klient noch so viel Vertrauen hat, daß er über den Vertrauensschwund spricht. In schwereren Fällen wird sich der Klient mit seinen paranoiden Gedanken und Gefühlen innerlich beschäftigen, und die Beisitzer erfahren vielleicht erst davon, wenn das Erlebnis vorüber und das Vertrauen wiederhergestellt ist. Extreme Grade der Paranoia können zum Agieren führen; Situationen, wo ein akut paranoider LSD-Patient den Raum verlassen will oder die Beisitzer anfällt, gehören mit zu den schwierigsten in der psychedelischen Therapie. Die einzige Möglichkeit ist es hier manchmal, nicht mehr gutzumachenden Schaden für Personen und Sachen zu verhüten und im übrigen auf Zeitgewinn auszugehen. Wenn die Reaktion nachläßt, sollten die Beisitzer den Klienten wieder in die Ruhelage bringen, mit Augenschirmen und Kopfhörern, und versuchen, mit den an früherer Stelle beschriebenen Methoden auf eine vollständige Auflösung und Verarbeitung des Problems hinzuwirken.

Manchmal kann *sexuelles Agieren* technische Probleme heraufbeschwören. Wenn die Beisitzer, wie etwa bei genitaler oder analer Masturbation, nicht direkt belästigt werden, sollten sie großzügig genug sein, es zu tolerieren. Eine solche Episode kann manchmal, wenn sie von den Therapeuten richtig behandelt wird, zu einem starken korrektiven Erlebnis werden und ein altes psychisches Trauma heilen, das vielleicht von gefühllosen Eltern durch drastische Bestrafung kindlicher Triebregungen hervorgerufen wurde. Wenn es den Beisitzern schwerfällt, ein solches Verhalten hinzunehmen, sollte sie dies dazu motivieren, die Wurzeln ihrer eigenen Einstellungen und Reaktionen zu ergründen.



Die Zeichnerin Henriette Francis dokumentierte ein LSD-Erlebnis bei einem psychedelischen Programm in Menlo Park (Kalifornien). Es weist zum großen Teil typisch perinatale Züge auf, und die Zeichnerin hat viele symbolische Sequenzen aus dem Todes- und Wiedergeburtprozess geschildert. Nach den ersten Visionen von geometrischen Ornamenten (1) vertieft sich der Prozeß (2, 3), und die Künstlerin sieht sich einem Wirbelstrom gegenüber, der sie ins Reich der Toten hinüberzieht (4). In der Unterwelt ist sie bohrenden Schmerzen (5) und beklemmendem Druck ausgesetzt (6, 7), erlebt eine sonderbare Verbindung von Geburt und Tod (8), meditiert vor geheimnisvollen Symbolen an einem Kreuzigungsalter (9) und nimmt ein Hilfsangebot an (10).



In einer Sequenz, die stark an eine schamanische Initiation erinnert, wird sie zuerst vernichtet und in ein Skelett verwandelt (11), worauf eine Erneuerung, Wiederaufstieg und Rückkehr ins Leben folgen (12). Nach einem Erlebnis, das offenbar eine symbolische Kreuzigung ist (13), und Reminiszenzen an einen chirurgischen Eingriff (14) erlebt sie die Wiedergeburt, die mit der Erscheinung eines Pfauen verknüpft ist (15). Die nächste Zeichnung, die den ozeanischen Mutterleib darstellt, scheint zu besagen, daß das Geburtserlebnis den Weg zu dem Einssein des pränatalen Bewußtseins bereitet hat (16). Mit dem Gefühl, verjüngt und gestärkt zu sein, kehrt sie von ihrer Reise zurück (17). (Aus LSD JOURNALS OF AN ARTIST'S TRIP. Zeichnungen von Henriette Francis. Mit freundlicher Genehmigung der International Foundation for Advanced Study, Menlo Park, California.)

Schwieriger wird die Situation, wenn sich die sexuelle Tätigkeit beim Agieren auf die Beisitzer selbst richtet. Die Regel sollte hier sein, alle Berührungen der Genitalien, der Brüste oder des Mundes, an die sich bei Erwachsenen die Sexualität heftet, auszuschließen. Dafür gibt es gute Gründe, die über moralische Rücksichten hinausgehen. Sexuelle Aktivität dieser Art ist oft ein Zeichen dafür, daß der Klient tieferen Problemen Widerstand entgegensetzt. Ein typisches Beispiel wäre ein männlicher Patient, der das infantile Bedürfnis nach tröstenden Berührungen spürt und sich aus Furcht vor der Abhängigkeit und Hilflosigkeit, in die er sich dabei begeben müßte, in Erwachsenenmanier der weiblichen Therapeutin sexuell zuwendet. In solchen Situationen sollten die Beisitzer den Klienten immer auf eine tiefere Ebene des Erlebens verweisen und ihn vom Agieren abbringen. Dies kann auf konstruktive Art und ohne Abweisung geschehen. Der Hinweis auf die vor der Sitzung ausdrücklich vereinbarten Regeln kann die Situation für die Beisitzer leichter machen.

Erwachsene sexuelle Betätigungen in LSD-Sitzungen können zu Verwicklungen führen; sie werden, gleichgültig, unter welchen äußeren Umständen, vom Klienten auf vielerlei Ebenen erlebt, da seine Fähigkeit zu spezifischer und genauer Realitätsprüfung durch die Droge beeinträchtigt ist. Die häufige Einbeziehung der infantilen Ebenen kann zu einer spezifischen Anfälligkeit führen, besonders für Befürchtungen wegen Verletzung des Inzest-Tabus. Es besteht die Gefahr, daß solche Erlebnisse traumatisch werden und langanhaltende negative Folgen für den Klienten und seine Beziehung zum Beisitzer haben werden. Ich habe außerhalb der ärztlichen Arbeit mehrere abschreckende Beispiele dafür gesehen, besonders in Kommunen, wo Jugendliche gemeinsame psychedelische Erlebnisse mit freiem Geschlechtsverkehr verbanden. Die Folge war in manchen Fällen eine Vergiftung der alltäglichen Beziehungen zwischen den Beteiligten durch tiefe, ungelöste Übertragungsprobleme und sexuelle Verwirrung. Auf der Ebene der Phantasie sollten zwar dem Erleben des Klienten überhaupt keine Schranken gesetzt sein. Die Beisitzer sollten jedoch ihre eigenen Einstellungen und Motive sehr deutlich machen, damit sie dem Klienten einfühlsam, aber mit Integrität begegnen können. Nach meiner Erfahrung gibt es in der psychedelischen Therapie für sexuelle Betätigungen keinen Grund und keine Rechtfertigung, und wo immer ein Therapeut im Ernst daran denkt, sollte er die eigenen Motive untersuchen. Sie scheinen mir höchstens zwischen erwachsenen Partnern möglich, die auch im täglichen Leben emotional und sexuell verbunden sind. Eine solche Erfahrung könnte dem Geschlechtsverkehr eine interessante Dimension hinzufügen, ist aber selbst unter diesen Umständen nicht ungefährlich und sollte daher nur zwischen reifen Partnern mit eingehender Kenntnis des psychedelischen Prozesses stattfinden.

Es ist klar, daß die Frage der sexuellen Beschränkungen in Sitzungen mit viel physischer Intimität problematischer ist als in solchen, wo die Beisitzer zum Klienten eine distanzierte Haltung bewahren. Da vertraulicher Körperkontakt in der psychedelischen Therapie überaus nützlich ist, wollen wir die Frage hier kurz erörtern. Die tiefe Regression ist in LSD-Sitzungen oft von heftigen anaklitischen Gefühlen und Bestrebungen begleitet, besonders bei Patienten, die in der frühen Kindheit schwere emotionale Entbehrungen erlitten haben. Ein solcher Patient möchte vielleicht die Hand der Beisitzerin halten, streicheln oder daran lutschen, möchte jemandem den Kopf in den Schoß legen, sich zusammenkuscheln und gewiegt und gekostet werden. Manchmal steht die kindliche Qualität dieser Erscheinungen außer Zweifel, und der Patient zeigt echte Merkmale einer tiefen Regression. Bei anderen Gelegenheiten können diese Aktivitäten technische Probleme bereiten, weil vielleicht nicht ohne weiteres zu unterscheiden ist, ob ein bestimmtes Verhalten ein echtes Regressionsphänomen ist, ein versehentlicher Mißgriff oder eine sexuelle Annäherung von mehr oder weniger erwachsener Qualität. Dies gilt besonders für die späteren Sitzungsphasen, wenn die Drogenwirkung schon im Abklin-

gen ist. Manchmal sind anscheinend beide Ebenen gleichzeitig beteiligt, und der Klient kann zwischen ihnen hin- und herwechseln.

In den ersten Jahren meiner therapeutischen Arbeit mit LSD verhinderte ich solche Äußerungen oder wies den Klienten ihretwegen zurecht, wie es meine streng freudianische Ausbildung gebot. Später wurde mir klar, daß Perioden tiefer Regression mit starken anaklitischen Bedürfnissen therapeutisch gesehen von höchster Bedeutung sind. Ich begriff, daß der Therapeut, je nachdem, wie er in einer solchen Situation vorgeht, entweder ein tiefes korrekatives Gefühlserlebnis ermöglichen oder aber die alten, pathologischen Formen der Entbehrung und des Abgewiesenwerdens erneuern und bekräftigen kann. Selbst zu der Zeit, als ich schon fast wie selbstverständlich körperlichen Kontakt als therapeutisches Mittel einsetzte, schränkte ich dies meist wieder ein, wenn der Klient die Schwelle zur Sexualität überschritt. Heute scheint mir dies keine Situation des Entweder/Oder mehr zu sein. Die Grenzen können sehr unauffällig auf nichtverbale Weise definiert und ausgehandelt werden. Wenn die Situation problematisch wird, kann man die Grenzen des Annehmbaren aufzeigen, ohne den engen Kontakt ganz abubrechen. Als ausschlaggebend erscheint mir, ob sich der Therapeut über die eigenen Motive im klaren ist und ob er sie dem Klienten auf verbalem oder nichtverbalem Wege deutlich zu machen versteht. Gerade durch die unklaren oder widersprüchlichen Mitteilungen des Therapeuten werden die Probleme ermöglicht oder begünstigt. Dies sind heikle und verwickelte Fragen, und es ist schwer, hierfür feste Regeln angeben zu wollen. Der Therapeut muß sich in jedem einzelnen Fall auf seine Intuition und seine klinische Erfahrung verlassen. Die Art und die spezifischen Merkmale der therapeutischen Beziehung und des in ihr bestehenden Vertrauens werden die besten Anhaltspunkte bleiben, um den Kurs zu bestimmen.

Einer der wichtigsten Bereiche, mit denen sich psychedelische Therapeuten auseinandersetzen müssen, sind die verschiedenen Formen der *Feindschaft und Aggressivität*. Werden die Sitzungen im Rahmen einer guten Arbeitsbeziehung durchgeführt, so bleiben echte technische Probleme mit aggressiven Äußerungen überaus selten, sogar in denjenigen Sitzungen, in denen die destruktiven Bestrebungen überwiegen. In den meisten Fällen ist es sogar in einem lebhaften psychodramatischen Streit noch möglich, eine synergistische Beziehung aufrechtzuerhalten. Die meisten technischen Probleme ergeben sich, wenn sich die Beisitzer mit dem Klienten auf eine spielerische physische Auseinandersetzung einlassen, bei der gedrückt, gedrängt, festgehalten und manchmal auch Schmerz zugefügt wird. Unter diesen Umständen ist es unbedingt notwendig, den »Als-ob«-Charakter von neuem zu betonen und zu verhindern, daß der Kampf für den Klienten zu einer ganz und gar realen Angelegenheit wird. Eine geschickte Verbindung von verbalen und metakommunikativen Mitteilungen kann das Spiel auf jenem Gebiet mehrdeutigen Erlebens halten, das für die therapeutische Arbeit offenbar am günstigsten ist. Einerseits muß die Situation so weit real sein, daß der Klient ganz in ihr aufgehen und sie mit seinen Emotionen besetzen kann, andererseits aber wieder nicht so real, daß sie als gefährlich oder traumatisch mißdeutet wird. Der Wahrung einer Vertrauensbeziehung muß Vorrang eingeräumt werden.

Im Gegensatz zur Häufigkeit, Intensität und Vielfalt des Aggressionserlebens ist elementares, unkontrolliertes Ausagieren destruktiver Bestrebungen in beaufsichtigten LSD-Sitzungen überaus selten. Wenn eine Situation dieser Art sich anzubahnen scheint, ist es das Beste, wie oben beschrieben, in einer kooperativen Beziehung einen äußeren Ausdruck für sie zu suchen. Eine andere wirksame Technik besteht darin, die Angst, Verletzlichkeit und Hilflosigkeit anzusprechen, die sich gewöhnlich auf einer tieferen Ebene unter den aggressiven Äußerungen verbergen. So haben Tröstungen und Beschwichtigungen manchmal einen fast magischen Einfluß auf einen Klienten, der aggressiv gestimmt ist und die Beisitzer mit Machtdemonstrationen einzuschüchtern versucht. Aggressivität wirksam zu behandeln, erfordert eine Kenntnis des spezifischen Problems,

um das es im Einzelfall geht, und das Finden der angemessenen Lösung. Wie in anderen Krisensituationen ist auch hier die persönliche Reaktion des Beisitzers und seine Einstellung zu der Situation entscheidend. Erweckt das Verhalten des Patienten im Beisitzer Angst oder Aggressivität, so können beide sich in einem Teufelskreis wechselseitiger Verstärkung der pathologischen Reaktionen verfangen. Das folgende Beispiel aus den ersten Jahren meiner therapeutischen Arbeit in Prag mag diese Überlegungen illustrieren:

Eines Tages wurde ich bei einer LSD-Sitzung mit einem Neurotiker durch lautes Klopfen an der Tür gestört. Erstaunt über eine solche regelwidrige Unterbrechung ging ich zur Tür und machte auf. Eine aufgeregte Schwester sagte mir, ich müsse unbedingt sofort ins andere Behandlungszimmer kommen, wo Heinrich, ein anderer LSD-Patient, »Amok« laufe. Ich ließ die Schwester bei meinem Patienten und machte, daß ich zum Krisenort kam. Das Behandlungszimmer war verwüstet; der Patient hatte einen Spiegel am Waschbecken zerschlagen, alle Möbel umgeworfen und etliche Bücher und Zeitschriften in Fetzen gerissen. Er stand brüllend und knurrend in der Mitte des Raumes; sein Äußeres gemahnte an einen wütenden Organ-Utan. In einer Ecke stand Julia, eine junge Kollegin, die erst seit kurzem zu unserer Gruppe gehörte. Sie hatte schon mehreren LSD-Sitzungen beigewohnt; doch dies war die erste, die sie selbständig durchführte. Sie war blaß und offenbar verängstigt; die Hände zitterten ihr.

Ich trat dicht zu Heinrich hin und nahm ihn bei der Hand; damit stellte ich einen Kontakt her und verringerte zugleich die Wahrscheinlichkeit, daß er mich angriff. »Ist ja schon gut, haben Sie nur keine Angst, niemand wird Ihnen was tun«, sagte ich in möglichst besänftigendem Ton und deutete auf die Couch. »Wollen wir uns nicht setzen? Ich möchte gern hören, was Sie erlebt haben.« Wir setzten uns, und ich fing an, ihm Fragen zu stellen, um in Erfahrung zu bringen, was seine Aggression ausgelöst hatte. Es wurde bald deutlich, daß er in der Sitzung in die frühe Kindheit regrediert war und einen Wunsch nach Vertraulichkeit und Zuneigung verspürt hatte. Er versuchte mit Julia physischen Kontakt aufzunehmen und ihr den Kopf in den Schoß zu legen. Sie bekam es mit der Angst zu tun, stieß ihn weg und ermahnte ihn, keine sexuellen Elemente in die Therapie einzubringen. Dies weckte in Heinrich eine sehr schmerzliche Kindheitserinnerung an eine Situation, in der er von seiner Mutter bei der Masturbation ertappt worden war. Sie hatte eine große Szene gemacht und es dem Vater berichtet, der Heinrich grausam bestrafte. Diese Ereignisfolge versperrte Heinrich jeden Zugang zum Ausdruck sowohl der kindlichen Abhängigkeit als auch des sexuellen Empfindens. Hinzu kam, daß die Verbindung von Sexualität mit Angst und bestrafenden Rückmeldungen die perinatale Schicht seines Unbewußten für sein Erleben aktivierte. In dieser Situation hatte Heinrich sich für den Weg der Aggression »entschieden«.

Während dieses Gesprächs hatte sich Julia von dem Schock ihrer psychedelischen Initiation etwas erholt. Mit meiner psychologischen Unterstützung brachte sie es über sich, Heinrichs Hand zu halten und ihn den Kopf in ihren Schoß legen zu lassen. Eine weitere schwierige Prüfung stand ihr aber noch bevor. Etwa eine halbe Stunde später, nachdem Heinrich wieder in sein Erleben zurückgefunden und die Augen geschlossen hatte, fing er an, mit seinem Penis zu spielen. Ab und zu machte er dabei die Augen auf, offenbar um zu sehen, wie wir reagierten. Als die erwarteten Ermahnungen ausblieben, knöpfte er sich allmählich die Hosen auf und begann durch Auf- und Abstreifen der Vorhaut zu masturbieren. Die Ejakulation brachte eine dramatische Erleichterung seiner physischen und emotionalen Spannung; ihre psychologische Wirkung ging über die der physiologischen Abfuhr weit hinaus. Heinrich meinte, die Tatsache, daß er in Gegenwart

von Ersatzeltern habe masturbieren können, ohne zurechtgewiesen zu werden, habe ihm geholfen, ein sexuelles Trauma aus seiner Kindheit zu überwinden und eine dauerhafte Befreiung seines Geschlechtslebens bewirkt.

Diese Sitzung war auch für Julias Entwicklung ziemlich bedeutsam. Später fand sie, dieses schwierige Erlebnis sei ihr eine große Lehre gewesen. Es half ihr, für die mancherlei ungewöhnlichen Erscheinungen in LSD-Sitzungen toleranter zu werden, und sie wurde später eine bessere und erfolgreichere Therapeutin.

Um die Liste der schwierigen Situationen, die in LSD-Sitzungen eintreten können, zu vervollständigen, müssen wir noch *körperliche Begleiterscheinungen* anführen, die bei psychedelischen Erlebnissen häufig sind. In ihren milderen Formen stellen sie gewöhnlich kein sonderlich beunruhigendes technisches Problem dar, aber in den extremen Formen können sie recht alarmierend sein. Wie schon gesagt, sind dies alles keine pharmakologischen Wirkungen des LSD, sondern komplexe psychosomatische Erscheinungen. Die allgemeine Strategie gegenüber den somatischen Aspekten in LSD-Sitzungen sollte dahin gehen, sie möglichst umfassend durchleben zu lassen; die klinische Erfahrung hat den therapeutischen Wert dieses Vorgehens mehrfach bestätigt.

Wohl die häufigsten dieser körperlichen Erscheinungen sind mancherlei motorische Äußerungen wie allgemeine Muskelspannung, verrenkte Haltungen und Drehbewegungen, vielerlei Tremores, Rucken, Zucken und anfallsartige Episoden. Dem Klienten sollte man raten, diese Bewegungen nicht zu unterdrücken; sie stellen äußerst nützliche Bahnen dar, über die tiefe, aufgestaute Energien wirksam abgeführt werden können. Es ist wichtig, daß die Beisitzer jeden Versuch des Klienten erkennen, diese Phänomene aus ästhetischen oder anderen Rücksichten zu beherrschen. Sie sollten ihn beharrlich zur ungehemmten Abfuhr der Energie ermutigen, selbst wenn die volle Entladung in Form eines heftigen Wutanfalls oder eines epilepsieartigen Anfalls geschieht. Wenn die Drogenwirkung nicht ausreicht, eine spontane Spannungsentladung herbeizuführen, kann man diese dadurch auslösen, daß man den Klienten die Spannung in den betreffenden Zonen gewaltsam steigern und ihn für längere Zeit eine unbewegliche Haltung einnehmen läßt. Auch starker Druck von außen und Tiefenmassage sind zu diesem Zweck recht nützlich.

Sehr oft haben Klienten in psychedelischen Sitzungen Atemschwierigkeiten. Manchmal, meist bei Personen, die damit schon früher Probleme gehabt haben, äußern sie sich in Form eines echten asthmatischen Anfalls. In der Sitzung ist es dann notwendig, den Klienten zum vollen Durchleben der unangenehmen Erstickungsgefühle zu ermutigen, ihm zugleich aber zu versichern, daß keine echte Gefahr bestehe, weil die Atemnot nur subjektiv empfunden wird und die Atmung tatsächlich ausreichend ist. Es ist wichtig, daß die Beisitzer dem Erlebenden zu dieser Frage ehrliche und objektive Rückmeldungen geben. Mehrfaches Räuspern, Husten oder Schreien, wenn es einen natürlichen Teil dieses Erlebens bildet, kann dramatische Erleichterung bringen.

Körperlicher Schmerz ist ein wichtiger und notwendiger Teil des psychedelischen Prozesses und sollte ebenfalls voll durchlebt werden, wenn er während der Sitzung aufzutreten beginnt. Gewöhnlich begleitet er das Nacherleben tatsächlicher physischer Traumatisierungen durch Krankheiten, Unfälle und Operationen oder durch die Geburt, doch kann er auch mancherlei symbolische Nebenbedeutungen haben. Heftiger körperlicher Schmerz ist manchmal mit transpersonalen Phänomenen wie den Erinnerungen an frühere Inkarnationen, an menschliche oder gattungsgeschichtliche Vorfahren verbunden. In den späteren Phasen einer Sitzung, wenn die pharmakologische Wirkung des LSD nicht mehr stark genug ist, kann es nützlich sein, das Schmerzempfinden durch Druck oder Tiefenmassage an den vom Patienten bezeichneten Stellen zu steigern. Bei der Bearbeitung der Schmerzen sollten die Beisitzer immer auf deren volles Durchleben und auf den physischen oder emotionalen Ausdruck des unvermeidlich dahinterliegenden

Gefühls Wert legen. Nicht selten bitten die Patienten von sich aus um stärkeren Druck, manchmal bis zu einem Punkte, wo dies den Therapeuten nicht mehr geheuer ist. Bei unbeaufsichtigter LSD-Einnahme kommt es vor, daß Einzelne sich tatsächlich Verletzungen zufügen wollen, um den Schmerz zu veräußern. Dies scheint der Mechanismus bei manchen Selbstverstümmelungen und selbstzugefügten Verletzungen im Zusammenhang mit LSD-Erlebnissen zu sein, von denen in den Massenmedien soviel Aufhebens gemacht worden ist.

Übelkeit und Erbrechen stellen sich zumeist bei Personen ein, die von Kind an darunter gelitten haben oder bei denen dies eine habituelle Reaktion auf Belastungen im Alltag ist. Die Übelkeit sollte keineswegs gelindert werden, und die Beisitzer sollten jedesmal zum Erbrechen auffordern, wenn der Patient dagegen anzukämpfen scheint. Eruptives Erbrechen hat einen stark purgativen Effekt und bringt in vielen Fällen eine positive Wende in einer schwierigen Sitzung. Eine besondere Bedeutung kann es auch bei Personen haben, für die es im täglichen Leben sehr stark negativ besetzt ist. Die Abneigung gegen das Erbrechen kann eine sehr bedeutsame Sperre darstellen und mit starken emotionalen Inhalten verschiedener Schichten verknüpft sein. Nachdem sie sich mitten in einer LSD-Sitzung übergeben haben, sagen manche Patienten, sie seien Berge von Müll losgeworden. Andere haben das Gefühl, sich des introjizierten Bildes von einem schlechten Elternteil entledigt zu haben. In manchen Fällen ist eruptives Erbrechen mit dem Eindruck verbunden, eine Form fremder transpersonaler Energie auszustoßen, in einem fast exorzistischen Sinne.

Probleme der Blasen- und Darmentleerung sind in psychedelischen Sitzungen ungewöhnlich häufig. Entweder stellen sich urethrale und anale Spasmen ein, mit Unfähigkeit zur Entleerung, oder, umgekehrt, ein heftiger physiologischer Drang, mit der Besorgnis, man könnte die Kontrolle über Blase und Darm verlieren. Schwierigkeiten beim Urinieren treten typischerweise bei Personen auf, die im täglichen Leben auf mancherlei Belastungen mit häufigem Harnandrang (Pollakisuria) reagieren oder die klassischen Merkmale einer urethralen Persönlichkeit im Sinne Freuds aufweisen, nämlich starken Ehrgeiz, Prestigebedürfnis, Schamhaftigkeit und Angst, sich zu blamieren. Hat ein LSD-Patient irgendwann in seiner Vergangenheit an Enuresis (Bett- oder Hosennässen) gelitten, so kann man erwarten, daß diese Probleme früher oder später in der Sitzung von neuem auftauchen werden. Dasselbe gilt auch für Frauen, die unter einer organischen Insuffizienz oder Frigidität leiden, infolge von Angst, im Augenblick, wo der Orgasmus erfolgen sollte, die Blase nicht mehr beherrschen zu können. Auf der psychodynamischen Ebene sind die urethralen Probleme gemäß den psychoanalytischen Beschreibungen mit spezifischen, traumatisch-lebensgeschichtlichen Inhalten verknüpft. Sie sind aber immer auch noch in der tieferen Schicht des Geburtsvorgangs verwurzelt; dort bestehen ganz spezifische Verbindungen zwischen urethralen Dysfunktionen und bestimmten Aspekten der perinatalen Matrizen. Eine Sperre beim Urinieren fällt so in den Zusammenhang der perinatalen Matrix II, schmerzhafter Entleerungsdrang mit inneren Konflikten ist eine fast normale Begleiterscheinung der Matrix III, und Verlust der Blasenkontrolle kennzeichnet den Übergang von der Matrix III zu IV.

In den ersten Jahren meiner LSD-Praxis zögerten Patienten mit diesen Problemen die Konfrontation mit dem urethralen Material manchmal wochen- oder monatelang hinaus, indem sie den Prozeß unterbrachen und ins Badezimmer gingen. Manche gingen während einer einzelnen Sitzung fünfzehn bis zwanzigmal auf die Toilette, zumeist unnötigerweise. Als ich begriff, daß dies eine starke Form des Widerstands war, traf ich die nötigen Vorkehrungen für unwillentliches Urinieren: Ich legte ein Gummilaken auf die Couch und hielt die Patienten davon ab, das urethrale Drängen nach Erwachsenenmanier zu beheben. Patienten, die gegen diese Regelung starke Einwände und einen unüberwindlichen Widerstand hatten, wurden aufgefordert, Gummihosen anzuziehen, wie sie in der Chirurgie üblich sind. Dank diesem Verfahren konnten schwere urethrale

Konflikte und Sperren in wenigen Sitzungen aufgelöst werden, ob unwillentliches Urinieren nun tatsächlich eintrat oder nicht. Wenn ein Patient während eines LSD-Erlebnisses die Beherrschung seiner Blase verliert, ist dies gewöhnlich mit dem Nacherleben traumatischer Ereignisse aus der Kindheit verbunden, bei denen er von den Eltern oder Geschwistern wegen urethraler Fehlleistungen lächerlich gemacht wurde. Diese Abfuhr bahnt den Weg zu dem Lustempfinden, das ursprünglich mit ungehemmtem Urinieren verbunden ist, beseitigt die psychischen Sperren und begünstigt das Gehenlassen. In einer tieferen Schicht stellt sie die Verbindung zum Augenblick der Geburt her, in dem die gründliche Erleichterung nach der stundenlangen Qual sich manchmal in reflexhaftem Urinieren äußert.

Ähnlich liegen die Probleme der Darmentleerung. Sie treten typischerweise bei zwangsneurotischen Patienten beiderlei Geschlechts auf, bei Männern mit latent oder manifest homosexuellen Neigungen und bei analen Persönlichkeiten. Auf der psychodynamischen Ebene sind sie gewöhnlich mit konflikthafter Sauberkeitserziehung, gastrointestinalen Störungen und Einlaufbehandlungen in der Kindheit verbunden. Tiefere perinatale Ursachen analer Retention liegen in der perinatalen Matrix II; Ausscheidungsdrang und diesbezügliche innere Konflikte kennzeichnen die Matrix III; und explosive Entladungen oder Verlust der analen Beherrschung sind psychologisch mit dem Ich-Tod und dem Augenblick der Geburt verknüpft. Obwohl die analen Probleme verschiedener Art in LSD-Sitzungen sehr häufig sind, kommen tatsächliche unwillentliche Defäkation und Rühren im Kot doch äußerst selten vor; sie sind mir in über fünftausend LSD-Sitzungen, die ich ausgewertet habe, nur etwa zehnmal begegnet. Vielleicht ist dies eher ein Artefakt der Gesittung und der therapeutischen Methodik als eine klinische Realität. Das Tabu gegen den Kot ist viel stärker als das gegen den Urin, und die gemeinsame Abneigung des Erlebenden und der Beisitzer, sich mit den Folgen eines analen Gehenlassens zu beschäftigen, ist auch ein nicht zu unterschätzender Faktor. Im nachhinein wird mir klar, daß wir zwar seit vielen Jahren schon mit LSD-Kandidaten über die Möglichkeit sprechen, daß sie die Kontrolle über ihre Blase verlieren könnten, und ihre Besorgnis deswegen zu mindern versuchen, daß wir aber ähnliche Beruhigungen hinsichtlich der Defäkation nie gegeben haben. 1972 habe ich eine dramatische Besserung bei einem schwer zwangsneurotischen Patienten erlebt, der sich gegen achtzehn Jahre klassischer Psychoanalyse als resistent erwiesen hatte; die Besserung ergab sich in einer LSD-Sitzung, in der er unwillentlich defäzierte und in tief regrediertem Zustand stundenlang mit seinem Kot spielte. Dabei wurden mir manche Faktoren klar, die vielleicht die Gründe für unsere chronischen therapeutischen Mißerfolge bei Patienten mit schweren Zwangsneurosen waren. Wenn in einer LSD-Therapie immer wieder anale Probleme auftauchen, sollte man den Patienten auffordern, von den Rücksichten des Erwachsenen Abstand zu nehmen und, sofern es in seinem Erleben nötig werden sollte, auf die Beherrschung zu verzichten. Auch hier können Gummihosen für den Patienten und für die Beisitzer eine große psychologische Hilfe sein.

5.3 Schädliche Nachwirkungen der LSD-Psychotherapie

Die LSD-Psychotherapie umfaßt Aktivierung tief unbewußten Materials, dessen Veräußerlichung und bewußte Verarbeitung. Die LSD-Sitzungen sind zwar der augenfälligste Aspekt dieser Behandlungsmodalität und bilden im Idealfall eine relativ vollständige psychologische Gestalt, doch ist die psychedelische Therapie insgesamt ein kontinuierlicher Vorgang des Aufdeckens, der auch die Dynamik der freien Intervalle zwischen den Sitzungen mit umspannt. Im Rahmen einer LSD-Behandlung lassen sich gemeinhin keine klaren Grenzen zwischen den Sitzungen und den Ereignissen vorher und nachher ziehen. Die dynamische Aufdeckung verschiedener steuernder Systeme im Unbewußten setzt sich mehr oder weniger unauffällig fort, noch lange Zeit, nachdem die eigentlich pharmakologische Wirkung abgeklungen ist. Eine sehr überzeugende Illustration zu diesem Vorgang bieten die Träume. Der Inhalt der Träume scheint mit dem Inhalt der psychedelischen Sitzungen ein Kontinuum zu bilden. Nicht selten nehmen Träume vor einer Sitzung den Inhalt des LSD-Erlebens vorweg, während nach der Sitzung Träume auftreten, welche die unerledigt gebliebenen Gestalten zu vervollständigen suchen und an das aktivierte Material anknüpfen.

Obwohl der nach innen gewandte Charakter der Sitzungen und die aktive psychologische Arbeit in der Schlußphase die Verarbeitung des Materials wesentlich erleichtern können, ist doch niemals gewährleistet, daß alle psychologischen Gestalten während der pharmakologischen Wirkungsdauer des LSD abgeschlossen werden. Das Risiko, daß eine unvollständig verarbeitete Sitzung zu echten klinischen Komplikationen führt, erscheint direkt proportional dem Maß der anfänglichen emotionalen Probleme des Klienten und den negativen Umständen in der Sitzung, die ihn von einer beharrlich introspektiven Arbeit abhielten. Extreme Beispiele dafür sind die Verstärkung der anfänglichen Symptome, das Auftreten neuer psychopathologischer Erscheinungen, anhaltende Reaktionen, psychotische Episoden und Wiederholung von LSD-Symptomen zu einem späteren Zeitpunkt (»Rückblenden«). Sie alle sind als verständliche Phänomene zu betrachten, die zur dynamischen Entfaltung des Aufdeckungsprozesses gehören und die ein kalkultiertes Risiko in der LSD-Psychotherapie darstellen.

In manchen Aufsätzen, die sich mit den denkbaren Mechanismen bei diesen Komplikationen befassen, wird die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß tatsächlich eine gewisse Menge LSD im Gehirn über unbestimmte Zeit pharmakologisch wirksam bleiben könne. Diese Erklärung steht im Widerspruch zu den Grundprinzipien der Pharmakologie und auch zu konkreten Ergebnissen von Laboruntersuchungen über Abbau und Verteilung des LSD im Körper. Dessen zufolge befindet sich das Medikament schon zu der Zeit, wo das psychedelische Erleben auf dem Höhepunkt ist, nicht mehr im Gehirn. Es scheint klinisch genügend belegt, daß die schädlichen Nachwirkungen von LSD-Sitzungen Folgen der tiefen, elementaren Dynamik der unbewußten Vorgänge sind und im Bezug zu diesen aufgefaßt und behandelt werden sollten.

Die psychopathologischen Symptome, die sich nach unvollständig aufgelösten LSD-Sitzungen einstellen können, umfassen ein sehr weites Spektrum. Im Grunde kann jeder Aspekt einer aktivierten dynamischen Matrix oder jeder spezifische unbewußte Inhalt, der unaufgelöst bleibt, sich nach der Sitzung eine unbestimmte Zeitlang halten und zu einer späteren Zeit von neuem auftreten. Am häufigsten geschieht dies mit emotionalen Zuständen wie Depressivität, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstmordneigungen, affektiver Labilität oder Unbeständigkeit, Einsamkeit, Angst, Schuld, paranoiden Gefühlen, aggressiver Gespanntheit oder manischer Euphorie. Zu den psychosomatischen Symptomen, die in diesem Zusammenhang auftreten können, gehören Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, psychogenes Husten und Schlucken, kardiovaskuläre Schwierigkeiten, Verstopfung oder Durchfall, Kopfschmerzen und Schmerzen in verschiedenen anderen Körperteilen, Hitze- und Kältegefühle, Schweißausbrüche, »Kater«-Gefühle,

grippeartige Symptome, Speichelfluß, leichte Hautausschläge und mancherlei psychomotorische Erscheinungen wie allgemeine Hemmung oder Erregung, muskuläre Tremores, Rucken und Zucken. Eine aktivierte und nicht aufgelöste unbewußte Gestalt kann zugleich auch die Gedanken des Einzelnen in spezifischer Weise beeinflussen. Bestimmte Denkweisen zu Fragen wie Sexualität, Männer, Frauen, Ehe und Autorität oder philosophische Überlegungen über den Sinn des Daseins, die Bedeutung der Religion im menschlichen Leben, über Leiden, Ungerechtigkeit und viele andere Probleme können direkter Ausdruck latenten unbewußten Materials sein. Feste Überzeugungen, Urteile und Wertsysteme in verschiedenen Bereichen können sich drastisch ändern, wenn eine zuvor unerledigte Gestalt aus dem Unbewußten vervollständigt wird.

Seltener treten nach unaufgelösten Sitzungen Wahrnehmungsveränderungen auf. Wenn die pharmakologische Wirkung des LSD längst abgeklungen ist, berichten manche Patienten noch immer von Anomalien der Farbwahrnehmung, unscharfer Sicht, Nachbildern, spontanen Bildvorstellungen, Veränderungen im Körperschema, Verschärfung des Gehörs, Klingen in den Ohren und ähnlichen sonderbaren Körperempfindungen. Manchmal bildet sich aus einer Kombination dieser emotionalen, psychosomatischen, gedanklichen und perzeptiven Veränderungen ein völlig neues klinisches Syndrom, das der Patient noch nie gekannt hat. Das Auftreten neuer psychopathologischer Erscheinungen ist zu verstehen als Folge der Aktivierung und Veräußerlichung zuvor latenter unbewußter Matrizen-Inhalte. Diese Symptome verschwinden in der Regel sofort, wenn das latente Material vollständig erlebt und verarbeitet ist.

Der allgemeine Charakter und die spezifischen Merkmale der schädlichen Nachwirkungen sind bedingt durch die aktivierte Schicht des Unbewußten und den spezifischen Inhalt der jeweiligen Konstellation. Eine aktive und unaufgelöste Konstellation, ob psychodynamischer, perinataler oder transpersonaler Natur, wird die Selbstwahrnehmung des Einzelnen, sein Weltbild, seine emotionalen Reaktionen, Gedanken und Verhaltensweisen in spezifischer Weise beeinflussen. Die klinischen Symptome, die mit dem aktivierten Funktionssystem psychogenetisch verbunden sind, können über Tage, Wochen und manchmal unbegrenzt anhalten. Manchmal beschränken sich die schädlichen Nachwirkungen einer Sitzung auf die Verschärfung der vorherigen emotionalen, psychosomatischen oder zwischenpersönlichen Probleme. In anderen Fällen sind die Schwierigkeiten nach der Sitzung ein Wiederauftauchen von Symptomen, unter denen der Patient in seiner Kindheit oder Jugend oder zu einer späteren Zeit gelitten hat. In wieder anderen Fällen wiederholt sich in den schädlichen Nachwirkungen die Situation, die für das Einsetzen der manifesten neurotischen oder psychotischen Symptome typisch war; und dies gilt nicht nur im Hinblick auf klinische Symptome, sondern auch für bestimmte zwischenpersönliche Verhaltensmuster.

Ein Mechanismus, der hier von zentraler Bedeutung ist, muß wenigstens kurz erwähnt werden. Wir haben schon an früherer Stelle beschrieben, wie eine aktivierte dynamische Matrix die Art des Erlebens und die spezifischen Formen determiniert, in denen der Patient die Umgebung wahrnimmt. Dies ist ziemlich regelmäßig mit einer starken Tendenz verbunden, den Inhalt der unbewußten Konstellation zu veräußerlichen und sein genaues Abbild in der Behandlungssituation oder im täglichen Leben zur Darstellung zu bringen. Analysieren wir gewissenhaft die Psychodynamik dieses Phänomens, so finden wir einen sehr interessanten Grundmechanismus, den man als Intoleranz gegen eine emotional-kognitive Dissonanz bezeichnen kann. Offenbar ist es sehr lästig und schwierig, ein tiefes Mißverhältnis zwischen den eigenen Gefühlen und/oder Empfindungen und der Art der kognitiv gedeuteten Vorgänge in der Außenwelt zu erleben. Es ist anscheinend bei weitem nicht so unerträglich, Unlustgefühle als richtige oder zumindest verhältnismäßige Reaktionen auf tatsächliche Umstände in der Außenwelt zu erleben, wie wenn man sie als unverständliche, absurde Elemente aus dem eigenen Innern auf- faßt.

Auf diese Weise können etwa unbegründete Angstgefühle und die Furcht vor einer aus dem Unbewußten drohenden Gefahr zu Maßnahmen führen, die darauf abzielen, den

Therapeuten, die Ehefrau oder den Arbeitgeber zu Feindseligkeiten zu provozieren. Wenn diese Maßnahmen gelingen, so werden aus den bislang unverständlichen Angstgefühlen nun konkrete und bekannte Befürchtungen: daß man die Hilfe des Therapeuten verlieren könnte und daß die Fortsetzung der Behandlung gefährdet sei; daß sich die Ehe auflösen oder daß man seine Stellung verlieren könnte. Nehmen diese Befürchtungen heftigere Formen an und grenzen an eine lebensgefährliche Bedrohung, sucht der Patient vielleicht die riskanten Situationen und Tätigkeiten geradezu auf: waghalsige Autofahrten, Fallschirmspringen, Spaziergänge in gefährlichen Stadtvierteln oder Besuche in Bars und Nachtclubs von fragwürdigem Ruf. Ähnlich kann sich ein LSD-Patient, der in tiefen unbegründeten Schuldgefühlen befangen ist, vollkommen ungehörig betragen, die therapeutischen Grundregeln brechen und den Therapeuten durch Beschimpfen und Beleidigen zu verärgern suchen. Auch im täglichen Leben kann er Dinge tun, die höchst verwerflich sind und Schuldgefühle wecken. Die Folge ist, daß die zuvor schon bestehenden Schuldgefühle rationalisiert werden, denn sie verbinden sich nun mit äußeren Ereignissen und scheinen der objektiven Lage zu entsprechen. Dies sind nur einige wenige konkrete Beispiele sehr häufiger Mechanismen, aus denen in der therapeutischen Situation ebenso wie im täglichen Leben erhebliche Schwierigkeiten erwachsen. Zum Gelingen einer psychedelischen Behandlung ist unbedingt notwendig, daß dem Therapeuten dieses Phänomen geläufig ist und daß er damit umzugehen versteht.

Die durch Aktivierung von verschiedenen Schichten der COEX-Systeme bewirkten Veränderungen sind gewöhnlich nicht sehr dramatisch. Sie bleiben im Bereich neurotischer und psychosomatischer Erscheinungen, sofern die aktivierte Schicht nicht aus der sehr frühen Kindheit stammt und/oder emotional allzu stark besetzt ist. Wird ein wichtiges COEX-System aktiviert und bleibt unaufgelöst, so verspürt der Patient in der Zeit nach der Sitzung eine Verschlimmerung derjenigen klinischen Symptome, die mit diesem System verbunden sind, und sieht seine Umgebung mit spezifischen, durch den Inhalt des Systems bedingten Verzerrungen. Außerdem zeigt er vielleicht die Tendenz, das allgemeine Thema dieses Systems oder bestimmte spezifische Merkmale einer seiner Schichten in der Behandlungssituation oder in alltäglichen Angelegenheiten nach außen zu projizieren. Er legt vielleicht eigenartige Verhaltensweisen an den Tag oder reagiert unverhältnismäßig auf bestimmte Umstände. Unter diesen Bedingungen kann der Einzelne komplizierte psychologische Manöver ausführen, die darauf abzielen, bei manchen Bezugspersonen und Partnern reziproke Einstellungen hervorzurufen. Die äußeren Situationen, die sich aus solchen Manövern ergeben, stellen annäherungsweise Abbilder der ursprünglichen traumatischen Ereignisse dar, die in den vorherigen Sitzungen unaufgelöst blieben. Da wir uns in diesem Kapitel mit Komplikationen in der LSD-Therapie befassen, sprechen wir jetzt naturgemäß von der Aktivierung negativer COEX-Systeme. Wir können jedoch versichern, daß auch die Aktivierung positiver COEX-Systeme starke positive Folgen haben kann, die von ganz ähnlicher Art sind.

Resultieren die schädlichen Nachwirkungen einer LSD-Sitzung aus der unvollständigen Auflösung eines COEX-Systems, so lassen ihr allgemeiner Charakter und spezifischer Inhalt sich verstehen, sobald das unbewußte Material vollauf zugänglich wird. Die Grundmerkmale der jeweiligen emotionalen und zwischenpersönlichen Probleme werden das allgemeine Thema des Systems spiegeln; einzelne Besonderheiten werden dann aus einer bestimmten Schicht der aktivierten COEX-Konstellation zu erklären sein. Der Therapeut wird oftmals die Dynamik eines Problems nicht schon im Augenblick, wenn es auftaucht, verstehen können; er wird dann warten müssen, bis das latente Material zutage tritt und die Gestalt sich vollendet. Ein erfahrener LSD-Therapeut ist jedoch nicht immer auf retrospektives Verstehen angewiesen. In vielen Fällen kann er, zumindest in groben Zügen, nach den spezifischen Merkmalen der negativen Reaktion voraussagen, welches Material bearbeitet werden muß. Viele der soeben erörterten Gesichtspunkte kann das folgende klinische Beispiel verdeutlichen:

Tom, 26 Jahre alt, aus dem Universitätsbetrieb ausgestiegener Student, wurde in das LSD-therapeutische Behandlungsprogramm aufgenommen wegen einer schweren Antriebsneurose mit Erscheinungen wie periodischem Weglaufen von zu Hause, Landstreichertum und diversen Formen des Alkohol- und Drogenmißbrauchs (*Poriomania*, *Dipsomania* und *Toxicomania*). Sein Verhalten während dieser Episoden zeigte manche deutlich antisozialen Züge. Er blieb in Restaurants und Gasthäusern die Zeche schuldig, stahl Geld oder Wertgegenstände von Verwandten, Freunden oder Fremden, schlief in Wäldern, Parks und Bahnhöfen und vernachlässigte kraß jede Körperpflege. Nach zwei Jahren erfolgloser Behandlung mit allerlei herkömmlichen Therapiemethoden wurde Tom zur LSD-Therapie überwiesen. Von den früheren Psychiatern hatten manche seinen Fall als Schizophrenie diagnostiziert, und die Vorgeschichte seiner Behandlungen schloß eine Reihe Insulin-Komata ein.

Seine ersten sechsundzwanzig LSD-Sitzungen verliefen unerhört monoton. Er erlebte Angst, manchmal bis zur Panik gesteigert, und zeigte starke körperliche Unruhe mit massiven Muskelzuckungen und Tremores. Dabei erschien ihm immer wieder ein blasses, fratzenschneidendes Frauengesicht. In den späteren Sitzungen wurden seine Erlebnisse noch durch ein weiteres Element ergänzt. Jedesmal, wenn er im benachbarten Badezimmer das Wasser laufen hörte, überkam ihn eine Wut, und er konnte seine Aggressivität nur mit großer Mühe beherrschen. Auch die Anwesenheit einer weiblichen Therapeutin oder einer Krankenschwester konnte er keine Sekunde lang ertragen; er reagierte darauf mit Ärger und rüden Beschimpfungen. Die Erscheinungen des blassen Frauengesichts wurden nun durch Vorstellungen in bezug auf Wasser ergänzt. Bald waren dies Vorstellungen von mancherlei gefährlichen Situationen auf Meeren, Seen oder Flüssen, bald waren es kühne Seefahrer oder kraftvolle Wassertiere, welche die Herrschaft über das feuchte Element symbolisierten.

Toms Schwierigkeiten in den freien Intervallen zwischen den LSD-Sitzungen grenzten zu dieser Zeit an eine Psychose. Er hatte Anfälle einer unmotivierten panischen Angst und spürte einen glühenden Haß gegen alle Frauen. Seine eigentümlichen Vorstellungen in bezug auf fließendes Wasser blieben unverändert. Es fehlte nicht viel, und er hätte jeden angefallen, der den Wasserhahn aufdrehte. Toms Verhalten führte zu zahlreichen Konflikten mit den Schwestern und den anderen Patienten, denn seine Unduldsamkeit, Rücksichtslosigkeit und Aggressivität wirkten provozierend. Er wirkte körperlich rastlos und zeigte mancherlei unwillkürliche motorische Erscheinungen, vor allem Zuckungen.

Ein paar Sitzungen später traten in Toms LSD-Visionen neue Elemente auf. Ihr Inhalt war zunächst ganz unverständlich. Er sah in rascher Folge allerlei belanglose Dinge vor sich, die mit dem Baden zu tun haben, z.B. Duschdüsen, Wasserhähne, Seifenschälchen, Kachelmuster, Schwämme, Badeborsten und Badespielzeug. Der harmlose Charakter dieser Visionen schien in keinem Verhältnis zu stehen zu der Heftigkeit seiner Angst und zu den starken motorischen Entladungen, von denen sie begleitet waren. Tom war mit diesen Sitzungen höchst unzufrieden; er fand sie verwirrend und nannte seine Erlebnisse einen »verrückten Krimskrams«, ein »Mischmasch« oder »Chaos«. Alle diese zusammenhanglosen Erlebnisse ergaben plötzlich einen Sinn, als Tom auf sehr komplexe Weise bestimmte traumatische Erinnerungen aus seiner frühen Kindheit nacherlebte. Im Alter von zwei und drei Jahren hatte er ein emotional gestörtes Kindermädchen gehabt, das sich später als psychotisch erwies. Es hatte ihn auf sehr sadistische Weise mißhandelt und eingeschüchtert, und zwar besonders beim Baden. Daß Toms Erinnerungen zutrafen, wurde später von seiner Stiefmutter bestätigt; sie hatte das Kindermädchen entlassen, als sie von den Quälereien erfuhr. Nachdem

er diese traumatischen Erinnerungen in voller Intensität nacherlebt hatte, verschwanden die meisten der oben bezeichneten Erscheinungen aus Toms Sitzungen. Die Angst und die Muskelzuckungen hielten jedoch an, ungeachtet der Tatsache, daß sie ursprünglich mit zu den traumatischen Erinnerungen um das Kindermädchen zu gehören schienen. Zu dieser Zeit wurde die Angst in Toms Sitzungen sehr viel primitiver und elementarer; die Zuckungen schienen nun mit sehr unangenehmen oralen und geschmacklichen Empfindungen verknüpft zu sein. Daraus entwickelte sich allmählich ein Nacherleben frühkindlicher Situationen, in denen man verschiedene Desinfektionslösungen auf die Schleimhäute seines Mundes aufgetragen hatte, weil er an einer Pilzkrankheit litt. Die Muskelzuckungen waren um Kopf und Hals besonders ausgeprägt, und er erkannte sie als Fluchtbewegungen bei diesen ärztlichen Eingriffen. In der Zeit zwischen den Sitzungen verriet Tom eine stark negative Einstellung gegen Krankenhäuser und alles Medizinische; er kritisierte und verspottete die medizinischen Aspekte unserer Behandlungsverfahren und lehnte sich gegen sie auf.

Nach dieser Phase kamen zu seiner Angst noch Gefühle von Durst und Kälte, körperlichem und emotionalem Ausgehungertsein hinzu. In den LSD-Sitzungen erlebte er nun traumatische Erinnerungen an ein Kinderkrankenhaus, wo er die ersten sieben Monate seines Lebens hatte verbringen müssen. Jetzt sehnte er sich nach dem Zusammensein und dem physischen Kontakt mit Frauen und bat um Hinzuziehung der weiblichen Therapeutin und der Schwestern, die er vorher nicht hatte ausstehen können. Anscheinend mußten sie ihn für die Frustrationen und emotionalen Entbehrungen entschädigen, die er auf der Säuglingsstation erlebt hatte, wo die trocken-professionelle Haltung der Schwestern seinen kindlichen Bedürfnissen nicht genügte. In der freien Zeit zwischen den Sitzungen wurde Tom nun von dem Wunsch verfolgt, die ideale Frau zu finden; seine Depression verschärfte sich, und er spürte einen unwiderstehlichen Drang, große Mengen Alkohol und verschiedene Drogen zu konsumieren.

Als Tom anfang, seine Geburt nachzuerleben – sie war sehr schwierig gewesen: die Mutter war dabei gestorben, und er selbst konnte nur mit Mühe am Leben erhalten werden –, erkannte er, daß viele seiner Symptome eigentlich in der perinatalen Schicht verwurzelt waren. Seine panische Angst, Aggressivität, Schuldgefühle, seine Gespanntheit und Getriebenheit wurden plötzlich als Abkömmlinge des Geburtstraumas verständlich. In dem starken Zucken und Zittern seiner Muskeln sah er nun verspätete Entladungen aufgestauter Energien, in Zusammenhang mit den »hydraulischen« Aspekten seiner Entbindung. Toms Verhalten in der Zeit um die Geburts-Sitzungen war impulsiv, rücksichtslos und erratisch; er agierte merkwürdige ambivalente Bestrebungen und Konflikte zwischen Abhängigkeit und Selbständigkeit. Vieles davon äußerte sich in der Übertragungsbeziehung; nach herkömmlichen Maßstäben wäre Toms Verhalten zu dieser Zeit als psychotisch zu bezeichnen gewesen.

In der fünfundsechzigsten psycholytischen Sitzung schien Tom den Geburtsvorgang abgeschlossen zu haben, und er hatte das erste tiefe transzendente Erlebnis, auf das eine dramatische, aber nicht anhaltende Besserung folgte. Noch sechs weitere Sitzungen und mehrere Monate verbrachte er in einem labilen klinischen Zustand, ehe er ein neues Gleichgewicht fand. In den Jahren nach seiner LSD-Therapie wurde kein Krankenhausaufenthalt und keinerlei psychiatrische Behandlung mehr erforderlich. Tom heiratete, konnte einen Beruf ausfüllen und für seine zwei Kinder sorgen.

Manchmal finden die scheinbar bizarren Empfindungen, Gefühle und Gedanken, die im Zusammenhang einer negativen LSD-Reaktion auftreten, eine natürliche und logische Erklärung, sobald man das dahinter liegende unbewußte Material aufdeckt. Die Be-

fürchtung eines Mannes zum Beispiel, daß sein Penis schrumpfe, läßt sich als emotionale Fixierung auf ein Körperschema erkennen, das altersmäßig einer unerledigten Kindheitserinnerung entspricht. Ebenso kann eine Frau, in der die Erinnerung an die Zeit vor der Adoleszenz aktiviert ist, in ihrem Körperschema das Gewahrsein der Brüste verlieren, oder sie kann zu der Überzeugung kommen, sie verliere ihr Haar, wenn sie den emotionalen Zugang zu frühkindlichen Erinnerungen findet. Eine naive und kindliche Wahrnehmung der Umgebung, unbegründete Befürchtungen, gesteigerte Abhängigkeitsbedürfnisse oder Zweifel an der Beherrschung der Darm- und Blasenentleerung sind andere Beispiele aus der gleichen Kategorie. Von besonderem Interesse für die psychosomatische und innere Medizin sind Fälle, in denen ein allem Anschein nach somatisches Problem sich als integraler Teil einer traumatischen Kindheitserinnerung erweist. Wegen der besonderen klinischen Bedeutung dieses Phänomens möchte ich hierzu mehrere Beispiele anführen.

Renata, die an einer schweren Krebsphobie litt, erlebte in einer Sitzung eine sexuelle Episode nach, die sich offenbar zugetragen hatte, als sie vier Jahre alt war. Ihr Stiefvater lag im Bett, und sie kroch zu ihm unter die Decke, in der Erwartung, gekost und gestreichelt zu werden. Während sie spielten, lenkte er sie jedoch allmählich zu seiner Genitalzone hin und nützte die Situation zu seiner sexuellen Befriedigung aus. Besonders aufregend und erschreckend war für Renata die Entdeckung seines erigierten Penis. Während sie einen Teil dieser Episode durchlebte, bei dem ihr Unterarm die wichtigste Kontaktstelle zum Körper des Stiefvaters war, bekam sie dort plötzlich eine starke, genau umschriebene Infiltration und Hautrötung. Vor meinen Augen und binnen weniger Minuten wurde die Haut in dieser Zone hart und dick wie eine Schuhsohle; sie bedeckte sich mit Pickeln und Bläschen. Dieser Zustand, den ein hinzugezogener Dermatologe als ein Ekzem diagnostizierte, hielt zehn Tage lang, bis zur nächsten LSD-Sitzung an. Nachdem Renata die traumatische Erinnerung zur Gänze nacherlebt und verarbeitet hatte, verschwand der Ausschlag binnen einiger Stunden.

In einer anderen Sitzung erlebte Renata eine Kindheitsszene, in der sie beim Schlittschuhlaufen aufs Eis gestürzt und sich an Kopf und Knie böse verletzt hatte. In der Woche nach der Sitzung verspürte sie einen heftigen Schmerz in den »verletzten« Körperteilen. Sie konnte den Kopf nicht drehen, humpelte merklich und gab dem rechten Bein immer wieder die typische Schonstellung. Alle diese Erscheinungen verschwanden, nachdem der Vorfall vollständig nacherlebt war.

Ein anderes interessantes Beispiel ähnlicher Art fanden wir bei Dana, einer Patientin mit komplizierten neurotischen Problemen. In einer ihrer LSD-Sitzungen begann sie eine traumatische Episode nachzuerleben, die zu einer Zeit stattgefunden hatte, als sie an einer schweren Bronchitis erkrankt war. Dabei zeigte sie plötzlich alle typischen Symptome einer Bronchialinfektion. Die Symptome hielten auch noch an, nachdem die pharmakologische Wirkung des LSD abgeklungen war. Die ganze nächste Woche über hatte sie Husten und klagte über starke Schmerzen in der Brust. Der Internist, den wir hinzuzogen, stellte Bronchitis fest, aufgrund erhöhter Temperatur, charakteristischer Rasseltöne bei der stethoskopischen Untersuchung, Husten und dickem Schleimauswurf. Die einzigen Anzeichen, durch die sich Danas Zustand von einer echten Bronchitis unterschied, waren das plötzliche Einsetzen zu dem Zeitpunkt, als die traumatische Erinnerung auftauchte, und das ebenso abrupte Verschwinden, nachdem die psychologische Gestalt abgeschlossen war.

Der steuernde Einfluß einer aktivierten perinatalen Matrix auf den Zustand in der Zeit nach einer Sitzung ist gewöhnlich sehr viel dramatischer und von großer praktischer wie theoretischer Bedeutung. Steht der Patient bei Abklingen der pharmakologischen Wirkung unter dem starken Einfluß einer der perinatalen Matrizen, so kann dieser Einfluß

in schwächerer Form über Tage, Wochen oder gar Monate hin anhalten. Handelt es sich um die tiefere Schicht einer negativen Matrix, die aktiviert ist, so können die persönlichen Schwierigkeiten nach der Sitzung psychotische Ausmaße annehmen. Jede der perinatalen Matrizen hat dabei ganz eigentümliche und unverkennbare Folgewirkungen.

Wenn sich der Patient in der Schlußphase einer LSD-Sitzung unter dem Einfluß der perinatalen Matrix II wieder stabilisiert, so wird die Zeit bis zur nächsten Sitzung von einer tiefen Depression charakterisiert. Der Patient wird von mancherlei höchst unangenehmen Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen gequält. Er kann sich nur noch an unerfreuliche Dinge erinnern und vermag in seiner ganzen Lebensgeschichte nichts Gutes mehr zu sehen. Seine Gedanken an die Vergangenheit scheinen von Schuld-, Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen beherrscht. Sein gegenwärtiges Leben erscheint ihm als unerträglich und voller unlösbarer Probleme; es gewährt keinerlei Perspektiven und keinerlei Aussichten für die Zukunft. Sein Leben ist bar allen Sinns, und er kann sich an gar nichts mehr freuen. Die Welt erscheint drohend, voller schlimmer Vorzeichen, bedrückend und farblos. Selbstmordgedanken sind in dieser Lage nicht ungewöhnlich, typischerweise in Form eines Wunsches, einzuschlafen oder ohnmächtig zu werden, nie wieder aufzuwachen und von nichts mehr zu wissen. Menschen in dieser Geistesverfassung phantasieren davon, eine Überdosis Schlaftabletten oder ein Betäubungsmittel zu nehmen, sich zu Tode zu trinken, Gas einzuatmen, ins Meer hinauszuschwimmen oder sich in den Schnee zu legen und zu erfrieren (Suizid I). Typische körperliche Begleitsymptome sind Kopfschmerzen, Beengung der Brust, Atemnot, mancherlei Herzbeschwerden, Klingen in den Ohren, schwere Verstopfung, Appetitlosigkeit und vollkommenes Desinteresse am Geschlechtsleben. Häufig sind auch Mattigkeits- und Übermüdungsgefühle, Benommenheit, Schläfrigkeit und die Neigung, den ganzen Tag im Bett oder in einem verdunkelten Raum zu verbringen.

Die Stabilisierung nach einer LSD-Sitzung unter dem Einfluß der perinatalen Matrix III führt zu Gefühlen heftiger aggressiver Gespanntheit, oft in Verbindung mit einer starken, doch unbestimmten Furcht und der Erwartung einer Katastrophe. Menschen in diesem Zustand vergleichen sich manchmal mit einer »Zeitbombe«, die jeden Augenblick explodieren könne. Sie schwanken zwischen Vernichtungs- und Selbstvernichtungsimpulsen und befürchten, sie könnten andere Menschen oder sich selbst verletzen. Typisch sind die hochgradige Reizbarkeit und die starke Neigung, gewaltsame Konflikte zu provozieren. Die Welt wird als ein gefährlicher und unberechenbarer Ort angesehen, wo man ständig auf der Hut und gefaßt sein muß, um sein Leben zu kämpfen. Schmerzliches Gewahrsein eigener Mängel, ob echter oder eingebildeter, verbindet sich mit übersteigertem Ehrgeiz und Selbstbehauptungsversuchen. Im Gegensatz zu der gehemmten und tränenlosen Depression in Verbindung mit Matrix II kann das klinische Bild hier eine agitierte Depression zeigen, mit emotionaler Unbeständigkeit und psychomotorischer Erregung. Selbstmordgedanken und Selbstmordphantasien sind häufig, aber von ganz anderem Charakter als in der Matrix II: Menschen in diesem Zustand stellen sich den Selbstmord blutig und gewaltsam vor: sich vor einen Zug werfen, aus einem Fenster oder von einer Klippe springen, Harakiri oder sich erschießen (Suizid II). Die einzigen Selbstmordphantasien in diesem Zusammenhang, in denen kein Blut fließt, beziehen sich auf Strangulieren und Erhängen. Dies scheint in der Tatsache zu gründen, daß in den letzten Phasen der Geburt oft hohe Erstickungsgefahr besteht. Zu den typischen körperlichen Erscheinungen in Verbindung mit diesem Syndrom gehören starke Muskelspannung, die oft zu Tremores, Rucken und Zucken führt, drückende Kopfschmerzen, Schmerzen in verschiedenen anderen Körperteilen, Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen, gesteigerte Darmtätigkeit und Durchfall, häufiges Urinieren oder urethrale Spasmen sowie Schweißausbrüche. Charakteristisch im sexuellen Bereich ist übersteigerter Triebdruck, von dem selbst mehrfache Orgasmen keine gründliche Erleichterung bringen. Bei Männern verbindet sich diese sexuelle Spannungssteigerung manchmal mit Impotenz² und vorzeitiger Ejakulation, bei Frauen mit Orgasmusunfähigkeit, emotionalen Turbulenzen vor der Menstruation, Dysmenorrhöe und schmerzhaften Genitalkrämpfen beim Verkehr (Vaginismus).

Personen, deren LSD-Sitzung unter dem Einfluß der perinatalen Matrix IV enden, zeigen ein ganz anderes Bild. Der bemerkenswerteste Aspekt dieses Zustands ist eine augenfällige Abschwächung oder sogar das Verschwinden vorheriger psychopathologischer Symptome und ein Nachlassen der emotionalen Probleme jeder Art. Der Klient hat das Gefühl, die Vergangenheit hinter sich gelassen zu haben und nun ein völlig neues Kapitel seines Lebens beginnen zu können. Gehobene Gefühle des Freiseins von Angst, Schuld und Bedrücktheit verbinden sich mit tiefer körperlicher Entspannung und dem Eindruck reibungslosen Verlaufs aller physiologischen Prozesse. Das Leben erscheint als einfach und doch faszinierend, und der Klient hat das Gefühl eines ungewohnten Reichtums an Sinneserfahrungen und Lebensfreude.

Was die perinatale Matrix I angeht, so kann die Stabilisierung unter dem Einfluß ihrer positiven und ihrer negativen Aspekte erfolgen. Im ersteren Falle ist die Zeit nach der Sitzung ähnlich wie bei der Matrix IV. Doch sind die Gefühle hier viel tiefer und werden in mystischen oder religiösen Bezügen erlebt.

Bleibt der Klient nach einer LSD-Sitzung unter dem Einfluß negativer Aspekte der Matrix I oder negativer transpersonaler Matrizen, so erlebt er verschiedene Formen und Grade emotionalen und physischen Leidens zugleich mit gedanklicher Verwirrung. Diese Schwierigkeiten werden typischerweise metaphysisch gedeutet, in spirituellen, okkulten, mystischen oder religiösen Bezügen. Der unangenehme Zustand wird dem Einfluß widriger Schicksalsmächte zugeschrieben, dem »schlechten Karma«, böartigen astrologischen oder kosmobiologischen Faktoren oder mancherlei bösen Geistern. In Extremfällen nimmt dieser Zustand psychotische Ausmaße an. Nachdem der Klient dies Erleben verarbeitet hat, neigt er dazu, solche extremen Deutungen eher provisorisch oder als Metaphern anzunehmen.

Die vier Arten von Komplikationen, die von größter praktischer Bedeutung sind und die wir daher gesondert behandeln wollen, sind die *Aktivierung vorheriger Symptome*, die *anhaltenden Reaktionen*, *psychotische Dekompensationen* und »*Rückblenden*«. Sie alle lassen sich auf einen gemeinsamen Nenner bringen, nämlich die Schwächung des Abwehrsystems und die unvollständige Auflösung des dadurch erlebniszugänglich gewordenen, unbewußten Materials. Die Schwächung der Abwehr ist am deutlichsten in jenen Fällen, wo die beim Patienten zuvor schon vorhandenen Symptome nach einer bestimmten LSD-Sitzung aktiviert und verstärkt sind. In diesem Falle hat sich keine wesentliche Änderung ergeben; die steuernde Matrix bleibt dieselbe, doch ihr dynamischer Einfluß macht sich stärker geltend als zuvor. Im Falle einer anhaltenden Reaktion bricht das spezifische Abwehrsystem zusammen, aber das dahinterliegende Material wird nicht durchgearbeitet. Das Erleben setzt sich nun fort, nicht aufgrund einer anhaltenden pharmakologischen Wirkung des LSD, sondern wegen der emotionalen Besetztheit des freigewordenen unbewußten Materials. Das hervordrängende unbewußte Thema trägt nun zuviel Energie und ist dem Bewußtsein schon zu nahe, um abermals verdrängt und verdeckt zu werden; wer aber mit den psychodynamischen Mechanismen dieses Vorgangs nicht vertraut ist, versucht gewöhnlich zu verhindern, daß es gänzlich auftauchen und sich vollenden kann.

Eine zeitweilige psychotische Dekompensation nach einer LSD-Sitzung kann als Sonderfall einer anhaltenden Reaktion betrachtet werden. Dazu kommt es, wenn das unbewußte Material, das aktiviert, aber nicht aufgelöst wurde, ein Thema von fundamentaler Bedeutung und emotional allzu stark besetzt ist. Manchmal ist dies ein Trauma aus dem Säuglingsalter; in den meisten Fällen aber geht es bei einer solchen Episode um perinatales Material oder um eine starke, negative transpersonale Matrix. Ein solcher Vorgang ist mir allerdings nach beaufsichtigten LSD-Sitzungen mit emotional, zwischenpersönlich und sozial halbwegs angepaßten Personen noch nie begegnet. Bei Personen mit schweren, an eine Psychose grenzenden Störungen oder mit schizophrenen Episoden in der Vergangenheit ist das Auftreten zeitweiliger negativer Reaktionen von dieser Stärke nicht ungewöhnlich.

Das erneute Auftreten LSD-ähnlicher Zustände einige Tage, Wochen oder sogar Monate nach der tatsächlichen Einnahme der Droge hat viel Publizität gefunden und verdient in diesem Zusammenhang gesonderte Beachtung. Nachdem ich die Psychodynamik der LSD-Reaktion viele Jahre lang eingehend erforscht habe, bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß bei diesen Episoden, für die sich die Bezeichnung »Flashbacks« (Rückblenden) eingebürgert hat, die Basis eine ganz ähnliche ist wie bei den anhaltenden Reaktionen und bei den psychotischen Zusammenbrüchen unmittelbar nach einer Sitzung. Der Unterschied ist nur, daß im Falle der »Rückblenden« die Abwehrmechanismen stark genug sind, um das aktivierte und unaufgelöste Material in der Schlußphase wieder zu verdecken. Das Erlebnis scheint abgeschlossen zu sein, doch dies ist nur oberflächlich gesehen richtig; das Ergebnis ist ein höchst prekäres dynamisches Gleichgewicht zwischen den unbewußten Kräften und dem Widerstand gegen sie. Im Lauf der Zeit können vielerlei Umstände eintreten, die dieses problematische Gleichgewicht stören, und der Einzelne beginnt die unerledigte Gestalt wieder bewußt zu erleben. Da dies die Fortsetzung eines in der LSD-Sitzung begonnenen Prozesses ist, wird der uninformierte Klient gewöhnlich einen tückisch verzögerten Anfall der Drogenwirkung und nicht eine Erscheinung seines Unbewußten darin sehen. Harmlosere Episoden dieser Art treten in Situationen auf, wo die Abwehrmechanismen aus physiologischen Gründen geschwächt sind, zum Beispiel in den Perioden zwischen Wachen und Schlafen (der hypnagogische und hypnopompische Zustand), bei physischer Ermüdung oder Schlafentzug. Dramatischere Fälle sind gewöhnlich mit der Einnahme von Drogen wie Alkohol, Marihuana oder Psychostimulantien verbunden, oder auch mit Virus-Erkrankungen und anderen somatischen Vorgängen. Manchmal wird etwas, das dem Einzelnen als eine LSD-»Rückblende« erscheint, auch durch spätere psychotherapeutische Sitzungen ausgelöst, besonders wenn dort Techniken der Hyperventilation angewendet werden. Meditationen und mancherlei andere spirituelle Methoden oder die Einzel- und Gruppenübungen, wie sie in den Zentren für Persönlichkeitserweiterung gebräuchlich sind, können ähnliche Wirkungen haben.

Abgesehen von den bisher genannten Faktoren, die einen allgemein katalysatorischen Einfluß haben, gehört zu den Mechanismen der »Rückblende« oft auch das Moment einer ganz spezifischen psychischen Belastung. Dieser Faktor ist so wichtig, daß wir ihn hier besonders hervorheben müssen. Starke Auslöser für das Wiederauftreten des LSD-Zustands sind Alltagssituationen, in denen die gleichen oder ähnliche Elemente vorkommen wie in der unbewußten Matrix oder dem nicht aufgelösten Thema. Ein Beispiel wäre jemand, dessen letzte, hauptsächlich unter dem Einfluß der Matrix II verbrachte LSD-Sitzung unzulänglich aufgelöst wurde, und der nun in eine volle, überheizte, laute und schlecht belüftete Untergrundbahn steigt – eine Situation, die in allen Grundmerkmalen der »Ausweglosigkeit« sehr nahe kommt. Eine Autofahrt durch eine belebte Straße zur Hauptverkehrszeit oder die Enge in einer vollen Fahrstuhlkabine können ähnlich wirken. Solche Situationen können einen starken Auslöser-Effekt haben, der die Inhalte der perinatalen Matrix II wieder heraufbeschwört.

Ähnlich könnte jemand, der psychisch auf die Matrix III eingestimmt ist, eine Rückblende erleben, wenn er einen Film mit Vergewaltigungen, Brutalitäten und Grausamkeiten sieht oder wenn er beim Autofahren eine gefährlich scheinende Geschwindigkeit erreicht. Manchmal kommen die auslösenden Reize mehr oder weniger zufällig und ohne aktives Zutun des Erlebenden aus der Umwelt; in anderen Fällen trägt der Erlebende wesentlich dazu bei, eine Situation zu schaffen, die der unaufgelösten traumatischen Gestalt gleichkommt. Der Mechanismus, der solchen Vorfällen zugrunde liegt, wurde an früherer Stelle eingehend beschrieben. Da an diesem Prozeß äußere Umstände und Bezugspersonen mitwirken, dauert es eine gewisse Zeit, bis er kritische Ausmaße annimmt. Die für eine solche Entwicklung nötige Zeitspanne würde erklären, warum zwischen dem Drogenerlebnis und der Rückblende oft einige Zeit vergeht. Beispiele für diesen Mechanismus wären selbstgeschaffene »ausweglose« Situationen im täglichen Leben, Vergiftung einer Sexualbeziehung mit Elementen der dritten perinatalen Matrix

oder die Wiederholung eines ungelösten Vaterproblems im täglichen Umgang mit dem Chef.

Wenn wir begreifen, daß die schädlichen Nachwirkungen mancher LSD-Sitzungen verständliche und gesetzmäßige Erscheinungen sind, in denen sich die Dynamik des Unbewußten äußert, und nicht bizarre pharmakologische Nebenwirkungen einer unberechenbaren Substanz, so ergeben sich daraus eine allgemeine Strategie und manche spezifischen Techniken zu ihrer Prävention und Therapie.

5.4 Verhütung und Behandlung von Komplikationen

Eine gelegentliche Aktivierung unbewußter Inhalte, die mit verschiedenen Formen und Stärkegraden emotionalen und psychosomatischen Leidens verknüpft ist, gibt es bei jedem therapeutischen Aufdeckungsprozeß. Beispiele dafür wurden manchmal sogar in der herkömmlichen, konservativen psychoanalytischen Behandlung beobachtet, und in den verschiedenen Erlebnistherapien, bei denen keine psychoaktiven Drogen verwendet werden, wie in den neo-reichianischen Methoden, der Primärtherapie, der Gestalttherapie und in den Begegnungsgruppen, ist dies etwas ganz Normales. Die dramatische Intensivierung emotionaler oder psychosomatischer Symptome und zwischenpersönlicher Fehlangepaßtheit zeigt an, daß der Patient sich einem wichtigen Bereich unbewußter Probleme nähert. In der LSD-Therapie, die alle psychischen Vorgänge erheblich vertieft und verstärkt, tritt dieser Mechanismus deutlicher hervor als in den konservativeren Formen der Therapie, in denen er aber ebenfalls wirksam ist.

Die latente Dynamik der Komplikationen zu verstehen, die in der LSD-Psychotherapie auftreten, ist zu ihrer Verhütung und Behandlung unerlässlich. Ein erheblicher Teil dieser Aufgabe muß in Vorbereitung auf die erste LSD-Sitzung erfüllt werden. Der Therapeut muß dem Patienten unzweideutig klarmachen, daß eine Verschärfung der Symptome, tiefe Gefühlsverwirrungen und sogar psychosomatische Erscheinungen nicht das Mißlingen der LSD-Behandlung anzeigen, sondern logische und sinnvolle Elemente des Prozesses sind. Tatsächlich treten solche Erscheinungen oft gerade vor einem größeren therapeutischen Durchbruch auf. Ebenso muß vor der Einnahme des LSD unbedingt darauf hingewiesen werden, daß die Häufigkeit dieser Komplikationen durch ein beharrlich nach innen gekehrtes Erleben beträchtlich vermindert werden kann. Alles, was in den Sitzungen auftaucht, vollständig und nichtselektiv zu erleben und eine angemessene Abfuhr für die aufgestauten Energien zu finden, ist für eine zuverlässige und wirksame psychedelische Therapie von ausschlaggebender Bedeutung. Wichtig ist auch, daß der Patient den Sinn und Zweck der aktiven Maßnahmen zur Bearbeitung unaufgelöster Themen in der Schlußphase begreift. Wenn man die Gründe, Prinzipien und Regeln der Kooperation erklärt, erhöht man die Aussichten auf eine gute Verarbeitung der Sitzung und verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit von Rückblenden oder anhaltenden Reaktionen.

Auch wenn alle diese Kriterien erfüllt sind, läßt sich das verspätete Auftreten von mancherlei emotionalen und psychosomatischen Nachwirkungen nicht mit Sicherheit ausschließen. Psychedelische Erlebnisse sind starke Eingriffe in die Dynamik des Unbewußten, und es dauert seine Zeit, bis sie verarbeitet sind. Sogar an eine gut aufgelöste Sitzung können sich spätere Aufwallungen zusätzlichen unbewußten Materials anschließen, weil das Erlebnis vielleicht eine wichtige Sperre geöffnet und neue Inhalte zugänglich gemacht hat, die zuvor sicher verschlossen waren.

Ich erinnere mich hier an ein schönes und treffendes Gleichnis, mit dem einer meiner tschechischen Patienten den Vorgang beschrieb. Den Flößern passiert es manchmal, daß sich ihre Baumstämme zu einer Barriere verkeilen, die den Fluß versperrt. Was man in dieser Lage tut, ist nicht, jeden Stamm einzeln wegzuräumen, sondern nach dem »Sperrstamm« zu suchen – dem einen Stück, das in der Verkeilung eine Schlüsselstellung einnimmt. Erfahrene Flößer beseitigen das Hindernis, indem sie gegen die Strö-

mung rudern sich dem Hindernis nähern, den Sperrstamm herausfinden und ihn mit einem Haken freimachen. Nach diesem Eingriff setzen sich allmählich alle Stämme in Bewegung, bis es schließlich wieder zu einer freien Strömung kommt. Dieser Vorgang kann Tage oder Wochen dauern, doch ermöglicht wird er durch die Herauslösung des Schlüsselements. Ähnlich kann eine LSD-Sitzung dynamische Sperren im Unbewußten lösen; dies bahnt eine emotionale Befreiung an, deren mechanische Abwicklung sich dann noch über eine lange Zeitspanne erstrecken kann.

Für Patienten, die richtig angeleitet und geführt werden, stellen diese Reaktionen gewöhnlich kein schweres Problem dar. Sie sind darin geübt, sich in ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen zu bewegen, und sehen in diesen eher Fenster zum Unbewußten und Gelegenheiten zur Selbsterforschung als Gefahren für ihren Verstand. Da das emotionale Material gewöhnlich in der hypnagogischen oder hypnopompischen Periode auftaucht, fällt es nicht schwer, sich dafür ein wenig Zeit zu nehmen und eine solche Episode als eine »Miniatur-Sitzung« aufzufassen. Eine kurze Zeit der Hyperventilation kann helfen, das latente Problem zu aktivieren und seine Lösung durch vollständiges Erleben und Energieabfuhr zu fördern. Dieses Vorgehen ist weit besser als die üblichen Versuche, das aufsteigende Material zu verdrängen oder zurückzuhalten, die eine dauerhafte Lösung verhindern und viel Energie an sich binden. Oft werden schwierige Emotionen und körperliche Symptome schon nach einer halben Stunde introspektiver Arbeit verschwinden.

Komplizierter ist die Lage, wenn sich das Material so nahe der Oberfläche befindet und affektiv so stark besetzt ist, daß es in unvorhersehbarer Weise in Alltagssituationen auftaucht. In diesem Falle sollte der Patient Vorkehrungen dafür treffen, daß es ihm in diesen Situationen möglich ist, alles, was auftaucht, bewußt werden und Ausdruck finden zu lassen. Wenn dies nicht geht, sollten regelmäßige therapeutische Sitzungen anberaumt werden, in welchen die ungelösten Fragen mit Hilfe der Beisitzer systematisch aufdeckend bearbeitet werden können. Die dabei anzuwendenden Techniken sind im wesentlichen dieselben wie diejenigen, die wir für die Schlußphase der LSD-Sitzungen schon angegeben haben. Nach einer kurzen Phase der Hyperventilation, die gewöhnlich unspezifisch aktivierend auf die latente emotionale Struktur einwirkt, verstärken die Beisitzer die bereits vorhandenen physischen Empfindungen und Zustände des Patienten.

In den wenigen Fällen, wo die schädlichen Nachwirkungen so stark sind, daß man befürchten muß, daß der Patient für sich selbst oder andere zur Gefahr wird, kann es notwendig werden, ihn ganzzeitig in der therapeutischen Einrichtung zu behalten, bis diese Reaktionen nachlassen. Schwestern und Mitpatienten sollten darin geschult werden, in solchen Situationen eine kollektive Mitverantwortung zu übernehmen und für ständige Hilfe und Überwachung zu sorgen. Wenn die Arbeit außerhalb der LSD-Sitzungen keine guten Resultate erbringt, ist es ratsam, die Intervalle zu verkürzen und so bald wie möglich eine weitere LSD-Sitzung anzuberaumen, um die unerledigte Gestalt zu vervollständigen. Ein Intervall von weniger als fünf bis sieben Tagen vermindert allerdings oft die Intensität und therapeutische Effizienz der nächsten Sitzung, weil dann die vorige LSD-Dosis die biologische Toleranz erhöht.

In besonders resistenten Fällen kann sich der Therapeut zur Anwendung anderer pharmakologischer Substanzen entschließen. Stärkere oder schwächere Beruhigungsmittel sind zu vermeiden, weil ihre Wirkung der Grundabsicht jedes aufdeckenden Verfahrens allgemein und der psychedelischen Therapie im besonderen zuwiderläuft. Durch Hemmung des Prozesses, Trübung des Erlebens und Verdunkelung des latenten Problems verhindern sie dessen Lösung. In Fällen, wo sich das unbewußte Material nahe der Oberfläche befindet, aber durch eine starke psychische Widerstandsschranke zurückgehalten wird, kann das Inhalieren von Medunas Mischung (dreißig Prozent Karbondioxid und siebenzig Prozent Sauerstoff) sehr nützlich sein. Schon einige wenige Inhalationen können eine kurze, doch starke Aktivierung der latenten Matrix verursachen und einen Durchbruch erleichtern. Eine Sitzung mit Ritalin (40-100 Milligramm) ist manchmal

hilfreich bei der Verarbeitung von Material aus einer vorherigen LSD-Sitzung. Psychedelische Medikamente mit einer gewissen Affinität zu den positiven dynamischen Systemen wie Tetrahydrocannabinol (THG) oder Methylendioxyamphetamin (MDA) lassen sich mit einigem Nutzen anwenden. Ein Medikament, das für diese Indikation viel zu versprechen scheint, aber noch nicht zur Genüge untersucht wurde, ist Ketamin (Ketalar). Es ist für medizinische Zwecke zugelassen und wurde von Chirurgen für Vollnarkosen verwendet.³ Es bewirkt eine dissoziative Anästhesie, die sich von den durch herkömmliche Anästhetika induzierten wesentlich unterscheidet. Unter dem Einfluß von Ketamin wird das Bewußtsein nicht ausgeschaltet, sondern in der Tiefe verändert und drastisch umgelenkt. Ein Zustand der Körperlosigkeit wird induziert, in dem der Patient den Kontakt zur objektiven Realität und das Interesse an ihr verliert und mancherlei kosmische Abenteuer von solcher Intensität erlebt, daß chirurgische Eingriffe möglich werden. Die optimale Dosierung für psychedelische Zwecke ist relativ klein, 50-150 Milligramm, was etwa ein Zwanzigstel bis ein Sechstel der üblichen anästhetischen Dosis ist. Sogar in diesem niedrigen Dosierungsbereich ist die psychoaktive Wirkung so stark, daß sie den Patienten über die Sackgasse aus der vorherigen LSD-Sitzung hinauskatapultiert und es ihm ermöglichen kann, eine bessere Verarbeitungsstufe zu erreichen. Dieses Verfahren wäre an Personen zu erproben, die infolge unbeaufsichtigter LSD-Versuche in langfristig psychotische Zustände geraten sind.

Anmerkungen

- 1 Da die tiefste Schicht der perinatalen Matrix II Erlebnisse enthält, die dem Bilde, das viele Religionen von *Hölle* geben, entsprechen, mögen einige Bemerkungen zu den spirituellen Systemen hier angebracht sein. Die Hölle wird interkulturell als ein Ort unerträglicher Qualen ohne Ende verstanden; sie ist ein Erlebnis ewigen Leidens. Das Element der Hoffnungslosigkeit gehört notwendig zur Erfahrung der Hölle; der Ort, wo gewaltige leibliche und seelische Schmerzen in der Hoffnung auf Erlösung durchlitten werden, ist nicht die Hölle, sondern das *Fegefeuer*. Es scheint, daß die Hauptströmungen der christlichen Theologie den gleichen Fehler begangen haben wie manche LSD-Klienten, nämlich die psychologische Zeit mit der chronometrischen zu verwechseln. Nach jenen spirituellen Lehren, die wie der Hinduismus und Buddhismus eine tiefgründigere Auffassung vom Bewußtsein haben, bleibt man in der Hölle oder im Himmel nicht ewig; sondern, wenn man infernalische oder paradiesische Zustände erlebt, hat man subjektiv das Gefühl, sie dauerten ewig. Die Ewigkeit ist nicht mit einer unendlich langen Periode historischer Zeit zu verwechseln. Sie ist ein Zustand, indem die lineare Zeit vom Erleben transzendiert wird und zu sein aufhört.
- 2 Dieses scheinbare Paradox bedarf einer kurzen Erklärung. Nach Beobachtungen aus der LSD-Psychotherapie beruhen die meisten Fälle von Impotenz und Frigidität nicht auf mangelnder Libido, sondern auf einem Übermaß der mit der perinatalen Matrix III verbundenen vulkanischen Triebenergien. Was den Geschlechtsakt vereitelt, sind die Furcht, diese Gewalten zu entfesseln, und der Wunsch, sie zu bezähmen. Werden die überschüssigen Energien in einem nicht-sexuellen Kontext abgeführt, so werden sie auf einen Stärkegrad reduziert, mit dem der Einzelne auch in einer sexuellen Situation gut fertig würde. Diese Auffassung sexueller Störungen wird durch die klinische Beobachtung erhärtet, daß Impotenz und Frigidität im Laufe einer erfolgreichen Behandlung nach diesen Gesichtspunkten in eine zeitweilige Hypersexualität umschlagen.
- 3 In den letzten Jahren besteht bei den Chirurgen die Tendenz, Ketamin trotz seiner biologischen Unschädlichkeit und seiner Vorzüge als Anästhetikum nur noch bei Kindern und alten Menschen zu verwenden. Der Grund dafür war das Auftreten gewisser psychischer Zustände beim Erwachen, die man als *Emergenz-Phänomene* bezeichnet. Dies zeigt nur, daß man die Natur der Ketamin-Wirkungen nicht verstanden hat. Da diese Wirkungen wesentlich im Erleben außergewöhnlicher Zustände psychedelischer Art bestehen, sollten jeder Verabreichung dieses Medikaments genaue Anleitungen vorausgehen, die deutlich machen, daß ein höchst ungewöhnliches Anästhetikum verwendet wird.

6 Verlauf der LSD-Psychotherapie

Die folgende Darstellung des Therapieverlaufs beruht weitgehend auf Beobachtungen während einer Untersuchung, die von 1960 bis 1967 am Psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag durchgeführt wurde. Dieses klinische Projekt diente dem Zweck, die Eignung des LSD zur Persönlichkeitsdiagnose und als Hilfsmittel zur Psychotherapie zu erkunden. Die Orientierung in den ersten Phasen dieser Untersuchung war psycholytisch, doch wurden im Verlauf der klinischen Arbeit mit dem LSD auch viele von jenen Prinzipien erkannt und in das Behandlungsverfahren eingegliedert, die heute für die psychedelische Methode charakteristisch sind. Die wichtigsten davon waren die höhere Dosierung, die Verinnerlichung des Erlebens, Verwendung von Musik und die Einsicht in die Heilkraft perinataler und transpersonaler Erlebnisse. Das Ergebnis dieser Entwicklung war die in diesem Buch beschriebene therapeutische Methode.

Die meisten Klienten in dieser Studie waren Psychiatrie-Patienten, obwohl gelegentlich außerhalb des therapeutischen Kontextes auch Sitzungsreihen zu Zwecken der Ausbildung, Anregung und Gewinnung von Einsicht für Psychiater, Psychologen, psychiatrische Krankenschwestern, Künstler und Wissenschaftler verschiedener Fachgebiete stattfanden. Die Auswahl der Patienten für dieses Projekt geschah nach drei Grundkriterien. Wir wollten alle Hauptkategorien psychiatrischer Diagnostik in der Studie vertreten sehen, um die Indikationen und Kontraindikationen dieser Therapieform beurteilen zu können und um festzustellen, ob der LSD-Prozeß besondere Eigenschaften in bezug zur klinischen Diagnose und zur Persönlichkeitsstruktur aufweise. Sodann wurden in der Auswahl Patienten bevorzugt, die schwere chronische und verfestigte emotionale Störungen aufwiesen, die seit mehreren Jahren anhielten und auf die herkömmlichen Therapien nicht angesprochen hatten. Dieser Gesichtspunkt schien eine ethische Rechtfertigung dafür zu sein, daß wir die Patienten einer experimentellen Behandlung mit einer neuen, starken und unzureichend bekannten psychoaktiven Droge unterwarfen. Und schließlich, da eine hohe Qualität der Rückmeldungen über die psychedelischen Erlebnisse und die therapeutischen Resultate für die Studie wesentlich waren, wählten wir bevorzugt Patienten mit überdurchschnittlicher Intelligenz aus, mit guter Allgemeinbildung und einem Talent zur Introspektion.

Über jede LSD-Sitzung und ebenso auch über die Intervalle zwischen den Sitzungen wurden detaillierte Protokolle geführt. Die Informationen kamen hauptsächlich aus zwei Quellen: von den Patienten selbst und von den Therapeuten, welche die LSD-Sitzungen leiteten. Weitere Auskünfte steuerten manchmal die Schwestern und die Mitpatienten bei, die während der letzten Stunden des psychedelischen Erlebens einige Zeit bei dem LSD-Patienten verbrachten. Mit Hilfe zweier Kollegen, die später hinzukamen, sammelte ich die Protokolle der Sitzungsreihen von vierundfünfzig Patienten. Die Dosierung reichte von 150 bis 450 Mikrogramm, und die Zahl der Sitzungen für die einzelnen Patienten lag zwischen 15 und 103.

Die Studie umfaßte also die Behandlung intelligenter Patienten mit vielerlei schweren emotionalen und psychosomatischen Störungen von chronischer und verfestigter Art. Unter den Leiden, die wir mit einer Reihe LSD-Sitzungen behandelten, waren gehemmte und agitierte Depressionen, alle Hauptformen der Psychoneurosen, psychosomatische Erkrankungen wie Asthma, Psoriasis und Migräne-Kopfschmerzen, verschiedene sexuelle Funktionsstörungen und Abirrungen, Alkoholismus und Narkotika-Sucht, Charakterstörungen, psychotische Borderline-Zustände und mehrere Fälle mit manifesten Symptomen von Schizophrenie. Später, als ich das psychedelische Forschungsprojekt am Maryland Psychiatric Research Center in Baltimore leitete, hatte ich auch Gele-

genheit, mehrere LSD-Sitzungsreihen mit Krebspatienten durchzuführen. Diese Vielfalt der Klienten und der Behandlungsumstände ermöglichen allgemeine Schlußfolgerungen über den natürlichen Verlauf einer LSD-Psychotherapie und über die therapeutischen Vorgehensweisen, die sie günstig beeinflussen können.

Die Anfertigung detaillierter Protokolle über das psychedelische Erleben und über die Intervalle zwischen zwei Sitzungen ist ein sehr wichtiger Teil der LSD-Psychotherapie. Zu Forschungszwecken, wenn man zu allgemeinen Folgerungen gelangen und die Beobachtungen theoretischen Überlegungen zugrunde legen möchte, sind Protokolle absolut unerlässlich. Aber auch im klinischen Alltag sind gute und detaillierte Protokolle äußerst nützlich. Ein Therapeut, der eine größere Anzahl Patienten in LSD-Sitzungsreihen behandelt, vergißt in der Regel viele Einzelheiten, und auch die Patienten selbst können sich nicht an alle Erlebnisfolgen ihrer früheren psychedelischen Sitzungen erinnern. Manchmal gewinnt Material aus einer viel früheren Sitzung angesichts späterer Episoden unerwarteterweise eine neue Bedeutung; zuverlässige Aufzeichnungen sind dann sehr wichtig. Dies kann noch deutlicher werden, wenn der Patient den Verlauf seiner Therapie mit Bildern und Zeichnungen dokumentiert hat.

Bei meiner eigenen Forschung hat die sorgfältige rückblickende Auswertung der Protokolle viele Zusammenhänge deutlich gemacht, die mir bei der eigentlichen Behandlung, die sich über Monate oder Jahre hin erstreckte, entgangen waren. Während ich anhand der Protokolle den psychedelischen Prozeß rekonstruierte, so wie er sich in den einzelnen Fällen vollzogen hatte, konnte ich bestimmte sich wiederholende Themen und Erlebniskomplexe erkennen, übergreifende Tendenzen, typische Phasen und Wendepunkte. Dies führte zu wichtigen Aufschlüssen über die Natur und den Verlauf der LSD-Behandlung bei bestimmten Personen und erlaubte Vergleiche mit den entsprechenden Ergebnissen bei anderen Patienten, über die ähnliche Daten vorlagen. Daraus wiederum ergab sich eine vorläufige dynamische Topographie der inneren Räume, die durch LSD erschlossen werden, und damit ein erweitertes Modell des menschlichen Unbewußten. Zugleich wurden auch die Grundmerkmale des Veränderungsprozesses erhellt, der durch wiederholte Verabreichung des Medikamentes gefördert wird.

In diesem Kapitel will ich im einzelnen die Prozesse beschreiben, die sich im Verlauf einer LSD-Therapie vollziehen, wobei ich drei wichtige Aspekte herausstelle:

- 1) Veränderungen im Inhalt der psychedelischen Sitzungen
- 2) Emotionale und psychodynamische Veränderungen in den Intervallen zwischen den Sitzungen
- 3) Langfristige Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur, der Weltanschauung und der Hierarchie der Werte.

6.1 Veränderungen im Inhalt der psychedelischen Sitzungen

In einem der vorigen Kapitel haben wir schon gesagt, daß die abstrakt-ästhetischen, die psychodynamischen, die perinatalen und die transpersonalen Phänomene die vier Hauptkategorien der in LSD-Sitzungen auftretenden psychedelischen Erlebnisse sind. Die Anordnungen der generativen Matrizen, aus denen diese Erlebensmodalitäten hervorgehen, und deren Wechselbeziehungen sind verwickelt und vielschichtig. Sie lassen sich nicht in einem linearen Modell erfassen und sind am besten holonomisch zu verstehen.¹ Es ist daher nicht ganz richtig, wenn wir vom Unbewußten als von einem Über-einander von »Schichten« sprechen und von manchen seiner Erscheinungen sagen, daß sie der »Oberfläche« näher seien als andere. Doch in der täglichen klinischen Praxis mit LSD sind offenbar manche Phänomene im allgemeinen leichter zugänglich als andere, und in einer Reihe von psychedelischen Sitzungen treten sie meist in einer bestimmten charakteristischen Abfolge auf.

In den ersten LSD-Sitzungen, besonders wenn die Dosierung im Bereich von 100 bis 150 Mikrogramm bleibt, überwiegen gewöhnlich abstrakte Erlebnisse von mancherlei Art. Mit geschlossenen Augen haben die meisten LSD-Klienten unglaublich farbenfrohe und bewegte Visionen geometrischer Muster, architektonischer Formen, kaleidoskopischer Bilderfolgen, magischer Springbrunnen oder herrlicher Feuerwerke. Manchmal erscheint dies in komplexer Form als das gewaltige Innere eines Tempels, als Schiff einer gotischen Kathedrale, als Kuppel einer riesigen Moschee oder als Zierat in maurischen Palästen (»Arabesken«). Bei offenen Augen scheint die Umwelt in Fluß oder in rhythmische Wellenbewegungen geraten zu sein. Die Farben sind ungewöhnlich leuchtend und explosiv, die Farbkontraste viel stärker als üblich, und die Welt kann auf eine Weise gesehen werden, wie sie für manche Bewegungen der modernen Kunst wie Impressionismus, Kubismus, Surrealismus oder Superrealismus bezeichnend ist. Manchmal sieht es so aus, als würden die unbelebten Dinge zum Leben erwachen; manchmal scheint sich die ganze Welt in geometrische Ornamente aufzulösen. Das wohl interessanteste Wahrnehmungsphänomen in dieser Kategorie sind optische Illusionen. Mancherlei triviale Dinge aus der Umgebung können in phantastische Tiere, groteske Gesichter oder exotische Szenerien verwandelt erscheinen. Obwohl die optischen Veränderungen die auffälligsten sind, können auch Gehör, Geruch, Geschmacks- und Tastsinn betroffen werden. Ein charakteristisches Vorkommnis in diesem Stadium sind Synästhesien, bei denen ein äußerer Reiz mit Reaktionen eines für diesen Reiz nicht zuständigen Sinnesorgans beantwortet wird; so können LSD-Klienten sagen, sie hätten Musik gesehen, einen Schmerz gehört oder Farben gekostet.

Diese Erlebnisse mögen aus ästhetischer und künstlerischer Sicht faszinierend sein, haben aber offenbar im Hinblick auf Psychotherapie, Selbsterforschung und Persönlichkeitserweiterung nicht viel zu bedeuten. Ihre wichtigsten Aspekte lassen sich physiologisch erklären; sie resultieren aus einer chemischen Reizung der Sinnesorgane und zeigen deren anatomischen Aufbau und Funktionseigenschaften. Viele von ihnen lassen sich auch durch Anoxie, Hyperventilation, Inhalieren von Kohlendioxid oder durch mancherlei physische Mittel herbeiführen, etwa durch mechanischen Druck auf den Augapfel, elektrische Reizung des optischen Systems und Bestrahlung mit stroboskopischem Licht oder mit Schall verschiedener Frequenzen. Die LSD-Klienten sprechen hier manchmal von alltäglichen Erscheinungen, die derartigen Erlebnissen nahekommen. Ein falsch eingestellter Fernsehempfänger kann eine genaue Entsprechung zu der visuellen Verzerrung oder Geometrisierung eines Bildes hervorbringen. Ähnlich lassen sich die durch LSD bewirkten illusorischen Schallveränderungen durch ein Rundfunkgerät simulieren, das die Geräusche aus dem Bereich zwischen mehreren Sendefrequenzen wiedergibt.

Visionen geometrischer Muster sind in ersten Sitzungen mit niedriger Dosierung so häufig, daß sie anfänglich als regelmäßige und typische Reaktionen auf die Droge galten. Sie verschwinden jedoch zumeist aus den Sitzungen, sobald die Dosis gesteigert oder die Einnahme des LSD wiederholt wird. Diese Beobachtung ist nicht leicht zu erklären. Es besteht die Möglichkeit, daß die geometrischen Illusionen tatsächlich ein Nacherleben der durch den Sauerstoffmangel bei der Geburt bewirkten sensorischen Phänomene, also die oberflächlichste Schicht der Geburtserinnerung darstellen. Ihre Affinität zur dritten perinatalen Matrix scheint in diese Richtung zu deuten. Um einem Mißverständnis zuvorzukommen, sei gesagt, daß nicht alle abstrakten und geometrischen Erscheinungen in LSD-Sitzungen dieser Kategorie angehören. LSD-Klienten haben manche geometrischen Visionen auch im fortgeschrittenen Stadium der transpersonalen Sitzungen. Die beiden Arten geometrischer Visionen lassen sich leicht unterscheiden. Die fortgeschrittenen geometrischen Figuren sind bestimmten mikro- oder makrokosmischen Formen verwandt oder stellen Elemente einer spirituellen Geometrie dar. Typische Visionen dieser Kategorie erscheinen als Atom- oder Molekülstrukturen, Zell- und Gewebelemente, Muscheln, Honigwaben, Blumen und Blüten oder als mancherlei universale Symbole und komplexe Mandalas. Der reiche philosophische und spirituelle Gehalt dieser Erscheinungen unterscheidet sie deutlich von den zuvor genannten abstrakten und ästhetischen Visionen.

Manchmal gewinnen auch die abstrakten sensorischen Veränderungen einen ausgeprägt emotionalen Charakter und sogar einen besonderen Inhalt. Sie können scharf, drohend und aggressiv wirken, mit einem Dunkelrot, das auf Unfall, Operation, Mord oder Inzest hinzuweisen scheint. Oder die Farbe gemahnt stark an Fäkalien und weckt Gefühle des Ekels, Abscheus oder der Scham. Andere Formen und Farben abstrakter Visionen erscheinen als lasziv und obszön oder als sehr sinnlich, sexuell erregend und verführerisch. Warme, weiche und beschwichtigende Formen und Farben scheinen der Welt des zufriedenen Säuglings zu entstammen. Solche besonderen Eigenschaften der Bildvorstellungen weisen immer auf latentes, emotional bedeutsames Material aus der Lebensgeschichte hin. Dasselbe gilt für Wahrnehmungsveränderungen in anderen Bereichen, ob sie sich nun spontan oder als illusorische Verwandlungen eines echten Sinneseindrucks ergeben. Erlebnisse dieser Art bezeichnen den Übergang von der abstrakten zur psychodynamischen Ebene.

In unserer Prager Studie zur psycholytischen Therapie hatten die meisten Patienten in den ersten Sitzungen psychodynamische und abstrakte Erlebnisse in wechselnden Kombinationen und Proportionen. Mit zunehmender Zahl der Sitzungen verschwanden die abstrakten Phänomene allmählich aus den Erlebnisgehalten, und der Prozeß konzentrierte sich auf verwickelte biographische Selbsterkundungen. Manche Aspekte der psychodynamischen Sitzungen brachten ein Nacherleben emotional bedeutsamer Ereignisse aus dem Leben des Einzelnen, teils aus der frühen Kindheit, teils aus dem späteren Leben oder der jüngsten Vergangenheit.

Viele andere Erlebnisse auf dieser Ebene konnten entweder sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt als Abkömmlinge solcher biographischen Inhalte erkannt werden. Die Entschlüsselung ergab sich im Fortgang der LSD-Therapie oft spontan, wenn diese komplexeren Formationen sich schließlich zu ihren Ursprüngen zurückverfolgen ließen. Da aber diese psychodynamischen Phänomene eine ähnliche Struktur haben wie die Träume, kann man sie auch einer weiteren Analyse nach den in der Traumdeutung üblichen Techniken unterziehen.

Inhalt und Dynamik der LSD-Sitzungen auf dieser Ebene werden uns leichter verständlich, wenn wir uns die Erinnerungen zu bestimmten Konstellationen gruppiert denken, den COEX-Systemen, von denen schon ausführlicher die Rede war. Diese helfen uns die ansonsten verwirrende Tatsache zu erklären, daß in der Abfolge der LSD-Sitzungen der spezifische Inhalt zwar ständig wechselt, die übergreifende Struktur des Erlebens,

die Qualität der Emotionen und die psychosomatischen Begleitsymptome dagegen über längere Perioden hin relativ stabil bleiben können. Dies ist eine Folge des Umstands, daß jedes COEX-System durch ein eigenes Generalthema gekennzeichnet wird, während jede der einzelnen historischen Schichten des Systems eine konkrete und spezifische Version dieses Themas in Verbindung mit vielerlei biographischen Details darstellt. Sobald einmal das ganze COEX-System erschlossen ist, läßt sich die Abfolge der Veränderungen im spezifischen Gehalt der Sitzungen (und in den gleichzeitigen illusorischen Verwandlungen des Therapeuten und der Behandlungssituation) im nachhinein als Abfolge der verschiedenen historischen Schichten deuten. Bei einiger klinischer Erfahrung ist es auch möglich, dank unserer Kenntnis der COEX-Systeme den ungefähren Charakter der Erlebnisse in ihren tieferen, im LSD-Prozeß noch gar nicht berührten Schichten vorauszusagen. Wie an früherer Stelle ausgeführt, ist der Begriff der COEX-Systeme und der steuernden dynamischen Systeme überhaupt besonders nützlich für das Verständnis der Komplikationen nach einer LSD-Einnahme, z.B. der anhaltenden Reaktionen und der Rückblenden.

In unserer Prager Untersuchung ging der Inhalt der psychodynamischen Sitzungen im großen und ganzen von traumatischen Erinnerungen psychischer Natur allmählich zu Erinnerungen an schwere Krankheiten, Operationen und Unfälle über. Dies ist statistisch zu verstehen, als Tendenz in einer großen Anzahl von Fällen; es soll nicht heißen, daß diese Entwicklung ganz linear wäre oder sich an jedem einzelnen Patienten und in jeder Behandlungssituation zwangsläufig so vollziehen müßte. In einem gewissen Stadium ihrer LSD-Behandlung gingen viele Patienten von emotional relevanten Konflikten, Problemen und Erinnerungen zu einem Nacherleben von Situationen über, bei denen ihr Leben oder ihre körperliche Unversehrtheit auf dem Spiel gestanden hatten. Die biologisch gefährlichen Ereignisse und die schweren psychischen Traumatisierungen in der frühen Kindheit sind anscheinend eine thematische Brücke zwischen der biographischen Ebene und der perinatalen Ebene des Unbewußten. Da sich die Erlebnisinhalte beider Ebenen gewöhnlich überlappen, kann der Übergang ganz allmählich und fast unmerklich geschehen. Viele LSD-Patienten, die etwa die Gefahr des Ertrinkens, Krankheiten wie Diphtherie, Keuchhusten, Lungenentzündung oder eine Mandeloperation nacherlebten, bemerkten dabei plötzlich, daß die Angst, der Schmerz und die Erstikungsnot, die offenbar von diesen biographischen Ereignissen herrührten, zu einem Teil auch dem Geburtstrauma angehörten. Und ähnlich erkannten andere Patienten, die sich mit einer mörderischen Wut beschäftigten, die anscheinend mit frühkindlichen oralen Störungen zusammenhing, daß ein Teil der gewaltigen Aggressivität, die sie zuerst nur der infantilen Unzufriedenheit mit den Bedingungen ihrer Pflege zugeschrieben hatten, auf einer tieferen Ebene mit dem Ringen bei der Geburt verknüpft war. Im perinatalen Kontext sind die für die orale Aggression bezeichnende Spannung und Verklammerung der Kiefer offenbar ein natürlicher Umstand im Endstadium der Entbindung, wenn der Kopf durch die Wände des Geburtskanals eingezwängt wird. Ein erfahrener LSD-Therapeut kann also oftmals die auftauchenden perinatalen Inhalte schon hinter übermäßig emotionalen Reaktionen und psychosomatischen Erscheinungen erkennen, die der Patient mit mancherlei Kindheitserinnerungen verknüpft.

Im weiteren Fortgang der Sitzungen verließen früher oder später alle Patienten das biographische Stadium und traten ganz in die perinatale Zone ein. Die Zahl der Sitzungen, die dazu im einzelnen erforderlich war, schwankte beträchtlich. Im großen und ganzen verbrachten diejenigen Personen, die keine größeren emotionalen Schwierigkeiten hatten, nur sehr wenig Zeit mit der Bearbeitung biographischen Materials und gingen relativ schnell zu Problemen des Sterbens und Geborenwerdens, zu philosophischen Fragen nach dem Sinn des menschlichen Lebens und zu spirituellen Daseinserfahrungen über. Psychiatrie-Patienten mit schweren neurotischen und psychosomatischen Problemen brauchten dagegen manchmal zwanzig bis dreißig Sitzungen, ehe sie ganz in die Zone

des Todes- und Wiedergeburtprozesses eintraten. Viele von ihnen erkannten im nachhinein, daß ihr Verharren auf der psychodynamischen Ebene eine Abwehrmaßnahme gewesen war; sie waren dem sehr viel beängstigenderen perinatalen Material ausgewichen. Natürlich wurden sie in dieser Haltung bestätigt und ermutigt durch das ausschließliche Interesse für die biographischen Inhalte, das sich aus der ursprünglich freudianischen Orientierung der Therapeuten ergab. Die für die psychodynamische Arbeit erforderliche Zeit läßt sich erheblich abkürzen, wenn die Beisitzer mit den perinatalen und transpersonalen Dimensionen des psychedelischen Erlebens vertraut sind und nicht vor ihnen zurückzucken.

Sobald die Patienten ganz im Prozeß des Todes- und Wiedergeburtserlebens aufgehen, gilt für viele Sitzungen hintereinander das Hauptinteresse der Erschließung der perinatalen Ebene mit allen ihren Verzweigungen und Nuancen. In ganz allgemeinem Sinne besteht dieser Prozeß in einer großen Anzahl von Erlebnissequenzen, in denen die Symbole der verschiedenen perinatalen Matrizen auftauchen. Hinsichtlich der Abfolge der einzelnen Matrizen konnten wir keinerlei allgemeingültige Muster oder Regelmäßigkeiten erkennen. Einige Klienten haben einen direkten Erlebenszugang zu manchen Elementen der Matrix I und zu transpersonalen Phänomenen, bevor sie sich mit Elementen der negativen Matrizen beschäftigen. Typischer ist, daß der Zugang zu den Matrizen IV und I leichter wird, nachdem sich die Klienten mit den schwierigen Elementen der Matrizen II und III befaßt haben. Überhaupt sind die perinatalen Abfolgemuster in hohem Maße individuell; die Faktoren, von denen sie bestimmt werden, sind komplex und gegenwärtig erst unzureichend begriffen. Die Art und die Umstände des tatsächlichen biologischen Geburtsvorgangs und die besonderen Züge in der individuellen Lebensgeschichte, die bestimmte Facetten des Geburtstraumas verstärkt und hervorgehoben haben, scheinen in dieser Hinsicht von einiger Bedeutung zu sein.

Abgesehen von den in die Persönlichkeitsstruktur des Klienten »eingelagerten« Elementen ist eine Vielzahl äußerer Faktoren möglicher- oder wahrscheinlicherweise wichtig. Dazu gehören die Persönlichkeit des Therapeuten, seine allgemeine Orientierung und therapeutische Vorgehensweise und die Elemente des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation im weitesten Sinne. Mancherlei unsystematische Beobachtungen scheinen zu besagen, daß auch jahreszeitliche Einflüsse und kalendarische Ereignisse wie Geburtstage, Jubiläen, Weihnachten oder Ostern nicht bedeutungslos sind. Manche interessanten Aufschlüsse sind gelegentlich dem Horoskop des Klienten und den Daten über die Planeten-Transite zu entnehmen; und das faszinierendste Gebiet künftiger Forschung sind vielleicht die möglichen kosmobiologischen Einflüsse auf psychedelische Sitzungen allgemein und den perinatalen Prozeß im besonderen. Solange die perinatale Ebene im Mittelpunkt des LSD-Erlebens steht, können mehrere wichtige Episoden in bezug zu den verschiedenen Matrizen während einer einzigen Sitzung durchlebt werden. In jeder dieser Sequenzen liegt dann jedoch der Akzent auf einem anderen Aspekt, einer anderen Facette oder Schicht der vorherrschenden Matrix. In manchen Sequenzen, die sich auf die negativen Matrizen beziehen, liegt der Akzent auf einer emotionalen Qualität wie Depressivität, Angst, Schuldgefühl, Zorn, Aggressivität oder Ekel. In anderen liegt er auf psychosomatischen Erscheinungen – Erstickungsgefühl, Druck auf Kopf und Körper, mancherlei körperliche Schmerzen, Spannungsabfuhr in Tremores, Übelkeit und Erbrechen oder Herzbeschwerden. Außerdem kann jedes Stadium des perinatalen Prozesses auf verschiedenen Niveaus erlebt werden, von eher oberflächlichen symbolischen Anspielungen bis hin zu Sequenzen von urtümlicher und erschütternder Gewalt.

Der Reichtum an Erlebensinhalten wird noch vermehrt durch die unendliche Fülle der Anschauungsmaterialien aus der Biologie, Zoologie, Anthropologie, Geschichte, Mythologie und Religion, die der Prozeß umspannt. Diese Materialien erscheinen auch im Inhalt der positiven perinatalen Matrizen, deren emotionale und physiologische



Erscheinungen jedoch sehr viel einförmiger und schlichter sind als die der negativen. Aus diesen Gründen sind psychedelische Sitzungen, die sich mit dem Todes- und Wiedergeburtsvorgang beschäftigen, nicht nur von großem therapeutischem Wert, sondern sie sind auch eine Quelle unschätzbaren wissenschaftlicher, soziopolitischer, philosophischer und spiritueller Erkenntnisse.

Ein Erlebnis, in dem sich Gefühle der Beengung mit genitalen und umbilicalen Schmerzempfindungen verbinden. Es verdeutlicht den Ursprung des Kastrationskomplexes und dessen Verwurzelung im Trauma der Geburt.

Obwohl der Patient die Abfolge von Tod und Wiedergeburt in einer einzigen Sitzung mehrmals erleben kann, dauert es meist viele Sitzungen, bis dieser Prozeß abgeschlossen ist und alles perinatale Material aus den Erlebnishalten verschwindet. Dies stimmt überein mit anthropologischen Beobachtungen in verschiedenen nicht-abendländischen Kulturen, wo im Rahmen der sogenannten Übergangsriten mit Hilfe von Drogen oder durch andere Methoden starke Todes- und Wiedergeburtserlebnisse herbeigeführt werden. Es gibt Anzeichen dafür, daß die zeitweilig während solcher Riten auftretenden außergewöhnlichen Bewußtseinszustände in der zweiten Lebenshälfte undramatischer werden und der perinatalen Elemente entbehren. Ein wichtiger Beleg hierfür ist Kilton Stewarts (96) Beschreibung der malaiischen Senoi-Kultur. Im Fortgang des perinatalen Prozesses werden meist die negativen Erlebnisse intensiver und die Gefühle der Entlastung und Befreiung danach um so tiefer und vollständiger.

Bestimmte Aspekte des perinatalen Prozesses geben grobe Aufschlüsse über die erreichte Phase. Verbringt der Klient in mehreren aufeinanderfolgenden Sitzungen lange Perioden

in der Rolle des leidenden Opfers – hilf- und hoffnungslos, mit Gefühlen der Ausweglosigkeit –, so bedeutet das gewöhnlich, daß er sich in den ersten Phasen des Prozesses befindet. Vermehrung der aggressiven Gefühle und Übernahme einer aktiven Rolle in der Erlebnisfolge sind charakteristisch für die späteren Phasen. An früherer Stelle wurde schon gesagt, daß in der dritten perinatalen Matrix die physischen und emotionalen Leiden aufs engste mit einer starken sexuellen Erregung verflochten sind. Infolge dieses Zusammenhangs können in einer LSD-Therapie mit kleineren Dosierungen manche Leiden bei der Geburt in Form orgastischer Sequenzen von schmerzhafter Intensität abreagiert und durchgearbeitet werden. Bei Anwendung hoher Dosierungen ist die Zunahme der sexuellen Inhalte ein wichtiger Hinweis darauf, daß der perinatale Prozeß sich der Endphase nähert. Dasselbe gilt für die Berührung mit unangenehmen biologischen Substanzen wie Blut, Schleim, Kot, Urin oder anderen übelriechenden Dingen.

Ein anderes typisches Zeichen dafür, daß der Todes- und Wiedergeburtprozeß zu Ende geht, ist das Element des Feuers, welches in konkreten Vorstellungen von Vulkanen, thermonuklearen Reaktionen, Explosionen und Bränden, besonders aber in der abstrakteren, transzendenten Form des läuternden und verjüngenden Feuers (Pyrokatharsis) das Erleben zu beherrschen beginnt.

Für die Praxis der LSD-Psychotherapie ist es von größter Bedeutung, die Begleiterscheinungen im Erleben des Übergangs vom Tod zur Wiedergeburt genau zu kennen. Manche Zustände, in die der Klient dabei gerät, sind so unerträglich, daß er nicht standhalten wird, wenn nicht die Beisitzer sich auf diesem Gelände einigermaßen auskennen und ihm immer wieder Mut machen können. Wo sie es daran fehlen lassen, kann das angstvolle Ausweichen vor dem schrecklichen Wendepunkt den Abschluß des perinatalen Prozesses langfristig behindern oder sogar für immer versperren. Die Erwartung einer Weltexplosion, unerträgliche Erstickungsangst, das Gefühl, man werde gleich das Bewußtsein verlieren oder der Körper sei dabei zu zerfallen, und die Auflösung aller Anhaltspunkte und Bezüge sind die Hindernisse, mit denen die Klienten sich am häufigsten vor dem Ende des Todes- und Wiedergeburtserlebens konfrontiert sehen.

Die perinatalen Erlebnisse haben eine interessante Zwischenstellung zwischen dem biographisch determinierten individuellen Unbewußten und den transpersonalen Sphären des kollektiven Unbewußten. Die relative Häufigkeit, mit der psychodynamisches und transpersonales Material in den perinatalen Sitzungen auftaucht, gibt einen weiteren Hinweis auf den Entwicklungsstand. In den ersten Phasen überwiegen biographische Inhalte; und während sich der Patient mit traumatischen Kindheitserinnerungen beschäftigt, vertieft sich das Erleben manchmal zu einer perinatalen Sequenz. Später verlagert sich das Interesse fast ganz zu den Inhalten der perinatalen Matrizen hin, und die psychodynamischen Elemente beschränken sich meistens auf gelegentliches Nacherleben einer Krankheit, einer Operation oder eines Unfalls. Zugleich kommen verschiedene transpersonale Sphären in den Sitzungen immer stärker zur Geltung, entweder als Illustrationen und Begleiterscheinungen der perinatalen Sequenzen oder als selbständige Episoden.

Die Zahl der Sitzungen, die zum Vollzug des perinatalen Prozesses nötig sind, ist bei den einzelnen Klienten sehr unterschiedlich; sie ist zugleich wesentlich von äußeren Faktoren abhängig wie der Dosierung, dem Therapeuten, dem Erwartungsrahmen und der Behandlungssituation. Eine genaue numerische Schätzung ist daher unmöglich. Nach meinen Erfahrungen konnten manche Personen das perinatale Material in weniger als zehn streng internalisierten Sitzungen mit hoher Dosierung durchgehen und verarbeiten. Andere brauchten in der gleichen Behandlungseinrichtung mehrere Dutzend psychedelischer Sitzungen, ehe sie ganz in die transpersonale Phase übergehen konnten. Mir sind auch schon etliche Personen begegnet, die auf eigene Faust bei geselligen Anlässen LSD hundertmal eingenommen hatten, aber nicht einmal bis zum Anfang dieses Prozesses gelangt waren.

In Sitzungen mit hoher Dosierung, die sich der nach innen gekehrten Selbsterforschung widmen, bringen die meisten Personen früher oder später den Prozeß des Ich-Todes und der Wiedergeburt zu einem Abschluß. Alle weiteren Sitzungen sind von transpersonalem Charakter und stellen eine Fortsetzung des philosophischen und spirituellen Suchens dar. Ob dieser Prozeß ursprünglich therapeutischen oder anderen Zwecken diene – in diesem Stadium wird er zu einem kosmischen Abenteuer des Bewußtseins, in der Absicht, die Rätsel der persönlichen Identität, der menschlichen Existenz und des Weltenplanes zu lösen.

Den Fortgang durch die verschiedenen Stadien, mit den entsprechenden Veränderungen der Erlebnisinhalte, wollen wir an den LSD-Sitzungen Erwins verdeutlichen, eines zweiundzwanzigjährigen Patienten mit einer äußerst schweren Zwangsneurose. Vom

Behandlungsergebnis her gesehen ist er zwar einer der wenigen Fälle eines absoluten Mißerfolgs, doch geben seine Sitzungen ein interessantes Beispiel für den Wechsel der symbolischen Inhalte. Sie zeigten, wie die Schlange, ein klassisches Phallus-Symbol der Freud'schen Psychoanalyse, auf den nächsten Ebenen des psychedelischen Prozesses andere Bedeutungen gewann. Während seiner LSD-Behandlung erlebte Erwin nacheinander psychodynamische, perinatale und transpersonale Phänomene, die jedoch allesamt von negativem Charakter waren. Die ekstatischen Vereinigungszustände, in denen nach unseren Erfahrungen die größte therapeutische Kraft liegt, vermochte Erwin nie zu erleben.

Erwin wurde nach vier Jahren erfolgloser psychiatrischer Behandlung mit herkömmlichen Methoden in unser LSD-Programm übernommen. Das klinische Problem, das ihn am meisten quälte, war der starke, zwanghafte Wunsch, sich ein geometrisches System mit zwei Koordinatenachsen auszudenken, in das alle Personen, Situationen und Angelegenheiten sich zuverlässig einordnen ließen. Wenn er diesem Drang widerstand, befielen ihn eine unerträgliche Angst und andere höchst unangenehme Gefühle. Manchmal verbrachte er Stunden über dem Versuch, die richtigen Koordinaten für eine bestimmte Angelegenheit in seinem Leben zu finden, doch nie gelang es ihm zur eigenen Zufriedenheit. Kurz vor der Aufnahme in die LSD-Behandlung begann ihn das Gefühl zu beunruhigen, daß sich das Zentrum seines imaginären Systems nach links verschiebe. Er meinte, dringend etwas dazu tun zu müssen, war gespannt, deprimiert und allgemein verunsichert. Um die gleiche Zeit hatten sich auch psychosomatische Symptome eingestellt, die er in hypochondrischer Manier zu deuten versuchte. Vor seiner Überweisung zur LSD-Therapie lagen mehrere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und erfolglose Behandlungen mit Tranquilizern, Antidepressiva und nichtmedikamentöser Psychotherapie.

Zu Anfang bewies Erwin gegen das LSD eine extreme Resistenz. Einmal gelang es ihm, die Wirkung von 1500 Mikrogramm intramuskulär verabfolgtem Sandoz-LSD vollkommen zu unterdrücken.² Eine lange Reihe von Sitzungen mit hoher LSD-Dosis verlief völlig ereignislos; der Inhalt blieb in den meisten Sitzungen auf massive Somatisierungen und das Ringen um Selbstbeherrschung beschränkt. Dann fand er nach und nach Zugang zu manchen biographischen Themen aus seiner jüngsten Vergangenheit, zum Beispiel Erinnerungen aus dem Militärdienst. Endlich, in seiner achtunddreißigsten Sitzung, regredierte er plötzlich auf sehr überzeugende und realistische Weise in seine Kindheit. Er fühlte sich klein und hilflos und hatte sonderbare Empfindungen um die Genitalzone. Es kam ihm vor, als ob sein Penis geschrumpft und nun so klein wie der eines Kindes sei. Damit verbunden war die ängstliche Besorgnis, die Blasen- und Darmentleerung nicht mehr beherrschen zu können, und das beschämende Gefühl, sich in die Hosen gemacht zu haben. Sein übliches zwanghaftes Bedürfnis steigerte sich zu gewaltigen Proportionen und schien eng verknüpft mit Visionen von sich bewegenden Schlangenleibern und den Mustern auf Schlangenhäuten. Die Verschiebungen der Elemente in seinem imaginären geometrischen System schienen sich in vollkommener Synchronizität und manchmal Identität mit den Bewegungen der Schlangen zu befinden. In diesen Sitzungen bearbeitete er Probleme im Zusammenhang mit Sauberkeitserziehung und Rebellion gegen die väterliche Autorität. Die Ausscheidungsvorgänge hatten für ihn eine stark ambivalente Bedeutung; sie wurden zugleich oder wechselnd als lustvoll und abstoßend empfunden.

In diesem Zusammenhang erlebte er in komplexer Weise und in voller Regression einen Vorfall nach, der sich zugetragen hatte, als er zweieinhalb Jahre alt war. Seine Mutter war mit ihm in den Zirkus gegangen, und auf ihrem Schoß sitzend

schaute er sich aus der ersten Reihe die Vorstellung an. Nach einer Nummer, in der eine Bauchtänzerin mit einer großen Boa constrictor auftrat, trug der männliche Partner der Tänzerin die Schlange rings um die Arena, um sie den Zuschauern aus der Nähe zu zeigen. Als er zu Erwin und seiner Mutter kam, machte die Schlange eine überraschende Bewegung. In plötzlicher Angst machte Erwin sich in die Hosen, immer noch auf dem Schoß seiner Mutter. Sie war wegen des Vorfalls sehr verlegen, und verließ sofort mit ihm die Vorstellung. Die Echtheit dieser Erinnerung wurde später von Erwins Mutter bestätigt.

Es dauerte lange, bis all die verwickelten Emotionen durchgearbeitet waren, die sich an diesen Vorfall knüpften. Sie reichten von Abscheu, Verlegenheit, Scham und Minderwertigkeitsgefühlen bis zu starken Lust- und Triumphgefühlen wegen der Verletzung übertriebener elterlicher Vorschriften zur Sauberkeit. Auf dieser Ebene hatten das Bild der Schlange und die neurotischen Symptome eindeutig anale Nebenbedeutungen: Die Form der Schlange stellte den Kot dar, die zwanghafte Präokkupation mit den Koordinatenverschiebungen bezeichnete die Bewegungen der Eingeweide.

Später in Erwins LSD-Sitzungen tauchten ganz neue Elemente auf. Die Visionen von der Schlangenhaut und den Windungen des Schlangenkörpers verbanden sich nun mit starker erotischer Erregung und sexuellem Triebdruck. Manchmal sah Erwin nun Szenen mit nackten Männer- und Frauenleibern im Geschlechtsverkehr. Diese Sequenzen mündeten schließlich ins komplexe Nacherleben einer klassischen Freudschen Urszene ein – Beobachtung des elterlichen Geschlechtsaktes, dem er eine sadistische Deutung gab. Er glaubte, daß dies etwa um die gleiche Zeit geschehen sein müsse wie der Vorfall im Zirkus. Beide Erinnerungen hatten dies gemeinsam, daß eine männliche und eine weibliche Gestalt darin auftraten, mit ihm selbst als dem Beobachter. Die Boa in der Zirkusszene und der Penis in der Urszene waren anscheinend symbolische Äquivalente. Auf dieser Ebene war die Schlange eindeutig ein Phallussymbol, ganz im Sinne der Freudschen Tradition.

Als Erwin auf die perinatale Ebene vordrang, ließen sich viele der soeben beschriebenen Phänomene sinnvoll mit den Qualen der Geburt verknüpfen. In diesem Kontext wurde die Schlange zum Symbol des vernichtenden weiblichen Elements, das den Säugling bei der Entbindung zu ersticken und zu zermalmen droht. Erwin erinnerte sich an Bücher und Filme, in denen er Boas gesehen hatte, wie sie ihre Beute würgten und verschlangen. Die Ähnlichkeit zwischen diesen Handlungen und der Geburt oder Niederkunft war offenbar die Assoziationsbrücke zwischen der phallischen Bedeutung des Schlangensymbols und seiner Beziehung zum Prozeß von Tod und Wiedergeburt. Erwins Zwangssymptome blieben weiterhin mit den Bewegungen des Schlangenkörpers verknüpft, stellten aber nun symbolisch die widerstreitenden Kräfte bei der Austreibung durch den Geburtskanal dar. Das Gefühl der Unsauberkeit erstreckte sich nun von der genitalen und analen Zone über den ganzen Körper und konnte als Zustand des Neugeborenen während und unmittelbar nach der Entbindung erkannt werden. Die Probleme der Blasen- und Darmbeherrschung standen nun in Beziehung zum reflexhaften Urinieren und Defäzieren, das als Reaktion auf die Schmerzen bei der Geburt auftritt. Die Schlangenvisionen hielten auch noch in einigen späteren Sitzungen an, in denen transpersonale Elemente vorkamen. Hier erschien die Schlange in einer Vielfalt archetypischer und mythologischer Zusammenhänge. Erwin sprach von etlichen Erscheinungen, in denen Hohepriesterinnen die heiligen Pythons pflegten und anbeteten, von Schlangen, welche die Urkräfte der Natur verkörperten, von der Riesenschlange Ouroboros, die sich in den eigenen Schwanz beißt, von gefiederten Schlangen und anderen Schlangengottheiten.

Erwins LSD-Erlebnisse schienen im Hinblick auf seine Symptome auf allen Ebenen sehr sinnvolle Deutungen zu ergeben. Leider erwies sich keine davon als therapeutisch nützlich. Zwar hatte er oft das Gefühl, der Lösung seiner Probleme nun nahe zu sein, doch brachte die lange Reihe der psychedelischen Sitzungen schließlich nicht die erhofften Resultate.

6.2 Emotionale und psychosomatische Veränderungen in den Intervallen zwischen den Sitzungen

Den Veränderungen im Inhalt der LSD-Sitzungen während einer psychedelischen Therapie entsprechen parallele Veränderungen des klinischen Zustands nach den einzelnen Sitzungen. Die spezifische Dynamik der Zeit nach den Sitzungen und die therapeutische Behandlung der hier möglichen Komplikationen wurden im vorigen Kapitel besprochen. Hier wollen wir bestimmte allgemeine Veränderungsmuster in LSD-Sitzungsreihen beschreiben. Wir konzentrieren uns dabei auf den Therapieverlauf in unserer Prager psycholytischen Studie, zu einer Zeit, als wir uns noch nicht an die Prinzipien hielten, daß die Sitzungen streng auf das innere Erleben zu konzentrieren und daß in der Schlußphase aktive Strukturierungsmaßnahmen zugunsten einer positiven Auflösung zu ergreifen seien. Die Befolgung dieser beiden Prinzipien vermindert die Häufigkeit negativer Nachwirkungen erheblich und damit auch die Schwankungen im klinischen Zustand.

Den Verlauf des LSD-Prozesses unter weniger strukturierten Bedingungen zu untersuchen, ist aus zwei Gründen wichtig: Es verhilft zu einem besseren Verständnis der stattfindenden Dynamik, und es zeigt künftigen LSD-Therapeuten die Gründe für aktive Eingriffe in der Rückkehrphase. Obwohl diese LSD-Sitzungen beaufsichtigt waren, kam das Vorgehen wegen der mangelnden therapeutischen Eingriffe in der Rückkehrphase den nichtmedizinischen Selbstversuchen doch recht nahe. Die Beobachtungen, die wir dabei machen konnten, sind also möglicherweise von einigem Nutzen auch für Therapeuten, die Kriseninterventionen vornehmen und Komplikationen nach unbeaufsichtigten LSD-Selbstversuchen behandeln.

Auch wenn in der Schlußphase keine aktive therapeutische Hilfe geboten wird, bleiben die negativen Nachwirkungen von LSD-Sitzungen bei emotional einigermaßen ausgeglichenen Personen geringfügig. Wie schon gesagt, habe ich bei solchen Menschen niemals Nachwirkungen von der Form und Stärke klinisch psychopathologischer Symptome bemerkt. Was es gelegentlich am Tag nach der Sitzung festzustellen gab, waren Traurigkeit, Gereiztheit, Ermüdung, existentielle Zweifel, Kopfschmerzen oder ein »Kater«; all dies jedoch im Rahmen normaler Befindlichkeiten. Nicht einmal dann, wenn diese Personen sich mit schwierigen perinatalen Themen beschäftigten, traten negative Folgen auf, die sie gehindert hätten, ihren alltäglichen Geschäften nachzugehen. Es ist sogar irreführend, wenn man sich bei »normalen« Personen einseitig für die negativen Folgen der LSD-Sitzungen interessiert. In den meisten Fällen waren hier vielmehr erhöhte Frische und Vitalität festzustellen, gehobene Stimmung, eine ungewöhnliche Vielfalt der Wahrnehmungen und andere deutlich positive Veränderungen, die über Tage oder Wochen nach der psychedelischen Sitzung anhielten.

Ganz anders waren die Befunde bei den Psychiatrie-Patienten mit schweren neurotischen und psychosomatischen Störungen. Wenn diese Patienten an den psychodynamischen Themen arbeiteten, wies ihr klinischer Zustand beträchtliche Schwankungen auf. Nach manchen Sitzungen waren sehr dramatische Anzeichen von Besserungen zu erkennen, und weil unsere Kenntnis des LSD-Prozesses damals ziemlich beschränkt war, weckte dies manchmal den falschen Eindruck, daß die Therapie einem guten Ende entgegengehe. Auf andere Sitzungen wieder folgten ebenso dramatische überraschende Verschlimmerungen der vorherigen Symptome. In den übrigen Fällen waren die positiven oder negativen Veränderungen geringfügig und manchmal nicht der Rede wert. Ab-

gesehen von diesen schwankenden Befunden, was die Besserung oder Verschlimmerung klinischer Symptome angeht, stellten wir manchmal auch auffällige Wandlungen in der Natur der Symptome selbst fest. Binnen weniger Stunden verschwanden wie durch Hexerei die alten psychopathologischen Symptome, in einigen Fällen solche, die über Jahre hin angehalten hatten, und an ihre Stelle traten andere, die der Patient noch nie gehabt hatte. Nähere Ausführungen zur Dynamik solcher Veränderungen findet der Leser in Kapitel 9.2 dieses Buches. In manchen Fällen waren die Veränderungen von so grundsätzlicher Art, daß der Patient in eine ganz andere klinische Kategorie geriet. Dieses Phänomen ist so auffällig und von so großer theoretischer und praktischer Bedeutung, daß es kurz an einem klinischen Beispiel verdeutlicht zu werden verdient:

Richard, ein sechszwanzigjähriger Student, litt seit über vier Jahren an einer schweren, niemals abklingenden Depression. Er hatte sechs ernstgemeinte Selbstmordversuche hinter sich, davon einen mit Rattengift. Des weiteren litt er an häufigen Anfällen freiflottierender Angst, quälenden Kopfschmerzen, Herzstechen, Palpitationen und starker Schlaflosigkeit. Richard selbst führte die meisten dieser emotionalen Probleme auf sein gestörtes Geschlechtsleben zurück. Er hatte zwar viele freundschaftliche Verhältnisse zu Frauen, vermochte aber keiner von ihnen sexuell näherzutreten und hatte überhaupt noch nie mit einer Frau geschlafen. Manchmal verschaffte er sich durch Masturbation Erleichterung; dies aber weckte Selbsthaß und quälende Schuldgefühle. In unregelmäßigen Abständen ließ er sich auf homosexuelle Beziehungen ein, immer in der Rolle des passiven Partners. Obwohl er in diesen Beziehungen momentan Befriedigung finden konnte, nahmen die Schuldgefühle, die aus ihnen erwuchsen, selbstzerstörerische Ausmaße an. In der Verzweiflung, die diesen homosexuellen Beziehungen folgte, hatte er mehrere Selbstmordversuche unternommen sowie einen Versuch der Selbstkastration durch Einnahme einer großen Dosis Östrogen-Hormone.

In seiner achtzehnten LSD-Sitzung gelang Richard der endgültige Nachvollzug und die Verarbeitung eines starken negativen COEX-Systems, das der perinatalen Matrix II funktional nahestand.³ Darauf folgte ein ekstatisches Erlebnis, das mehrere Stunden dauerte. Er fühlte sich heil und genesen, selbstsicher und optimistisch. Während der Rückkehrphase jedoch stimmte sich sein Erleben auf eine andere Erinnerungskonstellation ein, die mit der dritten perinatalen Matrix verbunden war. Dies war eine unangenehme Überraschung, nachdem er schon geglaubt hatte, seine Krankheit endgültig aufgelöst zu haben. Enttäuscht und nicht mehr bereit, sich nun wieder neuen Problemen zuzuwenden, mobilisierte er vorzeitig seine Abwehrmechanismen. Strahlend, glücklich und mit dem Gefühl physischen Wohlbefindens kehrte er aus der LSD-Sitzung zurück; zu unserem Erstaunen aber wurden seine alten Symptome durch eine klassisch-hysterische Paralyse des rechten Arms ersetzt. Sie hatte alle typischen Merkmale einer hysterischen Konversionsreaktion, mitsamt der »belle indifférence« – dem verblüffend gleichmütigen Hinnehmen eines doch offenbar schweren und verkrüppelnden Symptoms.

Die Fortsetzung der Behandlung brachte interessante Resultate. In mehreren Sitzungen nacheinander war die Paralyse aufgehoben, sobald das LSD zu wirken begann. Zwei wichtige Problembereiche, die mit der hysterischen Paralyse verbunden waren, tauchten immer wieder auf und mußten durchgearbeitet werden. Der erste war Richards Verhältnis zu seinem Vater. Es war mit Aggressionen und unbewußten Vatemord-Konflikten beladen. Richards Vater war ein brutaler, despotischer Alkoholiker, von dem Richard und seine Mutter körperlich mißhandelt wurden. Bei mehreren Gelegenheiten hatte sein Vater ihn so übel zugerichtet, daß Richard ins Krankenhaus mußte. Während der Pubertät hatte Richard oft Phantasien und Träume gehabt, in denen er seinen Vater umbrachte.

In den LSD-Sitzungen dieser Periode erschien ich Richard mehrfach als in seinen Vater verwandelt. Sobald er unter dem Einfluß des Medikaments den Arm und die Hand bewegen konnte, schlug er unweigerlich mit der Faust nach meinem Gesicht. Er führte die Bewegung aber nie bis zu Ende. Ein paar Zentimeter vor meiner Nase hielt er den Schlag an, zog die Hand zurück und schlug mit neuer Kraft. Manchmal bewegte sich seine Faust auf diese Weise mehrere Stunden lang vor meinem Gesicht auf und ab, gleichsam hin- und hergerissen von den gegensätzlichen Kräften des Freudschen Es und des Überichs. Währenddessen durchlebte Richard vielerlei traumatische Erinnerungen an seinen Vater und hatte eine Anzahl symbolischer Vatermord-Visionen.

Das zweite Thema, das mit Richards Paralyse zusammenhing, waren Probleme der Masturbation. Wenn er einen starken inneren Widerstreit zwischen dem dringenden Wunsch zu masturbieren und den Schuld- und Angstgefühlen, die es ihm bereiten würde, verspürte, streckte er immer wieder die Hand nach der Genitalzone aus und zog sie gleich wieder zurück in eine Position am Hüftgelenk. Während seine Hand so unwillkürlich hin und her ging, hatte er viele Erlebnisse, die mit sexuellen Handlungen und ihrer Bestrafung zu tun hatten. Schließlich durchlebte er mit heftigen Emotionen eine traumatische Erinnerung an einen Vorfall, bei dem er von seinem Vater beim Masturbieren ertappt und hart bestraft worden war.

Beide eben genannten Konfliktzonen hatten tiefere Hintergründe in der perinatalen Zone und spiegelten daher auch Richards Beziehung zu seiner Mutter wider. In diesen Sitzungen waren Todes- und Wiedergeburtsequenzen eng mit dem biographischen Material zur Vaterbeziehung verflochten. Es dauerte sieben Sitzungen, bis beide Konfliktzonen durchgearbeitet waren. Nachdem dies geschehen war, wurden Richards Arm und Hand wieder voll gebrauchsfähig; diesmal traten keine neuen Symptome auf, und auch die alten Beschwerden kehrten nicht wieder. Ein paar Wochen später hatte er zum erstenmal in seinem Leben heterosexuellen Verkehr.

Trotz der Schwankungen im klinischen Zustand war bei den meisten neurotischen Patienten in unserer Untersuchung eine allgemeine Tendenz zur Besserung festzustellen. Nach einer gewissen Anzahl Sitzungen, die in jedem Einzelfall anders war, erreichten viele von ihnen zeitweilig einen Zustand, wo die Symptome beträchtlich vermindert oder sogar verschwunden waren und eine gute allgemeine Angepaßtheit bestand. Mit wenigen Ausnahmen konnten sie aus der Klinik entlassen werden und die LSD-Therapie in ambulanter Behandlung fortsetzen.

Dieses Ausmaß der Besserungen war vermutlich etwa das gleiche wie bei sehr erfolgreicher Psychoanalyse oder irgendeiner anderen Form systematischer und langfristiger Psychotherapie. Rückblickend und vom herkömmlichen Standpunkt aus könnte man sagen, daß dies der rechte Zeitpunkt gewesen wäre, die Therapie zu beenden. Mit den meisten Patienten verfahren wir jedoch anders. Aus mehreren Gründen erschien es damals angebracht, die Therapien über diesen Punkt hinaus fortzusetzen. Meine orthodox psychoanalytische Ausbildung und Orientierung fielen bei dieser Entscheidung schwer ins Gewicht. Daraus eröffnete sich für mich schließlich ein völlig neuer Zugang zur menschlichen Seele und zu ihrer Erforschung.

Obwohl die Patienten in diesem Stadium in den Zeiten zwischen den LSD-Sitzungen ein zufriedenstellendes Maß von Symptombesserungen zeigten, gab es in ihrem psychedelischen Erleben doch immer noch Episoden mit Aggression, Angst, Schuldgefühl und mancherlei psychosomatischen Symptomen. In gewissem Sinne wurden diese Episoden sogar immer urtümlicher und primitiver. Vieles von dem Material, das die Patienten vorbrachten, hatte einen deutlich oralen Akzent. Für mich war dies ein Anzeichen dafür, daß ihre Therapie zu Ende ging, und ich setzte die LSD-Behandlung nur in der Meinung

fort, daß wir noch ein paar »Restprobleme« durcharbeiten müßten, um Rückfälle zu verhindern. Nach psychoanalytischer Auffassung sind wir bei der Geburt eine *tabula rasa* oder ein unbeschriebenes Blatt, und die psychischen Probleme unserer Entwicklung beginnen erst in der oralen Phase; vor der Geburt gibt es nichts, was uns angehe, und folglich konnte man auch nicht viel weiter zurückgehen. Meine Annahme damals war, daß die Menge des biographischen Materials begrenzt sei und daß wir schließlich einen Punkt erreichen müßten, wo keine weiteren Probleme mehr zu entdecken und durch LSD zu aktivieren wären. Da auf das Nacherleben traumatischer Erinnerungen oft ekstatische und inhaltlose Episoden folgten, erwartete ich, daß eine fortgeführte Reihe von LSD-Sitzungen schließlich in Entdifferenzierungs- und Vereinigungserlebnissen von großer Heil- und Integrationskraft enden werde. Die Grundannahme erwies sich als richtig; nur war der Weg bis zu solchen Erlebnissen sehr viel länger und beschwerlicher, als ich erwartet hatte.

Daß ich die Behandlungen fortsetzte, war also eine Folge des Umstandes, daß ich das Wesen und die Gesetzmäßigkeiten des LSD-Prozesses nicht kannte; es entsprang auch aus der Orientierung an einem beschränkten theoretischen Modell, das die Komplexität der menschlichen Persönlichkeit unterschätzte. Der Preis, der dafür gezahlt werden mußte, waren viel unerwartetes emotionales und psychosomatisches Leiden seitens meiner Patienten, eine große Begriffsverwirrung meinerseits und eine schwere Prüfung des therapeutischen Optimismus und meiner Geduld. Trotz all dieser Schwierigkeiten wurde diese Periode zum faszinierendsten intellektuellen und spirituellen Abenteuer meines Lebens. Sie führte mich in neue, unausgemessene Regionen des menschlichen Unbewußten, zu zahllosen unerwarteten Situationen und Ereignissen und zu Hunderten von unbegreiflichen, verwirrenden Beobachtungen. Am Ende dieses Prozesses standen ein gründlicher Bruch mit den alten theoretischen Systemen, ein sehr viel weiteres Verständnis des menschlichen Geistes und auch eine drastische Änderung meiner Auffassungen vom Wesen der Realität.

Wenn die LSD-Sitzungen in die perinatalen Bezirke vordrangen, erweiterten und vertieften sich die Gefühlsqualitäten und psychosomatischen Empfindungen, die es zu bearbeiten galt, über jedes erdenkliche Maß. Früher oder später begann jeder einzelne Patient Qualen und Ekstasen von kosmischen Proportionen zu durchleben. Während sich die Patienten mit den Aspekten des Todes- und Wiedergeburtprozesses beschäftigten, waren auch die Intervalle zwischen den Sitzungen höchst unterschiedlich. Nach manchen LSD-Sitzungen verschlimmerte sich der klinische Zustand des Patienten drastisch. Manchmal zeigten Personen, die mit schweren neurotischen Symptomen in die Behandlung gekommen und dann an einem gewissen Punkt als nahezu geheilt erschienen waren, plötzlich eine Zeitlang psychotische Symptome. Nicht selten mußten Patienten, die schon in ihre gewohnten Lebensverhältnisse zurückgekehrt waren und die Behandlung ambulant fortsetzten, von neuem für einige Zeit in die Klinik aufgenommen werden. Nicht so oft endeten die LSD-Sitzungen dieses Stadiums in tiefen ekstatischen Zuständen, mit anschließenden klinischen Besserungen, die von allen bislang auf der psychodynamischen Ebene beobachteten qualitativ verschieden waren. Diese Veränderungen waren nicht nur von einer erheblichen Besserung der Symptome begleitet, sondern auch von einer aktiv lebensfreudigen Einstellung mit deutlich spirituellem Unterton (»psychedelisches Nachglühen«).

Wenn sich die Patienten dem abschließenden Erlebnis des Ich-Todes näherten, wurden die Intervalle zwischen den Sitzungen manchmal recht prekär. Tiefe Depressionen, aggressive Gespanntheit, selbstzerstörerische Bestrebungen und manische Zustände sind in diesem Stadium nichts Ungewöhnliches. Komplikationen dieser Art lassen sich zwar durch aktive Maßnahmen in der Rückkehrphase erheblich vermindern, doch sollte man eine spezialisierte Behandlungseinrichtung mit geschultem Personal zur Verfügung haben, wenn Personen mit schweren emotionalen Störungen diese kritische Phase der LSD-Psychotherapie erreichen.

Wenn der Patient im psychedelischen Prozeß von der psychodynamischen in die perinatale Sphäre übergeht, können manche psychopathologischen Syndrome allmählich ihre spezifischen Merkmale verlieren und auf ihre perinatalen Wurzeln zusammenschrumpfen. Psychiatrie-Patienten, die zu Anfang der Behandlung die unterschiedlichsten klinischen Symptome aufweisen, zeigen eine augenfällige Konvergenz ihrer Symptome während der LSD-Sitzungen und in den Zwischenzeiten. In diesem Stadium ist vielleicht kein großer Unterschied mehr zwischen Patienten, die mit den Symptomen der Klaustrophobie, des Alkoholismus oder einer gehemmten Depression begonnen haben; vielmehr zeigen sie alle nun diejenigen Symptome, die für die aktivierte perinatale Matrix II charakteristisch sind. Ähnlich können auch Sadomasochismus, Asthma, hysterische Anfälle und agitierte Depressionen ihrer biographisch determinierten Eigenschaften entkleidet und in die typische Phänomenologie der perinatalen Matrix III überführt werden. Beobachtungen wie diese zeigen die dynamische Struktur von vielerlei psychopathologischen Syndromen in einem ganz neuen Licht und ermöglichen es, ein revolutionäres Modell psychischer Krankheiten und ihrer psychotherapeutischen Behandlung zu entwerfen. Theoretische Folgerungen dieser Art wollen wir im nächsten Band erörtern.

Das Erlebnis des Ich-Todes ist ein bedeutsamer Wendepunkt in der LSD-Psychotherapie; jenseits dieses Punktes treten die für die perinatalen Matrizen II, III und IV charakteristischen Elemente in den Sitzungen oder als Determinanten während der Zwischenzeiten nicht mehr auf. Die erste perinatale Matrix und verschiedene Kombinationen von transpersonalen Mustern treten in den Vordergrund und beherrschen von nun an das psychedelische Erleben. Klinisch gesehen, verbindet sich dies gewöhnlich mit dramatischen Besserungen in einem weiten Bereich neurotischer und psychosomatischer Strömungen. Der volle Übergang des Erlebens aus der perinatalen in die transpersonale Sphäre bedeutet indes nicht, daß aus dem Erleben während der LSD-Sitzungen oder in den Zwischenzeiten alles Negative für immer ausgeschieden wäre. Der Inhalt der rein transpersonalen Sitzungen weist die gleiche Dichotomie auf wie der Inhalt der biographischen und der perinatalen Sitzungen. Alltägliche Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, ganze Lebensstile und Weltanschauungen können also ebensowohl den Elementen ozeanischer Glückseligkeit im intrauterinen Zustand wie dem allumspannenden Grauen der fetalen Krisen entspringen, den positiven karmischen Mustern ebensowohl wie den Tragödien früherer Inkarnationen und der stärkenden ebenso wie der zerstörenden Kraft archetypischer Konstellationen.

Daß der Patient über die biographische und die perinatale Ebene hinausgelangt ist, heißt nicht, daß der Inhalt weiterer LSD-Sitzungen nun nichts mehr mit seiner Person zu tun hätte. Dem Erwachsenen ist seine Lebensgeschichte nun frei zugänglich geworden, ohne Verdrängungen und Entstellungen. Vorüber sind das schmerzhaftes Nacherleben individuell-traumatischer Ereignisse und das engstirnige Herumrätselfn an den Dramen der Kleinfamilie mit ihren Folgen für das eigene Leben. Auch die Kämpfe auf Leben und Tod, die klaustrophobischen Alpträume, die skatologischen Szenen und sadomasochistischen Orgien der Geburt tauchen in den Sitzungen nun nicht mehr auf. Das transpersonale Erleben aber, in welche kosmischen Weiten es auch ausgreifen mag, bleibt doch aufs engste dem täglichen Leben des Einzelnen verbunden. Das Durcharbeiten negativer transpersonaler Matrizen und ihre Verknüpfung mit den positiven hat einen therapeutischen Einfluß auf die emotionalen, psychosomatischen und zwischenpersönlichen Reaktionen des Einzelnen. Es eröffnet zugleich neue Ausblicke auf die eigene Identität, auf die Dimensionen des Daseins, auf das Menschenleben und die Existenz überhaupt. Obwohl nun keine »archäologischen« Ausgrabungen zur Geschichte dieses jetzigen Lebens mehr zu leisten sind, ist doch sein Sinn immer wieder anders zu deuten, wenn sich die Bezugssysteme zur Aufnahme neuer Erlebnisinhalte erweitern.

Ein Aspekt des alltäglichen Lebens, der sich als mit dem psychedelischen Prozeß besonders innig verbunden erweist, ist das Traumleben des Einzelnen. Im Verlauf einer Psychotherapie, die eine Reihe von LSD-Sitzungen einschließt, zeigt sich eine deutliche

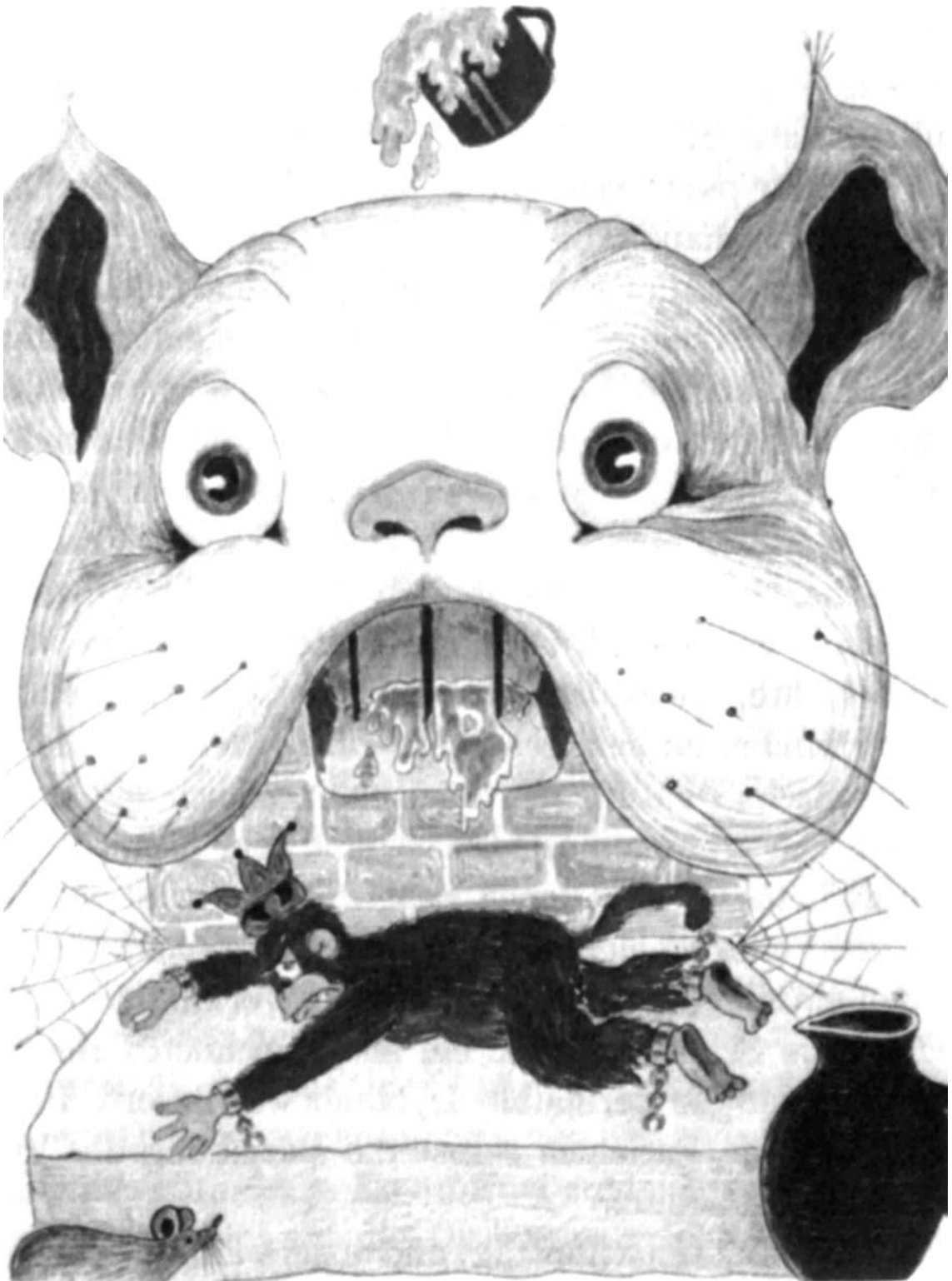
Kontinuität zwischen Art und Inhalt der drogeninduzierten Erlebnisse und der psychischen Aktivität im Schlaf und in der hypnagogischen Periode. Träume vor einer LSD-Sitzung nehmen oft den Inhalt des psychedelischen Erlebens vorweg, und das Traumgeschehen in den Zwischenzeiten knüpft an Themen der letzten Sitzung an. Dies ist besonders auffällig, wenn in der letzten Sitzung eine wichtige Gestalt unaufgelöst geblieben ist und viel unbewußtes Material dem Erleben zugänglich wird.

Wenn sich der psychedelische Prozeß mit biographischen Themen beschäftigt, haben die Träume die typische dynamische Struktur, die wir aus der Freudschen Psychoanalyse kennen. Ihre Inhalte scheinen größtenteils im Hinblick auf den emotionalen Werdegang des Einzelnen Sinn zu ergeben und sind leicht zu entschlüsseln, wenn der Therapeut mit den Prinzipien der Traumdeutung vertraut ist. Wenn das Erleben des LSD-Patienten in die perinatale Sphäre vordringt, ändert sich die Qualität seiner Träume, und die Freudsche Deutungsweise genügt nicht mehr. Obwohl eine solche Analyse gewöhnlich noch Elemente aus der individuellen Lebensgeschichte, die bedeutsam und mit dem Trauminhalt thematisch verbunden zu sein scheinen, zutage fördert, bleibt jede rein biographische Deutung hier doch oberflächlich und kann nicht überzeugen. Die Träume dieser Phase sind sehr primitiv, elementar und mit heftigen Emotionen besetzt. Ihr Inhalt stammt gewöhnlich mehr oder weniger direkt von den typischen Themen ab, die mit den einzelnen perinatalen Matrizen verknüpft sind.

Die folgende Schilderung ist ein ausgezeichnetes Beispiel für einen Traum, der die perinatale Dynamik reflektiert. In diesem Falle erkannte die Patientin selbst die Beziehung des Traumes zum Vorgang der Geburt.

Es war ein Sonntagnachmittag, und unsere Familie war im großen Wohnzimmer eines Hauses auf einer Klippe am Pazifik. Alle waren wir bei guter Laune und gingen unseren üblichen Ferienbeschäftigungen nach, als ich bemerkte, daß draußen auf dem Meer ein Sturm sich zusammenbraute. Wind und Regen gewannen plötzlich eine solche Kraft, daß sie durch die Fenster hereindrangen. In diesem Augenblick sagte mein Vater mit bedeutungsschwerer Stimme: »Dieses ist der Fünfte Wind.« Dann, in einem Augenblick, der jetzt noch, im Rückblick, etwas Großartiges hat, begann das ganze Haus sich auf seinen Fundamenten zu drehen und stürzte von der Klippe tief hinab in den Pazifik. Während der paar Sekunden zwischen dem Beginn des Sturzes und dem Aufprall begriff ich, daß wir alle in der Katastrophe umkommen würden. Im gleichen Augenblick, wo ich mich mit meinem Tod und mit dem Tod meiner Lieben abgefunden hatte, erwachte ich, kurz bevor das Haus auf die Meeresoberfläche aufschlug.

Nach dem Erwachen behielt ich eine ungewöhnlich gehobene Stimmung, und dann erkannte ich, daß der Traum eine starke Ähnlichkeit mit manchen Empfindungen während meiner letzten LSD-Sitzungen hatte. In den Sitzungen war mir so gewesen, als ob ich meine Geburt nacherlebte, und all diese Momente des Traums – daß ich mich mit meinem Tod abfand, daß die Welt unterzugehen schien, daß gewaltige elementare Kräfte sich in einer Katastrophe entluden und schließlich die eigenartige Empfindung, daß mein Kopf (der mir viel größer vorkam als sonst), der Raum und das Haus, in dem ich mich befand, ja, das ganze Universum im Begriff schienen, sich auf das ungeheuerlichste und unerklärlichste um die eigene Achse zu drehen – waren zu verschiedenen Zeiten auch in den Sitzungen aufgetaucht und hatten sich in dem Traum nun auf sehr schöne Weise wiederholt. Schließlich erinnerte ich mich daran, wie sich mir bei der Geburt meines Sohnes, auf dem Höhepunkt des Vorgangs, der Kopf zu drehen schien, und das ganze Bild schien nun zusammenzupassen – dieser Traum schien symbolisch viele Hauptaspekte des Ich-Todes darzustellen.



Synoptische Darstellung eines Traumes, den der Verfasser während seiner analytischen Ausbildung hatte. Er lag auf eine Platte gekettet in einem furchtbaren Kerker und mußte allerlei unmenschliche Martern erleiden. Dies verband sich mit dem Motiv des Töpfchens, das für jeden, der den Zauberspruch weiß, unendliche Mengen süßen Breis kocht – das Thema eines bekannten Märchens.

Im Traum befand sich das Töpfchen draußen vor dem Gefängnis und gewaltige Mengen des nahrhaften Breis ergossen sich aus ihm. Es war klar, daß meine Qualen in dem Augenblick zu Ende sein würden, wenn der Brei erst bis ans Fenster gestiegen wäre und hereinflösse. Freie Assoziationen, die ich an diesen Traum knüpfte, betrafen die spanische Inquisition und ihre ingeniosen Folterinstrumente, das Triebleben der Affen, viele orale Themen, unter anderem auch die Backentaschen von Hamstern, und Einzelheiten über einen tschechischen König, der sein ganzes Leben im Gefängnis verbracht hatte. Auch manche konkreten Kindheitserinnerungen waren einbezogen, Erinnerungen an

Vorfälle, die mit Unlust in den erogenen Zonen verbunden waren: den Mund mit heißer Milch verbrannt, eine Operation wegen Fimosis, schmerzhaftes Einläufe und dergleichen. Der Analytiker deutete den Traum konsequent als eine Synthese, die alle Störungen der libidinösen Befriedigung in sich verdichtete, die der Analysand in der Kindheit erlitten habe.

Diese Erklärung erschien mir oberflächlich und unbefriedigend. Später traten die Elemente dieses Traums in einer LSD-Sitzung mit hoher Dosierung von neuem auf und ergaben nun einen klaren Sinn mit Bezug auf das Geburtstrauma. Der Kerker ist der entbindende Uterus, und die Qualen werden zu Ende sein, wenn das Stadium des Säugens erreicht ist. Die Identifizierung mit dem König verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Geburt und dem Kindkönig-Archetyp (»Krönung«). Die Identifizierung mit den Affen und ihrer biologischen Ungehemmtheit verweist auf die Entfesselung vielförmiger Triebregungen (polymorphe Perversion) im perinatalen Prozeß.

Wenn der Einzelne ins transpersonale Stadium des LSD-Prozesses eintritt, hat dies für Art und Inhalt seiner Träume wichtige Folgen. Viele Elemente und Sequenzen oder auch der Gesamtinhalt mancher Träume können transpersonale Erscheinungen in mehr oder weniger reiner Form darstellen. Solche Träume lassen sich in Freudscher Manier nicht angemessen deuten; zumindest sind die Ergebnisse einer solchen Analyse notwendig oberflächlich und unzutreffend. Diese Träume weisen nicht die Entstellungen und Verdichtungen auf, die für die biographisch determinierten Träume charakteristisch sind; sie haben vielmehr die Qualität von Erinnerungen an frühere Inkarnationen, von Erlebnissen in der geschichtlichen oder gattungsgeschichtlichen Vergangenheit, von Begegnungen mit archetypischen Wesen, von verschiedenen Formen außersinnlicher Wahrnehmung und Wanderungen außerhalb des eigenen Körpers. Daß man die Besonderheit solcher Träume erkennt und berücksichtigt, ist die Voraussetzung für ihre richtige Deutung. Wegen der untergründigen organischen Verbindung zwischen Traumgeschehen und psychedelischem Erleben sollte die Traumdeutung einen integralen Bestandteil jedes allgemeinen psychedelischen Therapieprogramms bilden.

Die bisherigen Ausführungen galten dem Verlauf der LSD-Psychotherapie bei Personen, deren neurotische und psychosomatische Symptome schwer genug waren, um einen Krankenhausaufenthalt erforderlich zu machen. Ein paar Worte wären noch über die Personen an den beiden Extrempolen des psychopathologischen Spektrums zu sagen – die »Normalen« und die Schizophrenen. Bei denjenigen, die keine schweren emotionalen Probleme aufwiesen und an dem LSD-Programm zu Ausbildungszwecken oder aus intellektueller Neugier teilnahmen, war der Verlauf im wesentlichen derselbe wie bei den neurotischen Patienten. Er war bei dieser Gruppe jedoch gekennzeichnet durch den raschen Fortgang von den abstrakten zu den perinatalen Erlebnissen. Die Einzelnen verbrachten nicht viel Zeit mit biographischen Themen und drangen sehr schnell in die Sphäre des Todes- und Wiedergeburtserlebens vor. In den perinatalen Sitzungen beschränkten sich die schwierigen Erlebnisse gewöhnlich auf die Kulminationszeit der Drogenwirkung, und die Rückkehr verlief ohne jede aktive Unterstützung seitens der Beisitzer in den meisten Fällen angenehm oder sogar ekstatisch. Daß Inhalte der LSD-Sitzungen in den Zwischenzeiten negativ fortwirkten, geschah nur selten und in geringfügigem Maße. Anhaltende Reaktionen oder psychotische Zusammenbrüche wurden bei Personen, die vor Einnahme des LSD noch niemals schwere emotionale Probleme gehabt hatten, in keinem Falle beobachtet.

Die Zahl der behandelten psychotischen Patienten war zu klein, um zuverlässige Verallgemeinerungen zu gestatten. Dennoch hatte der LSD-Prozeß bei diesen Personen bestimmte interessante Eigenschaften, die erwähnt zu werden verdienen. Diejenigen, die wir zu einer Zeit, als sie eine manifest schizophrene Symptomatologie hatten, mit LSD zu behandeln begannen, zeigten im klinischen Zustand nach den ersten Sitzungen beträchtliche Schwankungen. Obwohl diese Fluktuationen stärker und augenfälliger waren, war der Gesamtverlauf dennoch ähnlich wie bei der neurotischen Gruppe. Kurz bevor diese Patienten in die perinatale Sphäre eintraten, schien ihr klinischer Zustand stark gebessert zu sein. Ihre psychotischen Symptome waren vermindert oder ganz verschwunden, und die Patienten konnten ihre vorherigen Schwierigkeiten überraschend einsichtig und distanziert beurteilen. Typischerweise zeigten sie auch eine Vielzahl neu-

rotischer und psychosomatischer Beschwerden. Ihre LSD-Sitzungen und die klinischen Symptome in den Zwischenzeiten schienen denen der Neurotiker ähnlich, und die perinatalen Sitzungen waren ebenso stürmisch.

Die Hauptschwierigkeit trat nach dem Abschluß des Todes- und Wiedergeburtprozesses ein. Zu diesem Zeitpunkt zeigten die Patienten in wechselnder Ausprägung plötzlich eine Erscheinung, die man am besten als eine »Übertragungspsychose« bezeichnet. Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch Wiederauftreten der ursprünglichen psychotischen Symptome, aber nun mit dem Therapeuten als dem Ziel- und Brennpunkt für alle Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Patienten. Ich komme auf diesen Prozeß in Kapitel 7.4 noch eingehender zu sprechen und verdeutliche ihn dort auch durch ein klinisches Beispiel. Wurde die LSD-Behandlung trotz des sich verschlimmernden klinischen Zustandes und der anhaltenden Übertragungspsychose fortgesetzt, so gelang es den Patienten schließlich, eine völlig neue Ebene der persönlichen Integration und der geistigen Funktionen zu erreichen. Eine besonders strukturierte Behandlungseinrichtung ist für therapeutische Experimente dieser Art absolut notwendig, und der Therapeut muß darauf vorbereitet sein, mehrere Wochen lang unter den schwierigen und anstrengenden Bedingungen der Übertragungspsychose zu arbeiten.

Der Therapieverlauf unterscheidet sich von dem eben beschriebenen ganz erheblich, wenn der Therapeut nach der in diesem Buch dargestellten Methode verfährt. Durch hohe Dosierung, Verwendung von Augenschirmen und stereophonischer Musik wird das Erleben wesentlich vertieft. Bei Anwendung der psycholytischen Methode erlebt man nicht eine allmähliche Erschließung der verschiedenen Ebenen des Unbewußten von einer Sitzung zur andern. Statt dessen können alle Kategorien der psychedelischen Phänomene nacheinander in einer einzigen Sitzung auftreten. Zu Beginn einer Sitzung erlebt der Patient gewöhnlich eine kurze Periode von abstraktem Charakter, in der er Farben und bewegte geometrische Muster sieht. Dann verlagert sich das Interesse auf die psychodynamische Sphäre, und der Patient kommt in Kontakt mit biographischen Elementen, die mit einem bestimmten COEX-System verbunden sind. Auf dem Höhepunkt der Sitzung dringt er gewöhnlich in tiefe Schichten von Erinnerungskonstellationen ein, die das Überleben oder körperliche Verletzungen betreffen, oder er bearbeitet Material aus den perinatalen Matrizen bzw. tritt in die transpersonale Sphäre ein.

In der Rückkehrphase, wenn die Wirkung des Medikaments im Abklingen ist, können erneut Episoden psychodynamischen Charakters auftreten. Oft werden nun jedoch die zuvor in der Sitzung gewonnenen Einsichten auf die konkreten Umstände des eigenen Lebens bezogen. Daß der Einzelne in seinem Erleben zur transpersonalen Ebene Zugang gehabt hat, bedeutet jedoch nicht, daß er den Todes- und Wiedergeburtprozeß abgeschlossen hätte. Es wird noch eine Reihe weiterer internalisierter LSD-Sitzungen mit hoher Dosis erforderlich sein, um das ganze perinatale Material und die mit ihm verknüpften psychodynamischen Elemente durchzuarbeiten und zu integrieren. Die Gesamtzeit, deren es bedarf, um diesen Prozeß zu vollziehen, ist jedoch bei Befolgung der psychedelischen Behandlungsprinzipien viel kürzer als in der psycholytischen Therapie. Außerdem treten in den Intervallen zwischen den Sitzungen weniger Schwierigkeiten und Komplikationen auf, besonders wenn die Methode intensive erlebnistherapeutische Arbeit in der Schlußphase einschließt und die Beisitzer aktive Maßnahmen zur positiven Strukturierung der Rückkehr ergreifen.

6.3 Langfristige Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur, der Weltanschauung und der Hierarchie der Werte

Da wir das LSD-Verfahren bisher hauptsächlich unter dem therapeutischen Aspekt erörtert haben, ist die Frage, welchen dauernden Einfluß es auf Persönlichkeitsmerkmale ausübt, von besonderem Interesse. Unter gewissen Umständen kann schon ein einziges psychedelisches Erlebnis tiefe und dauernde Folgen haben. Wenn in der Persönlichkeitsstruktur des Erlebenden Möglichkeiten zu einer fundamentalen, positiven oder negativen Veränderung angelegt sind, kann die Einnahme von LSD eine plötzliche, dramatische Wandlung katalysieren und auslösen. In manchen Fällen hat eine einzige LSD-Sitzung die Weltanschauung eines Menschen, seine Lebensphilosophie und seine ganze Daseinsweise drastisch verändert. Psychedelisches Erleben hat Atheisten, Skeptikern und materialistisch eingestellten Wissenschaftlern tiefgreifende spirituelle Erlebnisse eröffnet; es hat emotionale Befreiungen und radikale Änderungen an Wertsystemen und Lebensstilen bewirkt.

Am anderen Ende des Spektrums finden wir jene Unglücklichen, die durch einmalige Einnahme der Droge zutiefst erschüttert wurden und bei denen das psychedelische Erleben als »zündender Funke« eine psychotische Episode ausgelöst hat. Schwere emotionale Störungen, die durch Einnahme der Droge geweckt wurden und dann über Monate, wenn nicht Jahre anhalten, sind nicht ungewöhnlich bei Menschen, die Selbstversuche mit LSD leichtfertig und unter ungünstigen Umständen vornehmen. Im Zusammenhang einer beaufsichtigten LSD-Behandlung sollte dies nicht passieren. Personen mit emotionalen Problemen, die an eine Psychose grenzen, sollten im voraus ausgeschieden werden, es sei denn, das Therapeutenteam ist bereit und dafür ausgerüstet, alle Schwierigkeiten durchzuarbeiten, die durch die Droge aktiviert werden könnten, und die Therapie zu einem befriedigenden Abschluß zu bringen. Hier wollen wir nur diejenigen Veränderungen besprechen, die sich im Verlauf einer systematischen und sachgemäßen langfristigen Psychotherapie nach den in diesem Buch dargestellten Prinzipien ergeben.

Obwohl der Vorgang der psychedelischen Transformation viele individuelle Varianten kennt, lassen sich doch einige Grundtendenzen angeben, die einigermaßen konstant und voraussagbar sind. Im »Freudischen« Stadium der LSD-Psychotherapie, das der biographischen Selbsterforschung gewidmet ist, entdeckt der Einzelne oft, daß sein Leben in mancherlei Hinsicht »unecht« ist. Manche Eindrücke von der Welt, manche emotionalen Reaktionen auf Menschen und Verhältnisse und manche Verhaltensbesonderheiten erscheinen nun als blinde, automatische Abläufe, die durch psychische Fixierungen in der Kindheit bedingt sind. Beim Erleben und Durcharbeiten des traumatischen Materials aus der Vergangenheit macht der Klient sich frei von gewissen Eigenarten der Wahrnehmung, unangemessenen emotionalen Reaktionsweisen, starren Wertsystemen, unvernünftigen Einstellungen und fehlangepaßten Verhaltensmustern, die ihm in der Kindheit eingeprägt wurden. Dieser Prozeß kann auch zur Behebung oder Milderung mancher psychopathologischen Symptome und Lebensprobleme führen, die nicht allzu ernsthafter Natur sind. Da die Lebensgeschichte jedes Menschen eine andere ist, haben die Veränderungen auf dieser Ebene viele verschiedene Formen.

Sehr viel tiefgründiger und einheitlicher ist die Wirkung des perinatalen Erlebens. Die Einsichten, die in dieser gründlichen Konfrontation mit den Extremen menschlichen Erlebens gewonnen werden, können das Bild des Einzelnen von der Welt und von sich selbst drastisch ändern und zu einer völlig neuen Art der Daseinsbewältigung führen. Dabei erkennen viele Personen, daß sich die Unechtheit ihres Lebens nicht auf bestimmte partielle, biographisch determinierte Entstellungen beschränkt, etwa auf mangelndes Selbstvertrauen und ein negatives Selbstbild, auf die chronischen Probleme mit

Autoritätsfiguren oder die Schwierigkeiten mit Geschlechtspartnern. Sie sehen plötzlich, daß ihre ganze Auffassung vom Dasein und ihre Lebensweise von einer tief unbewußten Todesfurcht vergiftet waren. Das mächtige Bedürfnis, sich zu behaupten, das chronische Gefühl, unbefriedigend und unbefriedigt zu sein, übersteigter Ehrgeiz, der Wunsch nach Vergleich und Wettbewerb, Gefühle des Getrieben- und Gehetztseins, der Konkurrenzkampf und das Tretmühlendasein, Dinge, die zuvor als unvermeidliche Wesenszüge des Lebens galten, erscheinen plötzlich in einem ganz anderen Lichte. Offenbar spiegeln sie ein unterschwelliges Gewahrsein der perinatalen Kräfte und ihres tückischen Einflusses auf das Ich wider. Wer in ihren Bannkreis gerät, befindet sich psychologisch gesehen wieder im Geburtskanal und kämpft auf Leben und Tod. Daraus erwächst eine eigenartige, paradoxe Gefühlsmischung: Man ist noch nicht geboren und fürchtet doch schon den Tod. Unter diesen Umständen erscheinen viele triviale Situationen als symbolische Äquivalente des Geburtsvorgangs und besitzen eine Bedeutung für das Überleben. Konkreter gesagt, die Behandlung von Problemen, Projekten und Situationen erscheint zu dieser Zeit als Wiederholung elementarer Vorgänge bei der eigenen biologischen Geburt.

Beim Durchlaufen des perinatalen Prozesses entlädt der Einzelne gewaltige Mengen physischer Spannung und negativer Emotionen und findet Erlebenszugang zu den Vereinigungszuständen der perinatalen Matrizen I und IV. Dies verändert meist seine Daseinsweise und Lebensauffassung. Seine Fähigkeit zu physischer und emotionaler Entspannung und zum Genuß der gewöhnlichen Dinge im Leben wird stark erhöht. Sein Interesse verschiebt sich von der Verfolgung komplizierter Manöver auf die einfacheren Seiten des Daseins. Der Einzelne erlebt seinen eigenen Körper neu und gewinnt mehr Achtung vor dem Leben in der unendlichen Fülle seiner Erscheinungen. Er kann nun eine tiefe Befriedigung aus Dingen gewinnen, die er schon immer gehabt hat, zuvor aber wenig oder gar nicht zu schätzen wußte. Die volle Teilnahme am Leben wird ihm wichtiger als die Verfolgung irgendeines besonderen Zieles. Es erscheint nun als ganz selbstverständlich, daß die Qualität der Lebenserfahrungen mehr Interesse verdient als die Quantität äußerer Güter und Leistungen. Gefühle des Losgelöstseins und der Entfremdung machen einem Bewußtsein der Zugehörigkeit oder Teilhabe Platz. Typischerweise zeigt sich dabei eine deutliche Verschiebung von konkurrenzhaften zu synergistischen Verhaltensweisen. Egoistischer Konkurrenzeifer wird als eine von Unwissenheit zeugende, minderwertige und letztlich selbstzerstörerische Lebensauffassung betrachtet. Komplementäre und synergistische Strukturen werden zum neuen Ideal auf allen Ebenen: in persönlichen Beziehungen, bei der Arbeit, in den gesellschaftlichen Großgruppen und für die gesamte Bevölkerung des Planeten.

Der alte Glaube, daß das »je mehr, je besser« automatisch sowohl im individuellen wie im gesellschaftlichen Maßstab gelte, wird als Wahnvorstellung oder gefährlicher Trugschluß bestritten. Die abendländische Lebensauffassung, welche die Fülle der Konsumgüter mit der Fülle des Lebens verwechselt, wird durch ein neues Prinzip des »größtmöglichen Wohlergehens bei kleinstmöglichem Verbrauch« ersetzt, mit klarer Betonung einer »freiwilligen Einfachheit«. Die neue ganzheitliche Weltanschauung schließt automatisch ein erhöhtes ökologisches Gewahrsein und den Wunsch ein, mit der natürlichen Umwelt im Einklang zu leben. Es scheint, daß das Bedürfnis, andere Menschen und die Natur zu steuern und zu beherrschen, mit dem Einfluß der negativen perinatalen Matrizen und den Erinnerungen an den Überlebenskampf mit dem mütterlichen Organismus verknüpft ist. Umgekehrt scheint die ganzheitliche und synergistische Behandlungsweise der menschlichen und natürlichen Umwelt in den positiven perinatalen Matrizen und in der Erinnerung an den wechselseitig befriedigenden und nährenden Austausch mit dem mütterlichen Organismus zu wurzeln.

Ein anderer auffälliger Aspekt der psychedelischen Wandlung ist die Ausbildung eines lebhaften Interesses am Bewußtsein, an der Selbsterforschung und an spirituellen

Abenteuern. Eine spontane Hinneigung zur Mystik, zu den geistlichen Übungen des Altertums und des Orients, zu den Übungen des Yoga und der Meditation und eine Faszination durch Mythologie und religiöse Kunst sind besonders häufig. Dies verbindet sich mit einer neuen, sich von selbst einstellenden transzendentalen Ethik, die der Erkenntnis Maslows von den Metawerten und Metamotivationen entspricht. Der Einzelne scheint zu einem Wertgefüge Zugang zu finden, das nicht aus seiner Biographie oder den kulturellen Normen seiner Umgebung verständlich ist. Es umfaßt Mitleid und Toleranz, einen Sinn für Gerechtigkeit und für Schönheit, die alle eine transpersonale oder gar kosmische Qualität besitzen. Der erfolgreiche Abschluß des Todes- und Wiedergeburtserlebens führt also zu einer freudigeren, interessierteren und befriedigenderen Art des In-der-Welt-Seins, mit einem gewissen Zugehörigkeits- und Sinnbewußtsein, natürlicher Spiritualität und synergistischer Teilhabe.

Diese Entwicklung bringt in vieler Hinsicht eine Erweiterung des Denkens mit sich, scheint aber gewisse philosophische Grundsteine des newtonschen und kartesischen Weltbilds nicht zu beeinflussen. Die Welt wird immer noch als objektiv wirklich und in ihrem Wesen materiell aufgefaßt. Der Raum ist dreidimensional, die Zeit linear, und die Kausalität wird als obligatorisches, den Lauf der Dinge regierendes Prinzip anerkannt, auch wenn sich ihre Wurzeln nun bis weit in die transpersonalen Sphären hinaus zu erstrecken scheinen. Intrauterines Erleben, rassische und phylogenetische Erinnerungen, metaphysische Aspekte der Vererbung, Dynamik der Archetypen und das Gesetz des Karma müssen nun vielleicht im Denken des Einzelnen Platz finden, um die gewaltige Ausweitung seiner Erlebenswelt zu erklären. Der wissenschaftlich Geschulte wird auch unter diesen Umständen noch immer die kartesianische Trennung von Seele und Materie gelten lassen und versuchen, für alle seine LSD-Erlebnisse ein materielles Substrat in den Strukturen des Zentralnervensystems zu finden.

Im weiteren Fortgang des psychedelischen Prozesses, wenn der Erlebende in die Welt der transpersonalen Erscheinungen vordringt, werden viele dieser Attribute des kartesianisch-newtonschen Weltbildes philosophisch unhaltbar. Daß es möglich ist, die Grenzen der Materie, des Raumes, der Zeit und der linearen Kausalität zu überschreiten, wird so viele Male und auf so vielerlei Weisen erfahren, daß es ins neue Weltbild Eingang finden muß. Obwohl der Einzelne in den praktisch-alltäglichen Belangen immer noch in materiellen Bezügen und linearen Zeit- und Kausalzusammenhängen denkt, wird sich sein philosophisches Verständnis der Existenz nun dem des kaschmirischen Schiwaismus, des Taoismus, des tantrischen Buddhismus oder der modernen Physik annähern. Das Universum ist nun nicht mehr eine gigantische Ansammlung materieller Objekte; es wird zu einem unendlichen Gefüge von Abenteuern im Bewußtsein. Die neue Auffassung trägt deutlich holonomische Züge, und die Dichotomien zwischen dem Teil und dem Ganzen, dem Erlebenden und dem Erlebten, zwischen Determiniertheit und freiem Willen, Form und Leere und sogar zwischen Sein und Nichtsein werden überschritten.

Da die Informationsgrundlagen dieses Buches zum großen Teil der klinischen Arbeit entstammen, müssen ein paar Worte darüber gesagt werden, was eine solche Wandlung für das Verständnis emotionaler Störungen und ihre Psychotherapie bedeutet. Der LSD-Prozeß kann als eine Therapie im herkömmlichen Sinne betrachtet werden, solange sich die Selbsterforschung auf die Zone des Biographischen beschränkt. Sobald sie die perinatale Ebene erreicht, versteht man den Prozeß besser als eine Art Übergangsritus oder als ein spirituelles Wandlungserlebnis. Obwohl der Klient immer noch an emotionalen, psychosomatischen und zwischenpersönlichen Problemen arbeitet, verlagert sich das Interesse in Richtung auf eine philosophische und spirituelle Suche. Dabei verschwinden viele Probleme und Lebensschwierigkeiten, manche davon im psychodynamischen Kontext, andere im Todes- und Wiedergeburtserleben oder im Anschluß an bestimmte transpersonale Erfahrungen. Während der Prozeß sich vertieft, muß jedoch ausnahmslos

jeder Klient sich auch mit einer Anzahl Probleme befassen, die zuvor latent waren und die erst während der LSD-Behandlung aufgetaucht sind. Überhaupt sollte man sich mehr um eine gute Verarbeitung jeder einzelnen LSD-Sitzung bemühen als um langfristige Maximalziele, wie etwa die Ausscheidung alles Negativen aus den Sitzungen, was unrealistisch wäre.

Das psychedelische Verfahren hat jedoch Aspekte, die wichtiger sind als das schlichte Interesse an Symptombesserungen. Die LSD-Erlebnisse sind von solcher Dichte und Größenordnung, daß sie die Grundtoleranz für Lebensschwierigkeiten und schon die bloße Vorstellung davon, was eine »Schwierigkeit« ausmache, verändern. An die Stelle einer auf Vereinfachung abzielenden Lebensauffassung, die alle Schwierigkeiten beseitigen und ein problemloses Utopia verwirklichen möchte, tritt ein »transzendentaler Realismus«, dem die dunkle und die helle Seite der Welt als unauflöslich ineinander verschlungen erscheinen wie die Yin- und Yang-Symbole des Tao. Aus dieser Sicht kann es nicht darum gehen, alle negativen Elemente aus dem Leben zu vertreiben; es gilt vielmehr, eine Haltung zu finden, die das Universum in der ganzen Vielschichtigkeit seiner kosmischen Dialektik bejaht. Dabei lassen nun manche Aspekte des Lebensvorgangs, die man zuvor als negativ betrachtet hätte, so viele neue Dimensionen erkennen, daß sie Neugier und Interesse erwecken. Die endgültige Versöhnung mit dem Universum – nicht notwendig mit seinem Status quo, sondern mit dem sich entfaltenden, kosmischen Prozeß – erwächst aus der Einsicht, daß das Ganze der Existenz ein einziges Feld oder Netz bildet, zu dem jeder Mensch im Erleben Zugang hat. Aus der Sicht fortgeschrittenen LSD-Erlebens sind wir alle Teil des Prinzips, das diese Welt in ihrer unendlichen Vielfalt erschaffen hat, und damit verantwortlich für alles, was darin vorgeht.

Anmerkungen

- 1 Die *holonomische Theorie* des Universums und des menschlichen Gehirns wurde aufgestellt von dem Physiker David Bohm (13) und dem Neurophysiologen Karl Pribram (81, 82). Sie stellt ein revolutionäres Paradigma dar, das zwischen scheinbar so disparaten Gebieten wie der Mystik, der modernen Bewußtseinsforschung, der Parapsychologie, der Neurophysiologie und der quanten- und relativitätstheoretischen Physik die Möglichkeit einer neuen Synthese eröffnet. Dieses Modell erlaubt die Überbrückung der Unterschiede zwischen dem Teil und dem Ganzen oder zwischen getrennten Objekten und der undifferenzierten Einheit. Es gewährt außerdem einen neuen Zugang zum Verständnis der zeitlich-räumlichen Eigenschaften der Erscheinungswelt. Wegen seiner Bedeutung für eine allgemeine Theorie des menschlichen Geistes wird es im nächsten Bande eingehend erörtert.
- 2 Dr. Rick Tarnas (99), der die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des spirituellen Entwicklungsprozesses und den wichtigsten Planeten-Transiten systematisch untersucht hat, hat mich auf die Tatsache hingewiesen, daß die archetypischen Züge der Planeten Neptun, Saturn, Pluto und Uranus, so wie sie in der Astrologie dargestellt werden, auffällige Entsprechungen zu meinen Beschreibungen von Erlebensmerkmalen der perinatalen Matrizen I, II, III und IV aufweisen (in gleicher Reihenfolge wie die zugeordneten Planeten).
- 3 Diese Episode wird auch in meiner TOPOGRAPHIE (32), S. 51 f. beschrieben.

7 Indikationen der LSD-Psychotherapie, therapeutische Möglichkeiten und klinische Resultate

7.1 Schwierigkeiten bei der Bewertung der klinischen Resultate

Unstimmigkeiten über die Möglichkeiten und das Leistungsvermögen der LSD-Therapie war einer der augenfälligsten Aspekte der LSD-Kontroverse. Die Fachliteratur, in der die klinische Bedeutung dieses Medikaments erörtert wird, zerfällt in drei klar geschiedene Kategorien. Die erste besteht aus enthusiastischen Berichten von LSD-Therapeuten, denen zufolge relativ schnell bemerkenswerte Resultate in der Therapie emotionaler Störungen erzielt wurden, und zwar nicht nur bei den in der Regel auf eine herkömmliche Behandlung ansprechenden Störungen, sondern auch bei vielen, die ansonsten eine schlechte klinische Prognose haben. In manchen dieser LSD-Studien wurde von recht dramatischen Erfolgen bei chronischen Alkoholikern, Heroinsüchtigen, Patienten mit schweren Charakterstörungen, kriminellen Rückfalltätern und Krebskranken im Endstadium berichtet. Die zweite Gruppe von Artikeln über LSD-Therapie besteht aus jenen Untersuchungen, die vornehmlich negative Resultate erbrachten und die daher zum Widerspruch gegen die enthusiastischen Berichte der ersten Gruppe neigen. Die dritte Gruppe schließlich besteht hauptsächlich aus Beschreibungen schädlicher Nachwirkungen von Selbstversuchen mit LSD. Die Vorstellungen über LSD sind in der Fachliteratur also stark divergierend; für die einen ist es ein Allheilmittel für psychogene Störungen, für die anderen eine gefährliche, Psychosen erzeugende Droge. Ohne ein gründlicheres dynamisches Verständnis für die Natur der LSD-Wirkung fällt es daher schwer, aus den veröffentlichten Arbeiten zu klaren Schlüssen über die klinische Anwendung des LSD zu kommen.

Will man die Leistungsfähigkeit der LSD-Psychotherapie bewerten, stößt man auf etliche schwere Probleme. Manche von ihnen sind keine Besonderheit LSD-unterstützter Psychotherapie, sondern gelten für jede Psychotherapie oder psychiatrische Therapie überhaupt. Dazu gehören nicht nur die Zweifel an der Richtigkeit und Zuverlässigkeit der Meßinstrumente, sondern auch die mangelnde Übereinstimmung in der Frage, welches die wichtigsten Indikatoren therapeutischer Änderung sein sollen. Diejenigen Autoren, die sich auf eine Symptombehandlung beschränken, betonen gewöhnlich die Verringerung emotionalen und psychosomatischen Leidens als Hauptkriterium für therapeutischen Fortschritt. Die stärker dynamisch orientierten Therapeuten konzentrieren sich auf die Fähigkeit des Patienten, Konflikte oder Lebensprobleme zu lösen, und auf die Qualität seiner zwischenpersönlichen Beziehungen. Manche Autoren bevorzugen objektivere, aber weniger spezifische Indikatoren, zum Beispiel Veränderungen in verschiedenen psychophysiologischen oder biochemischen Parametern. Dies wird noch komplizierter durch Kriterien, die heutigen sozialen Werten Ausdruck geben, etwa Einkommen, berufliche Leistung oder die Art zu wohnen. Die Schwierigkeiten bei der Messung psychotherapeutischer Resultate wird am besten durch die Tatsache verdeutlicht, daß Forscher vom Range eines Eysenck (25) allen Ernstes behaupten, daß es überhaupt keine wissenschaftlichen Beweise für die therapeutische Wirksamkeit irgendeiner psychoanalytisch orientierten Psychotherapie gebe.

Für die Bewertung der LSD-Psychotherapie kommen noch einige Sonderprobleme hinzu. Diese Behandlungsmodalität besteht nicht nur aus der Verordnung einer starken psychoaktiven Substanz; sie ist ein komplexer Vorgang, der von mehreren außerphar-

makologischen Variablen entscheidend abhängig ist. Persönlichkeit und Orientierung des Therapeuten und vielerlei Faktoren im Hinblick auf Behandlungsrahmen und Behandlungssituation müssen als integrale Bestandteile des Behandlungsvorgangs betrachtet werden. In der Vergangenheit haben viele Autoren die LSD-Behandlung einfach als eine Chemotherapie verstanden, bei der die therapeutischen Resultate ausschließlich von der Einnahme des Medikamentes zu erwarten wären, ohne Rücksicht auf alle beteiligten außerpharmakologischen Faktoren. Andere hatten ein mehr oder minder klares Verständnis für die Komplexität des Vorgangs und erkannten die Bedeutung der Psychotherapie an, die den LSD-Sitzungen vorausgeht, ihnen nachfolgt und sie begleitet. Leider geben die meisten klinischen Berichte über LSD-Therapie nur unzulängliche Auskünfte über Ausmaß und Qualität der gleichzeitig durchgeführten psychotherapeutischen Maßnahmen. Entscheidend ist jedoch zu erkennen, daß LSD nur eines bewirken kann, nämlich zuvor unbewußtes Material ins Bewußtsein zu heben; das Ergebnis dieses Vorgangs hängt in entscheidendem Maße davon ab, wie mit diesem Material umgegangen und wie es verarbeitet wird. Ansonsten hat die Wirkung dieser Droge *per se* nichts an und für sich Heilsames oder Schädliches.

Die psychische Verfassung und der Bewußtseinsstand des Therapeuten sind ebenfalls eine wichtige Variable im Behandlungsvorgang. Seine Fähigkeit, angesichts außergewöhnlicher Erlebnisse und oft heftiger Emotionen gelassen und hilfsbereit zu bleiben, und der Grad seiner Aufgeschlossenheit und Toleranz gegen das ganze Spektrum der psychedelischen Phänomene sind Faktoren, die für den therapeutischen Erfolg ausschlaggebend sind. Der Therapeut spielt in diesem Prozeß eine so maßgebliche Rolle, daß er unmöglich ein objektives Urteil über die Wirksamkeit der LSD-Psychotherapie fällen kann, ohne den eigenen Beitrag kritisch zu bewerten. Aus diesem Grunde ist die Spezialausbildung des Therapeuten, zu der auch die eigene Erfahrung psychedelischer Bewußtseinszustände gehört, ein wichtiges Element in der LSD-Psychotherapie. Gewisse ungewöhnliche Erlebnisse perinataler oder transpersonaler Natur, die einen therapeutischen Wert haben, wird der Therapeut leichter tolerieren, anerkennen und fördern können, wenn er sie in seinen psychedelischen Ausbildungssitzungen selbst erfolgreich durchlebt hat.

Die Bewertung der Behandlungserfolge wird weiterhin dadurch kompliziert, daß die klinischen Besserungen hier oft mit tiefgründigen Änderungen des Lebensstils, der philosophischen oder wissenschaftlichen Weltanschauung und der Werthierarchie verknüpft sind. Die Linderung schwerer psychopathologischer Symptome kann begleitet sein von einem merklichen Verlust des Interesses am Erwerb von Macht, Besitz und Ansehen. Leistungs- und Konkurrenzstreben können ersetzt werden durch Streben nach größtmöglichem Wohlergehen bei kleinstmöglichem Energieaufwand. Zuvor pragmatisch und materialistisch eingestellte Personen können ein tiefes und aufrichtiges Interesse an den spirituellen Seiten des Daseins gewinnen. Die Neigung, andere Menschen und die Natur zu meistern und zu beherrschen, kann von synergistischen und ökologischen Interessen abgelöst werden. Ein Psychiater, der das gegenwärtige abendländische Wertsystem, in dem Ehrgeiz und Konkurrenzstreben hochgeschätzt werden, als gesund, natürlich und letzten Endes verbindlich ansieht, kann solche Veränderungen pathologisch deuten; er wird dann von Initiativlosigkeit, Desinteresse an sozial erwünschten Zielen oder gar von einer Entwicklung psychotischer Wahnsysteme sprechen. Mir wurde dies durch eine Episode bei einem Vortrag deutlich, den ich 1968 an der Harvard University School hielt. Ich hatte die dramatischen klinischen Besserungen beschrieben, die ich bei mehreren Patienten während der LSD-Psychotherapie beobachtet hatte. Diese Besserungen waren im Anschluß an Todes- und Wiedergeburtserlebnisse, Gefühle des Einsseins mit dem Kosmos und mancherlei transpersonale Erscheinungen eingetreten. In der Diskussion gab einer der Teilnehmer die Deutung, der zuvor neurotische Zustand der Patienten habe sich in eine Psychose verwandelt, denn nun interessierten sie

sich für spirituelle Abenteuer, zögen die Möglichkeit von Reinkarnationen ernsthaft in Betracht und zeigten tiefes Interesse an Yoga und Meditation.

Heute ist die Lage in der Welt nicht mehr dieselbe wie vor zehn Jahren. Die Beschränktheiten und Gefahren des okzidental Wertsystems sind nun überdeutlich. Kritik an der einseitigen Ausrichtung auf unbegrenztes Wirtschaftswachstum kommt von vielen Seiten; die Mängel der Wettbewerbspolitik und der Technokratie beginnen ihre Erfolge zu überschatten; und angesichts der drohenden Umweltkatastrophe gewinnt ökologisches Bewußtsein an Boden. Auch die Kriterien für geistige Gesundheit unterliegen raschen Veränderungen. Nach Abraham Maslow und anderen humanistischen und transpersonalen Psychologen sind Gefühle des Einsseins mit dem Kosmos oder andere mystische Erlebnisse nicht notwendig als psychopathologische Erscheinungen zu betrachten; sie können ganz im Gegenteil auch zur Selbstverwirklichung und Selbsterweiterung beitragen. Die Lehren und spirituellen Übungen des Fernen Ostens ziehen immer mehr reife und gebildete Menschen an, die man nicht sämtlich als frei herumlaufende Schizophrene wird abtun können. Die transpersonale Psychologie und Psychiatrie, eine neu entstandene Disziplin, die Spiritualität und Mystik in die moderne Psychologie und Psychiatrie einzugliedern versucht, gewinnt auch in Fachkreisen immer mehr Anerkennung.

Viele theoretische Physiker kommen heute schon zu dem Ergebnis, daß das mystische Weltbild mit den philosophischen Folgerungen aus den modernen Naturwissenschaften, insbesondere der Relativitätstheorie und der Quantenphysik, vollkommen vereinbar sei.¹ Aber noch ruhen Theorie und Praxis der vorherrschenden Psychologie und Psychiatrie auf Newtons mechanischem Modell des Universums und auf der kartesischen Dichotomie von Seele und Materie. Perzeptive und kognitive Übereinstimmung mit dem kartesisch-newtonschen Weltbild und Einverständnis mit dem heutigen okzidental Wertsystem gelten als wichtige Kriterien geistiger Gesundheit. Diese Tatsache darf nicht vergessen werden, wenn man die Resultate psychedelischer Therapie bewertet.

Aus all diesen Gründen will ich lieber meine persönliche Ansicht von den Möglichkeiten psychedelischer Therapie als eine ausgewogene Synopse der einschlägigen Fachliteratur darlegen. Zwar werde ich gelegentlich auch auf die Arbeiten anderer verweisen, doch sind alle Aussagen in den folgenden Abschnitten im Kontext der in diesem Band dargestellten therapeutischen Philosophie und Praxis zu lesen.

Allgemein ist LSD-Psychotherapie angezeigt bei Leiden, die psychischen und nicht organischen Ursprungs sind und die aus einem Lernen im weitesten Sinne erwachsen. Störungen mit klaren körperlichen Symptomen sind deshalb nicht ausgeschlossen, solange psychogene Faktoren bei ihrer Entwicklung eine wichtige Rolle gespielt haben. Dies ist eine sehr grobe Definition des Indikationsbereichs psychedelischer Therapie, die dem individuellen therapeutischen Experimentieren viel Raum läßt. Ob eine bestimmte Störung als psychogen oder somatogen aufgefaßt wird, hängt ab vom Entwicklungsstand der medizinischen Wissenschaft im allgemeinen und dem Verständnis der einzelnen Krankheit im besonderen. Da die medizinischen Meinungen zum Wesen und zur Genese von Krankheiten selten einmütig sind, wird es in der Regel auch von der persönlichen Philosophie des einzelnen Kliniklers abhängen, ob er ein Problem als funktional oder als organisch diagnostiziert.

Über manche Krankheitsbilder herrscht unter verschiedenen Forschern vollkommene Übereinstimmung. Psychische Faktoren sind unzweifelhaft von großer Bedeutung für die Genese der verschiedenen Psychoneurosen, wie etwa Angstzustände, Konversionshysterie oder Zwangsneurosen. Ähnlich scheint auch bei Alkoholismus, Charakterstörungen, Drogensucht und mancherlei sexuellen Dysfunktionen und Abirrungen die psychogene Komponente unbestreitbar zu sein. Bronchialasthma, peptischer Ulkus, Psoria-

sis und ulzeröse Kolitis gelten herkömmlicherweise als psychosomatisch bedingt. Über das Verhältnis zwischen psychogenen und somatogenen Faktoren bei verschiedenen Depressionen, psychotischen Borderline-Zuständen und den sogenannten endogenen Psychosen wie Schizophrenie und manisch-depressivem Irrsinn gehen die Ansichten der Kliniker ziemlich weit auseinander. Bei anderen Leiden sieht nur eine Minderheit unter den Forschern psychische Faktoren als bedeutsam an; Krebs und kollagenöse Erkrankungen sind wichtige Beispiele.

Zum Glück scheint die Natur der LSD-Reaktion in jenen Fällen, wo der Therapeut im Zweifel ist, eine Hilfe zu bieten. Ein oder zwei Explorationssitzungen mit LSD werden gewöhnlich dem Klienten wie dem Therapeuten Klarheit darüber verschaffen, ob die jeweilige Störung eine erhebliche psychische Komponente hat oder nicht. Emotionale und physische Symptome psychogenen Ursprungs werden gemeinhin durch die LSD-Wirkung verstärkt, und der Inhalt des psychedelischen Erlebens wird Aufschlüsse über die psychodynamischen, perinatalen und transpersonalen Wurzeln des Problems erbringen. Schon in den ersten Sitzungen gewinnt der Klient gewöhnlich ein klares Gefühl davon, ob es möglich sein wird, die Störung durch die psychotherapeutische Arbeit mit LSD zu beeinflussen. Wie ich schon sagte, ist einer der bemerkenswertesten Aspekte der LSD-Wirkung ihre Fähigkeit, dynamische Strukturen mit starker emotionaler Besetzung zu entdecken und ihren Inhalt ins Bewußtsein zu bringen, womit er für die introspektive Analyse und Bearbeitung zugänglich wird.

Obwohl LSD-Psychotherapie bei einem sehr weiten Spektrum emotionaler und psychosomatischer Störungen vorteilhaft angewandt werden kann, sollte man sie dennoch nicht als ein billiges psychiatrisches Allheilmittel betrachten. Sie ist ein sehr anstrengendes und hochspezialisiertes Verfahren und setzt eine gründliche Ausbildung des Therapeuten voraus. Der Verlauf einer LSD-Behandlung ist nicht immer glatt und gefahrlos; ihr Ergebnis ist nicht immer voraussehbar und manchmal ein Mißerfolg. Bei manchen Patienten erfordert sie eine große Anzahl Sitzungen, und der Fortschritt ist langsam und mühselig. Aus Gründen, die wir noch nicht hinlänglich verstehen, zeigt ein kleiner Prozentsatz schwer gestörter Personen nur sehr geringe Behandlungsfortschritte trotz zahlreicher psychedelischer Sitzungen und hohen Aufwands an Zeit und Mühe. Bei manchen anderen Klienten beschränkt sich der Prozeß nicht auf die Zeit der pharmakologischen LSD-Wirkung, und die Intervallzeiten zwischen den Sitzungen sind unter Umständen schwierig und manchmal gefährlich.

Die klinischen Zustände, bei denen LSD-Psychotherapie sich bewährt hat, fallen in vier Hauptkategorien:

- 1) Depressionen, Neurosen und psychosomatische Symptome;
- 2) Alkoholismus, Drogensucht, Charakterstörungen und sexuelle Abirrungen;
- 3) Borderline-Zustände und endogene Psychosen;
- 4) emotionales Leid und körperliche Schmerzen von Sterbenden, insbesondere Krebskranken.

7.2 Depressionen, Neurosen, psychosomatische Symptome

Je weniger schwer das klinische Problem, desto schneller und dramatischer sind im allgemeinen die Resultate, und desto sicherer ist das Behandlungsverfahren. Die besten Kandidaten für eine LSD-Psychotherapie sind offenbar Personen mit guter Intelligenz und hinreichender zwischenpersönlicher und beruflicher Angepaßtheit, die nur des Geschmacks am Leben und des Gefühls für dessen Sinn ermangeln. Zwar sind solche Menschen vielleicht höchst erfolgreich nach den Maßstäben der Gesellschaft, in der sie leben, doch können sie mit ihren Erfolgen emotional nichts anfangen und sie nicht genießen. Diese Symptome würden in die Kategorie dessen fallen, was Victor Frankl die noogene Depression genannt hat. Eine einzige psychedelische Sitzung mit hoher LSD-Dosis genügt oft, um diese Situation dramatisch zu ändern. Das selektive Verharren bei den Schattenseiten der Welt und die grundsätzlich pessimistische Lebensphilosophie, die mit diesem Zustand verbunden sind, lassen sich binnen weniger Stunden zerstreuen. Diese fast depressiven Personen verlassen meist eine gut verarbeitete LSD-Sitzung in gehobener Stimmung, mit Lebensfreude und Selbstachtung, und ihre Fähigkeit zu sinnvollen menschlichen Beziehungen hat sich verbessert. Ihr Innenleben ist reicher geworden, sie sind aufgeschlossener und wissen das Schöne in Kunst und Natur besser zu schätzen. Außerdem können viele von ihnen die Einsichten aus ihren psychedelischen Sitzungen in schöpferischer Weise auch auf ihre Berufstätigkeit übertragen.

Verschiedene Formen von Depressionen scheinen auf LSD-Psychotherapie besonders gut anzusprechen. Überhaupt ist die Depression das wandelbarste Symptom der Psychiatrie; selbst ohne spezifische Behandlung unterliegt sie großen Schwankungen. Nach psychedelischen Sitzungen können zweierlei Veränderungen der Depression eintreten, und es ist wichtig, sie zu unterscheiden. Eine einzige LSD-Sitzung, wenn sie gut aufgelöst und verarbeitet wird, kann eine klinische Depression völlig zerstreuen, manchmal sogar eine, die seit Monaten angehalten hat. Das heißt jedoch nicht, daß die Depression damit für immer behoben wäre und nicht wieder auftreten könnte; mancherlei psychologische oder physiologische Faktoren können einen Rückfall bewirken.

Dies läßt sich am besten mit dem Einfluß des LSD auf die sogenannten periodischen Depressionen illustrieren. Wer unter dieser Störung leidet, wird ziemlich regelmäßig zu bestimmten Jahreszeiten von Depressionen befallen, die eine bestimmte Zeit andauern. Schon eine einzige LSD-Sitzung kann oft eine tiefe periodische Depression zerstreuen, die nach dem normalen Auftretensmuster noch Wochen oder Monate hätte anhalten können. Der langfristige Krankheitsverlauf wird dadurch jedoch nicht notwendig beeinflußt, und die nächste Episode der Depression kann zum gewohnten Datum eintreten und über die erwartete Zeitspanne andauern. Systematische Arbeit in einer Reihe von LSD-Sitzungen ist erforderlich, um die komplexe und latente dynamische Struktur zu ändern und das Gesamtbild der Krankheit zu beeinflussen.

Auch die meisten neurotischen Störungen sprechen auf LSD-Psychotherapie gut an; doch darf man trotz der starken katalysatorischen Wirkung der Droge keine Therapiewunder und keine schnellen Heilungen erwarten. Manche Psychoneurosen erfordern längere psychedelische Sitzungsfolgen. Die meisten Forscher scheinen allgemein darin übereinzustimmen, daß die Prognose in den Fällen am günstigsten ist, wo Angst und Depressivität starke Komponenten sind. Patienten, die an Angst oder an Angstneurosen leiden, sprechen auf die psychedelische Behandlung gut an, ebenso jene, deren Angst in die Form einer Phobie eingebunden ist. Größere Schwierigkeiten bereitet die Konversionshysterie, doch oft ist die LSD-Therapie auch hier erfolgreich. Wie in der herkömmlichen Psychoanalyse können sich bei Angst und Konversionshysterie besondere Probleme der Übertragung und Gegenübertragung ergeben. Monosymptomatische Neurosen sind nicht notwendig leichter zu behandeln als die mit einem weitverzweigten und

komplizierten Krankheitsbild. Ein einziges behandlungsresistentes Symptom enthält in verdichteter Form oft Probleme vieler verschiedener Bereiche und Bewußtseinssebenen, und eine große Anzahl LSD-Sitzungen kann nötig sein, um es aufzulösen.

Obwohl auch schon über Erfolge in der Behandlung von Zwangsneurosen berichtet wurde,² ist die Prognose für diese Kategorie von Patienten nach meiner Erfahrung am trübsten. Die weniger schweren Zustände dieser Art konnten durch langfristige systematische LSD-Therapie erfolgreich beeinflußt werden, aber die schweren Fälle gehören zu unseren kläglichsten Mißerfolgen. Gewöhnlich müssen sehr hohe Dosierungen eingesetzt werden, um den hartnäckigen Widerstand dieser Patienten zu überwinden, und sehr viele Sitzungen sind nötig, um irgendeinen Fortschritt zu erzielen. Es ist jedoch denkbar, daß diese Mißerfolge eher durch unser unzureichendes Verständnis und durch Behandlungsfehler als durch ein Wesensmerkmal dieser Störungen bedingt sind. Die Tatsache, daß die psychischen Widerstände dieser Patienten innig mit dem Problem der Schließmuskelbeherrschung verbunden sind, könnte eine bedeutsame Variable sein.

Traumatische Gefühlsneurosen, die aus einem einzigen starken Trauma wie etwa einem Kriegserlebnis, einer Naturkatastrophe oder einem Massenunfall hervorgehen, waren in der Vergangenheit die besten Indikationen für eine medikamentös unterstützte Abreaktions-Behandlung (Narkoanalyse) oder für hypnotische Interventionen (Hypnoanalyse). Wegen seiner hervorragenden Eigenschaften als abreaktionsförderndes Mittel kann LSD bei diesen Störungen mit viel Erfolg eingesetzt werden. Eine einzige Sitzung mit hoher LSD-Dosis kann oft stark behindernde Symptome dieser Art mildern oder beheben. Manchmal kann man dasselbe Verfahren auch in Fällen anwenden, wo die Traumatisierung chronisch und prolongiert war. In diesem Zusammenhang ist das einzigartige LSD-Programm für Opfer der Naziherrschaft zu nennen, das von A. Bastians (7) und seinen Mitarbeitern an der Universität Leiden durchgeführt wurde. Diese Forscher berichteten von erfolgreicher Bearbeitung der verzögerten traumatischen Haftfolgen bei ehemaligen Konzentrationslager-Insassen (das sogenannte »Konzentrationslager-Syndrom«).

Sexuelles Erleben und Verhalten können durch den LSD-Prozeß gründlich beeinflußt werden. Intensität, Tiefe und Vollständigkeit des Orgasmus und die Leichtigkeit, mit der er herbeigeführt wird, scheinen innig verbunden mit dem Fallenlassen der psychischen Abwehr. Viele Probleme in diesem Bereich lassen sich zurückführen auf eine unbewußte Verwechslung zwischen dem Muster des genitalen Orgasmus und dem der totalen physischen Entladung, das den Orgasmus der Geburt kennzeichnet. Wenn der LSD-Patient im Todes- und Wiedergeburtprozeß die Abwehr aufzugeben lernt, wird seine Orgasmusfähigkeit erheblich gesteigert; diese Verbesserung des sexuellen Erlebens ist sowohl bei Frauen wie bei Männern zu erkennen. Bei Personen, die vor der Sitzung keine größeren psychopathologischen Symptome aufweisen, ist gewöhnlich nach einer oder mehreren Sitzungen mit hoher Dosis derselbe Effekt festzustellen. Sexuelle Neurosen wie Frigidität, Vaginismus, Genitalschmerzen beim Verkehr, Impotenz und vorzeitige Ejakulation sprechen auf eine LSD-Psychotherapie oftmals gut an; zur gründlichen Behandlung dieser Störungen ist jedoch gewöhnlich eine ganze Reihe von Sitzungen nötig, in denen ihre Wurzeln in der perinatalen Schicht erlebt und bearbeitet werden.

Eine Vielzahl psychogener körperlicher Beschwerden konnten in der Vergangenheit durch eine LSD-Psychotherapie günstig beeinflußt werden; dies gilt auch für organoneurotische Erscheinungen, für Symptome mit der dynamischen Struktur der hysterischen oder prägenitalen Konversionen und für psychosomatische Erkrankungen. Schmerzzustände verschiedener Art wie Migräne oder gewöhnliche Kopfschmerzen, starke Menstruationskrämpfe, Magen- oder Eingeweidekrämpfe, Schmerzen in der Halsmuskulatur oder in der Lendengegend und sogar arthritische Schmerzen ohne erkennbare organische Ursachen lassen sich in einer LSD-Therapie zu ihrer Herkunft zurückverfolgen und

durcharbeiten. Neurotische Organstörungen verschiedener Art wie Herz- und Magenbeschwerden, Atemschwierigkeiten, übermäßige Schweißabsonderung, Muskel-Tremores, Verstopfung, Durchfall oder Unregelmäßigkeiten der Menstruation verschwinden oft im Lauf einer LSD-Behandlung. Weitreichende Besserungen von Myopie, die sich als unerwarteter Nebeneffekt bei der LSD-Psychotherapie zweier neurotischer Patienten in Prag ergaben, sprechen dafür, daß in manchen Fällen an dieser Störung eine psychogene Muskelspannung stark beteiligt ist, die sich durch LSD-Behandlung auflösen läßt. Prägenitale Konversionen wie psychogenes Asthma, verschiedene Muskelticks und Stottern sind gewöhnlich gegen LSD-Therapie verhältnismäßig resistent, was durch eine latent zwanghafte Persönlichkeitsstruktur bedingt sein könnte. Hier ist die Lage jedoch bei weitem nicht hoffnungslos, und bei manchen Patienten mit diesen Störungen waren LSD-Sitzungsreihen erfolgreich. Eine besonders interessante Indikation für LSD-Psychotherapie scheint Psoriasis zu sein; mehrere Therapeutengruppen haben hier unabhängig voneinander dramatische Besserungen selbst in schweren Fällen gemeldet. Das Verschwinden verschiedener Hautkrankheiten, besonders von Ekzemen, ist in psychedelischen Behandlungen ziemlich häufig.

Bei manchen Patienten kann eine LSD-Psychotherapie die dramatische Besserung hartnäckiger körperlicher Leiden bewirken, deren Ursprung herkömmlicherweise als organisch gilt; Beispiele sind manche chronischen Infektionen wie Zystitis, Bronchitis und Sinusitis. Auf einen möglichen therapeutischen Mechanismus deutet die Tatsache hin, daß solche physischen Änderungen unmittelbar anschließend an die Auflösung und Verarbeitung einer psychologischen Gestalt erfolgen, an der die entsprechende Körperzone wesentlich beteiligt ist. Tanyas Erlebnis, von dem in einem späteren Kapitel berichtet wird, ist hier als Beispiel zu nennen. Dies spricht dafür, daß das infektiöse Agens nur eines der an der Entstehung und Fortdauer der Krankheit beteiligten Elemente ist, und vielleicht nicht das wichtigste. Ein sehr viel stärkerer Faktor scheint die verringerte Vitalität des Organs oder Gewebes zu sein, aus der sich die unwirksame Abwehr der eindringenden Bakterien erklärt. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, daß psychische Faktoren in dieser Lage eine wichtige Rolle spielen könnten. Ein möglicher Mechanismus wäre zum Beispiel die psychogene Verengung der blutzuführenden Gefäße, mit dem Ergebnis der schlechten Durchblutung und Schwächung der biologisch immunisierenden Körper im befallenen Bereich. Es ist interessant, daß in der Sitzung, die der klinischen Besserung eines solchen Symptoms unmittelbar vorausgeht, die Klienten gewöhnlich angeben, eine Sperre sei aufgehoben und der ungehinderte Zufluß von Blut und Energie in den befallenen Bereich ermöglicht worden. Dies ist typischerweise mit dem belebenden Gefühl einer angenehmen Wärme und der Empfindung eines Prickelns verbunden.

7.3 Alkoholismus, Drogensucht, Charakterstörungen, sexuelle Abirrungen

Viele der oben genannten emotionalen und psychosomatischen Störungen liegen im großen und ganzen auch im Indikationsbereich der herkömmlichen analytisch orientierten Psychotherapie. Die unterstützende Anwendung von LSD wird in diesen Fällen den therapeutischen Prozeß intensivieren, vertiefen und beschleunigen. LSD-Psychotherapie kann jedoch mit Erfolg auch bei manchen diagnostischen Kategorien außerhalb dieses herkömmlichen Indikationsbereichs angewandt werden. Viele klinische Untersuchungen zur psychedelischen Therapie haben dramatische Behandlungserfolge bei chronischen Alkoholikern gemeldet. Leider beruhte in der großen Mehrzahl dieser Untersuchungen das Urteil nur auf klinischen Eindrücken. Wie die meisten der in der psychoanalytischen Literatur gemeldeten Behandlungsergebnisse unterliegen auch sie Zweifeln und Einwänden aus der Sicht einer strengen Forschungsmethodik.

In einer großen kontrollierten Untersuchung, die von unserer Forschungsgruppe am Maryland Psychiatric Research Center durchgeführt wurde, wurden 135 Alkoholiker aus einem psychiatrischen Krankenhaus nach Zufall in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe erhielt eine LSD-Behandlung mit hoher Dosis (450 Mikrogramm), die andere mit niedriger Dosis (50 Mikrogramm). Sechs Monate später wurden von einem unabhängigen Auswertungs-Team 53 Prozent der Patienten aus der Gruppe mit hoher Dosis als »im wesentlichen rehabilitiert« eingestuft, gegenüber 33 Prozent aus der Gruppe mit niedriger Dosis. Statistisch gesehen, konnte dieser Unterschied nur in fünf von hundert Fällen durch Zufall auftreten. Nach achtzehn Monaten war der Unterschied zwischen beiden Gruppen nicht mehr so groß: Hier erschienen 54 Prozent der Gruppe mit hoher Dosis als stark gebessert, gegenüber 47 Prozent der Gruppe mit niedriger Dosis.

Insgesamt waren die Ergebnisse dieser Untersuchung recht eindrucksvoll, wenn man bedenkt, daß die Patienten ausgewählte Freiwillige aus der Alkoholiker-Rehabilitationsabteilung eines psychiatrischen Landeskrankenhauses waren und daß die meisten von ihnen nur mit einer einzigen LSD-Sitzung bei hoher Dosierung behandelt wurden, mit einigen Stunden nichtmedikamentöser Psychotherapie vorher und nachher. Ein interessantes und unerwartetes Ergebnis waren die dramatischen Besserungen auch bei manchen Patienten in der Vergleichsgruppe, die nur 50 Mikrogramm LSD eingenommen hatten (in einer Doppelblind-Anordnung), gegenüber den 450 Mikrogramm in der Versuchsgruppe. Nach unseren ursprünglichen Überlegungen sollten die 50 Mikrogramm nur ein aktives Placebo ohne merkliche therapeutische Wirkung darstellen. Tatsächlich hatten aber mehrere Patienten in dieser Gruppe ganz bemerkenswerte Erlebnisse, während bei einigen Personen die Sitzung mit hoher Dosierung ereignislos verlief. Eine genauere Beschreibung dieser Untersuchung findet der interessierte Leser in einem Aufsatz der Forschergruppe (77).

Einen scharfen Kontrast zu diesen Resultaten bildet das Ergebnis einer umfangreichen kontrollierten Untersuchung, die von Ludwig, Levine und Stark (59) am Mendola State Hospital in Madison (Wisconsin) durchgeführt wurde. Die Verfasser teilten nach Zufall 176 Alkoholiker, die sich zu dem Projekt freiwillig gemeldet hatten, in vier Gruppen ein: Die erste erhielt »psychedelische Therapie« mit LSD, die zweite eine hypnodelische Behandlung mit LSD, die dritte nur LSD ohne Therapie und die vierte nur eine unspezifische Milieuthérapie. Außerdem erhielt die Hälfte jeder Gruppe nach Abschluß des Experimentes Antabus verordnet. Die Resultate dieser Untersuchung waren verheerend negativ. Die Verfasser fanden keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen, und die Gesamtquote der Besserungen war äußerst niedrig. Nach sechs Monaten tranken immer noch 70 bis 80 Prozent der Patienten aller Kategorien, und

nach einem Jahr waren es 80 bis 90 Prozent. Selbst die Verordnung des Antabus-Medikaments machte dabei keinerlei Unterschied.

Den formalen Kriterien moderner medizinischer Forschung entsprach diese Untersuchung so vortrefflich, daß sie vom Verband der amerikanischen Psychiater mit dem Hoffheimer Award ausgezeichnet wurde. Die negativen Ergebnisse der Untersuchung verdienen daher um so mehr Beachtung; sie können dazu dienen, manche der in diesem Buch betonten Prinzipien zu demonstrieren. Im folgenden beziehe ich mich auf die schneidende Kritik an dieser Arbeit, die Charles Savage im März 1971 bei einer Mitarbeiterversammlung des Maryland Psychiatric Research Center vortrug. Er wies in dieser methodisch scheinbar soliden und gewissenhaft geplanten Untersuchung einige grobe Mängel nach. Begründete Ansprüche auf schnelle und dramatische Behandlungserfolge bei Alkoholikern wurden in der Vergangenheit nur für die psychedelische Therapie angemeldet; kein LSD-Therapeut hat je behauptet, daß eine einzige psycholytische LSD-Sitzung bei Alkoholikern viel bewirken könne. Ludwig und seine Mitarbeiter kannten die wesentlichen Merkmale einer psychedelischen Therapie, denn diese werden in ihrem Buch richtig definiert. In der eigentlichen Untersuchung aber schieden sie das psychedelische Modell, das sie zu prüfen vorgaben, von vornherein aus, denn sie vernachlässigten mehrere Bedingungen, die nach Ansicht psychedelisch orientierter Therapeuten für den Behandlungserfolg unerlässlich sind. Als Therapeuten bei diesem Projekt wurden dreizehn Fachärzte und Psychiater des Krankenhauses bestimmt, die an dieser Aufgabe kein besonderes Interesse hatten und sie als Nebentätigkeit ausführten. Keiner von ihnen kannte den psychedelischen oder den hypnotischen Zustand aus eigener Erfahrung; sie waren weder mit LSD- noch mit Hypnotherapie vertraut und waren über beides nur in einem flüchtigen Schnellkurs unterrichtet worden. Die Vorbereitung der Patienten auf die LSD-Sitzung beschränkte sich auf eine zweistündige Sitzung, die zur Hälfte mit Suggestibilitäts-Messungen verging. Die nachträgliche Rechtfertigung der Verfasser für diese drastische Verkürzung der Vorbereitungen bestand darin, daß keiner der Patienten psychotisch geworden sei. Dies spricht freilich für die Ungefährlichkeit des LSD, aber kaum für die therapeutische Tauglichkeit des Verfahrens. Obwohl die Dosierung im unteren Bereich der in der psychedelischen Therapie üblichen lag (3 Mikrogramm pro kg Körpergewicht), war das Vorgehen im wesentlichen psycholytisch. Es fand fortwährend verbaler Austausch statt, der bekanntlich den Widerstand des Patienten verstärkt und die tiefe Regression beeinträchtigt. Die Therapeuten blieben während der Sitzung nur drei Stunden lang bei den Patienten und ließen sie während der restlichen Zeit der Drogenwirkung allein. Die mystischen Erlebnisse, denen im psychedelischen Modell die höchste Bedeutung beigemessen wird, wurden nur von 8,4 Prozent der Patienten berichtet (gegenüber 78 Prozent in der Spring Grove-Studie). Charles Savage kam zu dem Ergebnis, daß dies Projekt eine starke Voreingenommenheit der Verantwortlichen verrate. Zu der Zeit, als LSD populär gewesen war, hatten Levine und Ludwig (58) von positiven Resultaten bei der hypnodelischen Behandlung von Drogensüchtigen berichtet, einer allgemein schwerer behandelbaren Gruppe als jene der Alkoholiker. Nachdem LSD in Ungnade gefallen war und die positiven Resultate politisch inopportun wurden, produzierten sie negative. Unbewußt oder bewußt fügten sie in ihre Untersuchung eine Reihe antitherapeutischer Elemente ein, die den therapeutischen Mißerfolg garantierten. Die Verwendung unerfahrener und unmotivierter Therapeuten, mangelhafte Vorbereitung, antimystische Orientierung, Verletzung der Grundregeln psychedelischer Therapie und die augenfällige Unterlassung menschlicher Hilfe und Betreuung sind hier als die wesentlichen Elemente zu nennen. LSD ist wohl am besten als ein Katalysator zu verstehen; doch was es im Falle dieser Untersuchung offenbar katalysiert hat, war Mediokrität, elegant dargestellt und verbrämt mit modernen statistischen Methoden.

Das Forschungsteam aus Maryland führte aufgrund seiner ermutigenden Resultate bei Alkoholikern eine Untersuchung der LSD-Psychotherapie mit Heroinsüchtigen durch. Alle freiwilligen Teilnehmer dieses Programms waren männliche Süchtige, die eine Strafe in den Haftanstalten von Maryland verbüßten, zumeist wegen Raub, Diebstahl oder Beteiligung am illegalen Drogenhandel. Alle, die an dem Programm interessiert waren, wurden von den Forschern beim Ausschluß für Bewährung und Strafaussetzung zu einer frühzeitigen Anhörung empfohlen. Nur solche Personen, denen die Strafaussetzung auf Bewährung bewilligt wurde, konnten schließlich an dem Forschungsprogramm teilnehmen. Die eine Hälfte der Freiwilligen machte eine psychedelische Sitzung mit hoher LSD-Dosis, nach durchschnittlich 23 Stunden intensiver psychologischer Vorbereitung, während die andere Hälfte an der Poliklinik an einem normalen, nichtmedikamentösen Therapieprogramm von etwa gleicher Gesamtdauer teilnahm. Die Einteilung der Patienten in die Versuchs- und die Vergleichsgruppe geschah nach Zufall. Die Patienten beider Gruppen mußten nach der Behandlung mit der Poliklinik in Kontakt bleiben und regelmäßig Urinproben zur chemischen Analyse beibringen. Die Ergebnisse dieses experimentellen Behandlungsprogramms wurden von Charles Savage und Lee McCabe (93) dargestellt, zwei Mitgliedern des Spring Grove-Teams. Elf von den vierunddreißig Patienten in der LSD-Gruppe nahmen in der sechsmonatigen Nachuntersuchungs-Periode den Narkotika-Gebrauch nicht wieder auf, während in der Vergleichsgruppe nur eine Person ähnliche Besserungen zeigte. Bei der Untersuchung nach einem Jahr waren von den LSD-Patienten immer noch acht abstinent, gegenüber keinem einzigen in der Vergleichsgruppe. In absoluten Zahlen ist dies gewiß kein sehr eindrucksvolles Ergebnis, aber immerhin sehr vielversprechend angesichts dieser extrem schwer behandelbaren Kategorie von Patienten. Kurzfristige Nachuntersuchungen in Zusammenhang mit den herkömmlichen Behandlungen für Narkotika-Süchtige haben gezeigt, daß 94 bis 97 Prozent der Patienten binnen weniger Wochen rückfällig werden.

Ein Aspekt der psychedelischen Therapie mit Alkoholikern und Heroinsüchtigen verdient besondere Beachtung. Während die erfolgreiche Behandlung von Psychoneurosen und psychosomatischen Störungen gewöhnlich eine ganze Reihe psychedelischer Sitzungen erfordert, lassen sich bei diesen beiden Kategorien augenfällige Besserungen oft schon nach einer einzigen Sitzung feststellen. Dies könnte an der Mühelosigkeit liegen, mit der viele Alkoholiker und Drogensüchtige zu transzendentalen Bewußtseinszuständen Zugang finden. In dem Spring Grove-Programm war die Zahl der Sitzungen für jeden Patienten durch den Untersuchungsplan begrenzt. Alle Heroinsüchtigen und die meisten Alkoholiker erhielten nur eine LSD-Sitzung; manche Alkoholiker erhielten zwei oder in Ausnahmefällen drei Sitzungen. Wir haben guten Grund zu der Annahme, daß die klinischen Resultate bei weniger starrem Untersuchungsplan viel besser sein könnten. In der mehr oder weniger ergebnisoffenen Situation in Prag, wo es möglich war, LSD-Sitzungsreihen unbegrenzt fortzusetzen, stellten wir in mehreren Fällen nicht nur dauernde Abstinenz fest, sondern auch tiefe, positive Strukturänderungen in der Persönlichkeit des Alkoholikers oder Drogensüchtigen.

Eine weitere Kategorie schwieriger Patienten mit schlechter Prognose, die dennoch manchmal auf LSD-unterstützte Psychotherapie ansprechen, ist hier zu erwähnen. Es gibt Anzeichen dafür, daß bestimmte Personen mit asozialen, antisozialen und kriminellen Neigungen aus einer LSD-Behandlung Nutzen ziehen können. Mehrere Aspekte des psychedelischen Prozesses scheinen positive Behandlungsergebnisse bei diesen Personen in den Bereich des Möglichen zu rücken. Das stärkste Hindernis für die wirksame psychotherapeutische Behandlung von Soziopathen ist unter normalen Umständen deren Unfähigkeit, Beziehungen einzugehen, aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Dies beeinträchtigt den Behandlungsvorgang, denn eine starke emotionale Verbindung mit dem Therapeuten gilt als eine Bedingung therapeutischer Änderungen. Bekanntlich führt in der Psychoanalyse allein schon das Mitteilen intim-persönlicher Dinge bei den meisten

Personen zur Entstehung einer Übertragungsbeziehung. In der psychedelischen Therapie ist dieser Faktor noch stärker; allein schon das verständnisvolle und hilfsbereite Dabeisitzen bei den LSD-Erlebnissen eines anderen wird eine starke Gefühlsbindung schaffen. Diese Bindung kann positiv, negativ oder deutlich ambivalent sein, aber es wird dem Patienten nicht leicht fallen, überhaupt jede Reaktion dieser Art zu vermeiden. Zwar ist dies nur eine Voraussetzung erfolgreicher Therapie und nicht notwendig schon ein therapeutisches Element, doch es ist eine notwendige Bedingung für die Behandlung von Personen mit soziopathischen Zügen. Außerdem bahnt das LSD-Erleben gangbare Wege für die Abfuhr und Verarbeitung ungeheurer Mengen von Aggressionen und destruktiven Gefühlen, die dem antisozialen Verhalten zugrunde liegen. Der Erlebenszugang zu den Bereichen der transzendentalen Gefühle und zu dem System der Metawerte scheint in diesem Kontext noch wichtiger zu sein. Sie haben zur Folge, daß Verbrechen oft nicht mehr unter dem etwas beschränkten Gesichtspunkt einer Auflehnung gegen die menschliche Gesellschaft, sondern plötzlich als Verstöße gegen die kosmische Ordnung beurteilt werden.

Mehrere LSD-Therapeuten haben beiläufig von guten Resultaten bei einzelnen Patienten mit antisozialen Tendenzen gesprochen, anlässlich größerer Untersuchungen, die einen weiten Bereich diagnostischer Kategorien umspannten. In einigen Fällen wurden auch gesonderte Untersuchungen zu antisozialen und kriminellen Populationen durchgeführt. Arendsen-Hein (4) behandelte 21 schwerkriminelle Psychopathen mit LSD-Sitzungsreihen bei Dosierungen zwischen 50 und 450 Mikrogramm. Nach zehn bis zwanzig Wochen Therapie waren 12 klinisch gebessert und zwei stark gebessert.

Anfang der 60er Jahre begann eine Gruppe von Psychologen der Harvard-Universität, unter Leitung von Timothy Leary (55), ein psychedelisches Untersuchungsprogramm mit Rückfalltätern im Staatsgefängnis von Concord in Massachusetts. Bei diesem Projekt wurde als Medikament nicht LSD, sondern das ihm nah verwandte Psilocybin verwendet, der aktive psychedelische Wirkstoff aus dem heiligen Pilz *Psilocybe mexicana*. Das Einzigartige an dieser Untersuchung war, daß hier die Psychologen das Medikament ebenso einnahmen wie die Häftlinge, wobei allerdings eine drogenfreie »Bodenkontrolle« und ein aufsichtführender Psychiater immer mit zugegen waren. Das Ergebnis dieser Studie, bei der über zweihundert psychedelische Sitzungen mit den Häftlingen durchgeführt wurden, war eine statistisch signifikante Verringerung der Verbrechen, die von den in dieser Gruppe Behandelten nach der Entlassung begangen wurden. W. H. Clark führte einige Jahre später eine informelle Nachuntersuchung durch und kam zu recht eindrucksvollen Ergebnissen. Zumindest ein interessanter Versuch ist gemacht worden, LSD-Therapie in einer therapeutischen Einrichtung mit maximalen Sicherheitsbedingungen einzuführen. Über die Ergebnisse dieses Experiments, das in der streng geschlossenen Abteilung des Mental Health Center in Penetanguishene (Ontario) stattfand, haben J. G. Maier, D. L. Tate und B. D. Paris (61) berichtet.

Gute klinische Resultate wurden gelegentlich im Hinblick auf Patienten mit mancherlei sexuellen Abnormitäten berichtet, die gewöhnlich sehr wenig auf eine herkömmliche Psychotherapie oder auf Therapie überhaupt ansprechen. Unter diesen Personen scheinen die mit sadistischen oder masochistischen Tendenzen die günstigste Prognose zu haben. Sobald der psychedelische Prozeß die perinatale Ebene erreicht, werden gangbare Wege für die Abfuhr und Verarbeitung gewaltiger Mengen aggressiver und selbstzerstörerischer Triebe gebahnt. Das Erleben von Todes- und Wiedergeburtsequenzen bietet vorzügliche Gelegenheiten zur Auflösung der innigen perinatalen Verbindung zwischen Sexualität und Aggressivität, die dem Sadomasochismus zugrunde liegt. Andere sexuelle Abirrungen, die auf psychedelische Therapie manchmal ansprechen, sind Fetischismus, Exhibitionismus und Koprophilie. Obwohl hier und da auch Behandlungserfolge bei männlichen und weiblichen Homosexuellen gemeldet wurden, sind in diesem Bereich wegen der Heterogenität und Komplexität der einschlägigen Probleme

kaum irgendwelche Verallgemeinerungen möglich. Die Prognose der Patienten in dieser Kategorie hängt in der Hauptsache von der Art ihres Problems ab, von ihrer Einstellung zum eigenen Sexualverhalten und ihrer Motivation zur Therapie. Ein positives Ergebnis ist nur bei jemandem zu erwarten, der die Abweichung selbst als Problem ansieht, der ihretwegen starke innerseelische Konflikte hat und ein aktives Interesse an der Behandlung zeigt.

Bei Charakterstörungen verschiedener Art, manchmal auch in schweren und komplizierten Fällen, kommt LSD-Therapie in Frage, sofern eine gut ausgestattete Einrichtung mit geschultem Personal zur Verfügung steht. Gewöhnlich werden einige wenige Explorationssitzungen dem Therapeuten für die Prognose des einzelnen Patienten genügend Aufschlüsse geben.

7.4 Psychotische Borderline-Zustände und endogene Psychosen

Patienten mit Borderline-Zuständen und manifesten Psychosen müssen von der psychedelischen Behandlung nicht unbedingt ausgeschlossen bleiben. Obwohl über die LSD-Behandlung schizophrener und anderer psychotischer Zustände erst relativ wenige klinische Erfahrungen vorliegen, sind hier gewisse allgemeine Schlüsse doch möglich. Im großen und ganzen ist die Prognose für psychotische Patienten anscheinend viel besser als für bestimmte stark abwehrgepanzerte Neurotiker, insbesondere solche mit Zwangsideen. Diese Behauptung gilt jedoch nur mit Vorbehalten und bedarf näherer Erklärungen. Die LSD-Behandlung schwer gestörter Personen ist ein sehr anstrengendes und intensives Verfahren, das eine besondere Vorbereitung und Schulung erfordert. Niemand sollte dies versuchen, der nicht zuvor genügend Erfahrungen in LSD-Sitzungen mit »normalen« und neurotischen Personen gewonnen hat. Die Intervallzeiten zwischen den Sitzungen können durch dramatische Veräußerlichungen oder durch Verstärkung von mancherlei psychotischen Symptomen charakterisiert sein. In kritischen Phasen des psychedelischen Prozesses kann sich das Verhalten und innere Erleben des Klienten im Sinne einer »Übertragungspsychose« fast vollständig auf den Therapeuten richten. Eine besondere Behandlungseinrichtung mit geschultem Personal ist für ein solches Unternehmen absolut unerlässlich.

Die tiefsten Wurzeln einer schizophrenen Symptomatologie finden sich immer in den perinatalen Matrizen und in negativen transpersonalen Erlebnissen. Ein Therapeut, der dem psychotischen Patienten auf der schwierigen Bahn seiner Reise folgen will, muß während des ganzen Vorgangs, der sich als stürmische Berg- und Talfahrt der Gefühle und Gedanken erweisen kann, die Bodenberührung und das Gleichgewicht halten. Ich möchte diesen Vorgang, der nicht nur für die LSD-Behandlung der Schizophrenie von Bedeutung ist, sondern auch für unser grundsätzliches Verständnis von der Dynamik der Psychose, mit der Geschichte Miladas illustrieren.

Milada war eine 38-jährige Psychologin, die seit vielen Jahren an einer komplizierten neurotischen Störung litt, mit mehreren zwanghaften, organoneurotischen und konversionshysterischen Symptomen. Sie hatte eine psychoanalytische Behandlung begonnen, mußte aber vier Monate später in ein Krankenhaus eingewiesen werden, weil akut psychotische Symptome auftraten. Ein wichtiger Teil ihrer klinischen Symptome bestand in einem erotomanen Wahnsystem. Milada war überzeugt, daß ihr Chef unsterblich in sie verliebt sei, und sie selbst fühlte sich seelisch und sexuell unwiderstehlich zu ihm hingezogen. Sie verspürte ein sonderbares erotisches und spirituelles Einssein mit dem Geliebten, etwas, das sie beide hinter der Fassade ihres eher konventionellen Umgangs seelisch miteinander verband. Ein paar Wochen später begann sie die Stimme ihres vermeintlichen Geliebten zu halluzinieren. Sie hörte, wie er in Einzelheiten seine Leiden-

schaft für sie schilderte, ihr eine schöne gemeinsame Zukunft in Aussicht stellte und ihr bestimmte Ratschläge oder Aufträge gab. Abends und nachts hatte Milada starke sexuelle Empfindungen, die sie auf magisch von fern vollzogene Begattungen durch den Geliebten zurückführte. Obwohl sie in ihrem tatsächlichen Geschlechtsleben immer frigid gewesen war, erlebte sie bei diesen Episoden orgasmische Gefühle von kosmischen Proportionen.

Die Krankenhauseinweisung wurde unvermeidlich, als Milada unter dem Einfluß ihrer Wahnvorstellungen und Halluzinationen auch zu handeln begann. Eines Tages verließ sie morgens ihren Mann und versuchte, mitsamt ihren Kindern in die Wohnung ihres Chefs einzuziehen, wobei es zu einer körperlichen Auseinandersetzung mit dessen Frau kam. Sie berief sich auf die »Stimme« des Geliebten, die ihr gesagt habe, die Scheidung für sie beide sei schon abgemacht, und sie könnten nun zusammenleben. Nach vielen Monaten erfolgloser Behandlung mit mancherlei Beruhigungs- und Antidepressionsmitteln, mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie, wurde sie für eine psycholytische LSD-Therapie ausgewählt.

Nach zwölf LSD-Sitzungen verschwanden die psychotischen Symptome vollständig, und Milada kam zur vollen Einsicht in die Irrationalität ihres früheren Verhaltens. Dann bearbeitete sie mehr als dreißig Sitzungen lang komplizierte neurotische und psychosomatische Probleme, erlebte traumatische Erinnerungen aus verschiedenen Perioden ihres Lebens nach und verfolgte ihre gegenwärtigen Schwierigkeiten bis zu deren emotionalen Ursprüngen in ihrer unglücklichen Kindheit zurück. Viel Zeit widmete sie der verwickelten Lage in ihrer Ehe. Ihr Mann war grausam, gefühllos und gewalttätig; er ging emotional ganz in der Verfolgung einer politischen Karriere auf und gab ihr keinerlei seelischen Rückhalt. Ihre beiden Kinder zeigten Anzeichen von schweren emotionalen Störungen, die ebenfalls professionelle Hilfe erforderten.

Dann gingen die LSD-Erlebnisse in die perinatale Sphäre über, und Milada begegnete dem ganzen Spektrum der Erscheinungen, die für den Todes- und Wiedergeburtsvorgang charakteristisch sind. Die Gefühle und körperlichen Empfindungen beim Nacherleben ihrer schwierigen Geburt, bei der ihr Zwilling Bruder gestorben war, waren so höllisch, daß sie diese Sitzungen als ein »psychologisches Hiroshima« bezeichnete. Als sie schließlich den Geburtsvorgang nachvollzogen hatte und als Abschluß den Ich-Tod erlebte, erwartete ich eine merkliche Besserung, wie sie bei den meisten neurotischen Patienten an diesem Punkt eintritt. Was ich aber zu meiner großen Überraschung erlebte, war das vollständige Wiederauftauchen der ursprünglichen psychotischen Symptomatologie, die nun seit etlichen Monaten verschwunden gewesen war. Der einzige Unterschied war, daß diesmal ich zur Zielscheibe aller psychotischen Regungen wurde; Milada hatte im Verlauf der LSD-Psychotherapie eine Übertragungspsychose entwickelt.

Milada glaubte nun unter meinem hypnotischen Einfluß und in dauernder innerer Verbindung zu mir zu stehen, in den Sitzungen ebenso wie in den Zwischenzeiten. Sie erlebte einen Austausch von Gedanken und sogar sprachlichen Mitteilungen. Interessanterweise setzten wir in manchen dieser halluzinierten Gespräche die Psychotherapie fort. Milada »besprach« mit mir manche Seiten ihres Lebens und führte manche von meiner Stimme empfohlenen Tätigkeiten aus, zum Beispiel jeden Tag mehrere Stunden Baden, Gymnastik und hausfrauliche Arbeiten. In den halluzinierten Gesprächen sagte ich ihr, ich hätte nun genug von dem therapeutischen Versteckspiel und wolle ihr Geliebter und ihr Mann werden; bereits jetzt erlaubte ich ihr, meinen Nachnamen statt dem ihres Gatten zu führen. Ich versicherte sie mehrfach meiner Liebe, erklärte ihr, daß die Scheidung schon so gut wie abgemacht sei, und forderte sie auf, mit ihren Kindern in meine Wohnung zu ziehen. Aus dem Kontext ihrer LSD-Sitzungen war klar, daß dieses

magische Wunschdenken ein Übertragungsphänomen war, in dem sich ihre frühe symbiotische Beziehung mit der Mutter spiegelte. Unter anderem sprach Milada auch von »hypnogamischen Sitzungen«, die ich in den Abend- und Nachtstunden mit ihr vornahm. Sexuelle Empfindungen und Begattungshalluzinationen deutete sie als planmäßige Lektionen in der »Kunst des Liebens«, die ich im Interesse einer beschleunigten Therapie beschlossen hatte, ihr zu erteilen.

Zu einer Zeit verbrachte Milada viele Stunden täglich in bizarren Körperhaltungen, die an Katatonie erinnerten; doch war es immer möglich, sie davon abzubringen, indem man sie ansprach. Sie wechselte dann in eine normale Haltung über, gab Antwort auf Fragen und logische Erklärungen für ihr Verhalten. Ihr emotionaler und psychosomatischer Zustand zu dieser Zeit hing von ihrer Körperhaltung ab. In manchen Stellungen verspürte sie ekstatische Glückseligkeit, ozeanische Gefühle und Einssein mit dem Kosmos, in anderen tiefe Niedergeschlagenheit, Ekel und metaphysische Angst. Sie selbst brachte dieses Phänomen mit der Situation während ihres intrauterinen Lebens in Zusammenhang, als sie sich physisch und mechanisch gegen ihren Zwillingsbruder durchsetzen mußte.

Aufgrund früherer Erfahrungen mit anderen Patienten fuhr ich mit den wöchentlichen LSD-Sitzungen fort, trotz ihrer anhaltenden psychotischen Symptome. Die nächsten Sitzungen bestanden fast ausschließlich aus negativen Erlebnissen von transpersonalem Charakter. Ein starker Akzent lag dabei auf dem Nacherleben unangenehmer Erinnerungen an die intrauterine Zeit; sie brachte dies mit den emotionalen Belastungen und Krankheiten ihrer Mutter während der Schwangerschaft, mit einigen embryonalen Krisen und der unwillkürlichen Unbequemlichkeit des Zwillingsdaseins in einer Gebärmutter in Zusammenhang. Sie erlebte auch karmische Sequenzen und Archetypen von dämonischer Art.

In der letzten Phase ihrer Behandlung trat etwas höchst Ungewöhnliches ein: Das LSD hatte nun eine unverkennbar paradoxe Wirkung. Unter dem Einfluß der Droge wirkte Milada normal, einsichtig und urteilsfähig; sobald die Wirkung des LSD nachließ, kehrten die Symptome der Übertragungspsychose wieder. Schließlich erlebte sie in ihrer neunzigsten Sitzung mehrere Stunden lang eine tiefe Ekstase, in der das Gefühl kosmischen Einsseins vorherrschte. Zu meiner Überraschung ging sie aus dieser Sitzung ohne ihre vorherigen psychotischen und neurotischen Symptome und mit einer völlig umgebildeten Persönlichkeit hervor.

Nach ihrer eigenen Aussage vermochte sie nun die Welt und sich selber ganz anders zu erleben als früher. Sie fand nun Geschmack am Leben, hatte einen neuen Sinn für Kunst und Natur, ihre Einstellung zu ihren Kindern hatte sich vollkommen gewandelt, und von ihren früheren, unrealistischen Ansprüchen und Phantasien konnte sie Abstand nehmen. Sie war in der Lage, ihre Stellung wieder anzutreten, und füllte sie zufriedenstellend aus. Von ihrem Mann ließ sie sich scheiden, lebte für sich und versorgte ihre zwei Kinder. Meines Wissens hat sie in den zwölf Jahren seit Abschluß der LSD-Therapie keine psychiatrische Behandlung innerhalb oder außerhalb einer Anstalt mehr benötigt.

Bei mehreren schizophrenen Patienten, die ich mit LSD behandelt habe, war der Prozeß ähnlich, aber nicht so dramatisch und persönlich schwierig wie in diesem Falle.³ Kenneth Godfrey, ein amerikanischer Psychiater, hat sich ebenfalls auf diese mühsame Aufgabe eingelassen (31) und von Behandlungserfolgen bei psychotischen Patienten mit LSD-Sitzungsreihen berichtet.

Bei Patienten mit ausgeprägt paranoiden Tendenzen sollte man selbst unter den bestmöglichen Umständen keine LSD-Behandlung vornehmen, sofern sie den Therapeuten

ins paranoide System mit einschließen und in ihm einen der gegen sie Verschworenen sehen. Verabreicht man einem paranoiden Patienten LSD, so wird er oft die Sitzung in totaler psychischer Isolierung durchleben und für all seine emotionalen und psychosomatischen Leiden den Therapeuten verantwortlich machen. Durch ihre außergewöhnliche Art und Tragweite können die psychedelischen Erlebnisse unter diesen Umständen nicht nur die Überzeugung von den bösen Absichten des Therapeuten begründen und stärken, sondern auch den Therapeuten in den Augen des Patienten zu einer Gestalt des kosmisch Bösen erhöhen.

Psychotische Zustände des manisch-depressiven Typs lassen sich ebenfalls mit LSD-Psychotherapie behandeln, obwohl auch bei dieser Kategorie von Patienten besondere Probleme begegnen können. Eine einzige LSD-Sitzung führt oftmals zur völligen Remission der manischen oder depressiven Episode. Ähnlich kann eine einzige Dosis auch die Krankheitsphase umschlagen lassen, vom depressiven in den manischen Zustand oder umgekehrt. Insofern wirkt LSD ähnlich wie die Elektroschock-Therapie. Nach der in diesem Buch dargestellten theoretischen Auffassung sind solche Veränderungen als Übergänge zwischen COEX-Systemen oder perinatalen Matrizen zu verstehen, als chemisch induzierte Verlagerungen in den dynamischen Steuerungssystemen, von denen das Ich des Patienten beeinflusst wird. Anscheinend kann LSD solche Veränderungen bei den Manisch-Depressiven viel leichter und häufiger bewirken als bei anderen diagnostischen Kategorien. Dies liegt vielleicht daran, daß Labilität und Periodizität ohnehin zu den typischen Wesenszügen dieser Krankheit gehören.

Die COEX- oder Matrizenübergänge dürfen nicht als Heilung der Krankheit mißdeutet werden. Es besteht immer noch die Möglichkeit, daß in Zukunft erneut eine manische oder depressive Phase eintritt, wenn die schlummernden negativen Systeme durch irgendeinen physischen Auslöser, durch besondere seelische Belastung oder eine physiologische Änderung im Organismus geweckt werden. In manchen Fällen erscheint es jedoch als möglich, die psychischen Wurzeln und die latenten Grundmechanismen dieser Störung durch systematische innerpsychische Arbeit in LSD-Sitzungsreihen zu beeinflussen. Dieses Verfahren hat besondere Risiken. Das größte besteht in der Möglichkeit, daß sich nach manchen Sitzungen eine tiefe Depression mit selbstmörderischen Bestrebungen einstellt. Wie bei den psychotischen Borderline-Zuständen und den schizophrenen Psychosen sollte man die LSD-Psychotherapie auch bei manisch-depressiven Störungen nur mit Patienten in einer therapeutischen Einrichtung durchführen; zumindest muß eine solche Einrichtung allzeitig verfügbar sein, um den Patienten solange aufzunehmen, wie es sein Zustand erfordert.

7.5 Seelisches Leid und körperlicher Schmerz von Sterbenden

Vermutlich die interessanteste und aussichtsreichste Indikation für die LSD-Psychotherapie ist ihre Anwendung bei Schwerkranken, die dem Tod entgegengehen. Obwohl dieses Verfahren am systematischsten mit Krebspatienten erprobt wurde, ist es auch bei Personen mit anderen lebensbedrohenden Krankheiten möglich. Diese Anwendung der psychedelischen Therapie haben wir schon in einem anderen Buche dargestellt,⁴ so daß hier nur kurz darauf einzugehen ist.

Die ersten Anregungen zu einer psychedelischen Behandlung von Sterbenskranken gaben unabhängig voneinander die russisch-amerikanische Kinderärztin Valentina Pawlowna Wasson und der Schriftsteller und Philosoph Aldous Huxley. Wasson kam zu diesem Ergebnis durch ihre Erfahrung mit mexikanischen Pilzritualen, Huxley aufgrund eigener psychedelischer Versuche mit Meskalin und LSD. Die Pionierarbeit auf dem Gebiet der klinischen LSD-Behandlung von Krebskranken wurde zu Anfang der 60er Jahre an der Chicago Medical School von Eric Kast geleistet, der sich hauptsächlich für die Möglichkeit interessierte, LSD als schmerzlinderndes Mittel zu verwenden. Eine größere systematische Studie über die Wirkungen psychedelischer Therapie auf Krebspatienten in bezug auf ihre seelische Verfassung, ihre körperlichen Schmerzen, ihre Todesvorstellung und Haltung zum Sterben wurde von der Gruppe des Maryland Psychiatric Research Center durchgeführt. Initiator und erster Leiter dieses Projektes war Walter Pahnke; nach seinem Tod übernahm ich die medizinische Verantwortung und führte das Projekt gemeinsam mit William Richards zu Ende. In diesem Programm wurden im Lauf der Jahre über hundert Krebspatienten psychedelisch behandelt, unter Verwendung von LSD und DPT (Dipropyltryptamin), einer ähnlichen, kurzwirkenden Substanz. Ziemlich einheitlich wurden positive Folgen in verschiedenen Bereichen beobachtet. Bei vielen Patienten zeigte sich eine deutliche Linderung emotionaler Symptome wie Depressivität, Angespanntheit, Schlafstörungen und psychischer Zurückgezogenheit. Außerdem hatte die LSD-Therapie einen auffälligen, aber nicht zuverlässigen Einfluß auf starke körperliche Schmerzen. Bei manchen Patienten, die auf Analgetika oder Narkotika nicht angesprochen hatten, war der Schmerz wochen- oder sogar monatelang nach einer einzigen LSD-Sitzung gelindert oder sogar völlig behoben. Die größten Veränderungen wurden in den Todesvorstellungen der Patienten und ihrer Haltung zum Sterben festgestellt. Diejenigen Patienten, die perinatale oder transpersonale Erlebnisse hatten, zeigten zumeist eine merklich verringerte Todesfurcht. Ihre Auffassung vom Vorgang des Sterbens näherte sich an manche Lehren des Altertums oder des Fernen Ostens an, denenzufolge das Bewußtsein oder irgendeine Form der Existenz die biologische Vernichtung überdauert.

Es wurde schon gesagt, daß die nach LSD-Sitzungen mit transzendentaler Thematik zu beobachtende psychedelische Wandlung starke Veränderungen in der Hierarchie der Werte einbegreift. LSD-Klienten, die Tod und Wiedergeburt oder Gefühle kosmischen Einsseins erlebt haben, bekunden meist weniger emotionales Interesse an Vergangenheit und Zukunft, um so mehr aber an der Gegenwart. Die psychologische Arbeit mit diesen Patienten und ihren Angehörigen schien im übrigen auch auf die Hinterbliebenen einen günstigen Einfluß zu haben. Sie erleichterte ihnen nicht nur die Reaktion auf den Tod eines nahen Angehörigen, sondern half ihnen auch, die Trauer zu ertragen und den Verlust konstruktiv zu verarbeiten.

Nach den klinischen Einstufungen zeigten nach einer einzigen LSD-Sitzung annähernd 30 Prozent der Krebspatienten in den genannten Hinsichten dramatische Besserungen; weitere 40 Prozent zeigten positive Veränderungen mittleren Maßes. Bei den restlichen 30 Prozent bestanden zwischen den Messungen vor und nach der Sitzung keine merkli-

chen Unterschiede, ob in positiver oder negativer Richtung. Die Resultate waren bei der Psychotherapie mit DPT ähnlich wie bei der LSD-Behandlung, doch weniger deutlich und einheitlich.

Von allen Indikationen der LSD-Psychotherapie erscheint diese als die interessanteste und am wenigsten problematische oder umstrittene. Die Möglichkeit, in relativ kurzer Zeit den seelischen und körperlichen Schmerz von Menschen zu lindern, die vor der letzten Lebenskrise stehen, sollte für jedermann von Interesse sein. Die meisten Einwände, die gegen die Verwendung von LSD vorgebracht werden, sind hier ziemlich belanglos, mit Sicherheit zumindest jene bezüglich der Erbanlagen und Chromosomen. Neuere Untersuchungen, die auf die mögliche Beteiligung psychischer Faktoren am Krebs hinweisen, und eigene Beobachtungen, die wir zu dieser Frage machen konnten, scheinen außerdem dafür zu sprechen, daß LSD-Psychotherapie zumindest für manche Patienten ein Faktor der Heilung werden könnte, und nicht nur eine Vorbereitung auf den Tod.

Anmerkungen

- 1 Nähere Informationen über neuere Konvergenzen zwischen Quanten- und Relativitätstheorie, Mystik und moderner Bewußtseinsforschung findet der interessierte Leser in den Büchern von Itzak Bentov (11), Fritjof Capra (18), Nick Herbert (37), Lawrence LeShan (56), Kenneth Pelletier (78), Bob Tobon (101) und Arthur Young (105).
- 2 Das Beispiel eines dramatischen und dauerhaften Erfolges im Fall einer schweren Zwangsneurose wurde in Skandinavien von E. Bandrup und T. Vangaard (16) veröffentlicht. Auf S. 148 sprach ich von augenfälligen Besserungen bei einem Patienten mit einer Zwangs- und Verfolgungsneurose, bei dem eine klassische Psychoanalyse achtzehn Jahre lang ergebnislos geblieben war. Leider ließ unser Untersuchungsplan nicht mehr als drei Sitzungen zu, und die Therapie konnte nicht zu Ende geführt werden.
- 3 Die Geschichte eines anderen unter diesen Patienten, Michaels, findet sich zusammengefaßt in meiner TOPOGRAPHIE (32) auf den Seiten 171 ff.
- 4 Stanislav Grof und Joan Halifax: DIE BEGEGNUNG MIT DEM TOD (34). In der Bibliographie dieses Buches finden sich die genauen Angaben zu den auf diesem Gebiet vorliegenden Veröffentlichungen.

8 Außertherapeutische Verwendungen des LSD

8.1 Ausbildungssitzungen für psychiatrisches Fachpersonal

Der außerordentliche Wert des LSD für die Ausbildung von Psychiatern und Psychologen wurde schon in einem sehr frühen Stadium der LSD-Forschung erkannt. In seinem bahnbrechenden Aufsatz von 1947 betonte Stoll, daß ein Selbstversuch mit dieser Droge dem Psychiater die einzigartige Möglichkeit gebe, sich einen eigenen Eindruck von den fremden Welten zu verschaffen, die er aus der täglichen Arbeit mit seinen Patienten nur vom Hörensagen kennt. Während der »modellpsychotischen« Phase der LSD-Forschung, als man den psychedelischen Zustand für eine chemisch induzierte Schizophrenie hielt, wurden LSD-Sitzungen wegen ihrer hohen didaktischen Bedeutung als gefahrlose Ausflüge in die Erlebenswelt der Psychotiker empfohlen. Psychiater, Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Medizinstudenten sollten auf diesem Wege Einsichten in die Natur der Geisteskrankheiten erwerben. Rinkel (85), Roubíček (90) und andere, die solche Ausbildungsversuche durchführten, berichteten, daß schon eine einzige LSD-Sitzung das Verständnis der Fachleute für psychotische Patienten dramatisch verändern und die Einstellung zu den Patienten menschlicher machen könne.

Die Tatsache, daß die Auffassung des LSD-Zustandes als einer »Modell-Psychose« schließlich von den meisten Forschern verworfen wurde, verminderte nicht den Ausbildungswert des psychedelischen Erlebens. Obwohl die durch LSD herbeigeführten Geisteszustände offenkundig mit der Schizophrenie nicht identisch sind, gewähren sie doch immerhin eine besondere Möglichkeit, vielerlei Erscheinungen zu erleben, die im Zusammenhang seelischer Störungen ohne Einwirkung der Droge auftreten. Dazu gehören Wahrnehmungsverzerrungen des Gehörs, des Gesichts-, Tast-, Geruchs- und Geschmackssinns; quantitative und qualitative Störungen der Denkprozesse und abnorme Gefühlseigenschaften von außerordentlicher Intensität. Unter Einfluß von LSD ist es möglich, sensorische Illusionen und Pseudohalluzinationen zu erleben, retardiertes oder akzeleriertes Denken, wahnhafte Deutungen der Realität und eine ganze Skala heftiger pathologischer Emotionen wie Depressivität, manische Gestimmtheit, Aggressivität und Selbstmordwünsche, quälende Gefühle der Schuld und Minderwertigkeit oder, im Gegenteil, ekstatische Verzückerung, innere Heiterkeit, transzendentalen Seelenfrieden und das Gefühl kosmischen Einsseins. Außerdem kann das psychedelische Erleben eine Quelle ästhetischer, wissenschaftlicher, philosophischer oder spiritueller Offenbarungen sein.

Selbstversuche sind nicht die einzige didaktische Möglichkeit im Zusammenhang mit LSD. Eine zweite wertvolle Lernerfahrung ist die Teilnahme an den Sitzungen anderer Menschen. Junge Fachkräfte erhalten durch sie die Möglichkeit, eine ganze Skala abnormer Erscheinungen zu beobachten und sich mit extremen Gefühlszuständen und ungewöhnlichen Verhaltensweisen vertraut zu machen. Dies geschieht unter besonders strukturierten Bedingungen, zu einer Zeit, wo es nicht stört, und im Rahmen einer vorher geklärten Beziehung zum Erlebenden. Alle diese Faktoren machen diese Situation zu Lernzwecken geeigneter als die Aufnahme- oder Notfallstation einer psychiatrischen Klinik. In einer spezifischeren Hinsicht ist die Beisitzerrolle in LSD-Sitzungen als eine unvergleichliche Schulung für angehende Psychotherapeuten empfohlen worden. Die für LSD-Sitzungen bezeichnende Intensivierung der Beziehung zu den Beisitzern gibt dem Berufsanfänger die seltene Gelegenheit, Übertragungsphänomene zu beobachten und mit ihnen umgehen zu lernen. Die Anwendung von LSD im Zusammenhang eines

Ausbildungsprogramms für künftige Psychotherapeuten wurde in einem Aufsatz von Feld, Goodman und Guido (26) behandelt.

Eine ausführliche und systematische Untersuchung über die didaktischen Möglichkeiten der LSD-Sitzungen wurde am Maryland Psychiatric Research Center durchgeführt. Dabei wurden psychiatrischen und psychologischen Fachkräften bis zu drei Ausbildungssitzungen mit hoher LSD-Dosis erteilt. An dem Programm, das 1970 begann und 1977 beendet wurde, nahmen über 100 Personen teil. Die meisten von ihnen waren am psychedelischen Erleben interessiert, weil es ihre eigene Berufstätigkeit berührte. Manche arbeiteten in Notfallstationen oder hatten Patienten, deren Probleme mit der Einnahme psychedelischer Drogen zusammenhingen. Andere waren Psychotherapeuten anderer Schulen und wollten die LSD-Therapie mit ihrer eigenen Methode vergleichen – Psychoanalyse, Psychodrama, Gestalttherapie, Psychosynthese oder Bioenergetik. Einige wenige waren Forscher, die sich mit veränderten Bewußtseinszuständen befaßten, mit der Dynamik des Unbewußten oder der Psychologie der Religion. Eine kleine Gruppe bestand aus Fachkräften, die speziell daran interessiert waren, LSD-Therapeuten zu werden. Diese verbrachten gewöhnlich mehrere Monate bei uns, nahmen an Versammlungen der Mitarbeiter teil, sahen Video-Aufzeichnungen von LSD-Sitzungen an oder durften unter Aufsicht eines erfahreneren Kollegen selbst LSD-Sitzungen durchführen. Dann hatten sie Gelegenheit, sich eigenen LSD-Sitzungen zu unterziehen, was zu der Ausbildung gehörte. Alle Teilnehmer an diesem Programm waren einverstanden, vor und nach dem Programm psychologische Tests vornehmen zu lassen und Nachuntersuchungs-Fragebögen sechs Monate, zwölf Monate und zwei Jahre nach den Sitzungen auszufüllen. Bei dieser Erhebung wurde nach Veränderungen gefragt, welche die Teilnehmer nach ihren LSD-Sitzungen in ihrer beruflichen Arbeit, ihrer Lebensphilosophie, ihrem religiösen Empfinden, ihrer körperlichen und seelischen Verfassung und ihrer zwischenmenschlichen Angepaßtheit festgestellt hätten. Für den Nutzen dieses Ausbildungsprogramms haben wir zwar viele anekdotische Belege, doch konnten die Daten aus den psychologischen Vor- und Nachtests und aus den späteren Fragebögen bisher nicht systematisch verarbeitet und ausgewertet werden.

Wie ich schon sagte, sind Ausbildungssitzungen mit LSD eine wesentliche Qualifikationsbedingung für jeden LSD-Therapeuten. Wegen der Einzigartigkeit des psychedelischen Zustands ist ein echtes Verständnis seiner Eigenart und seiner Dimensionen unmöglich, wenn man ihn nicht selber erlebt hat. Außerdem ist die Begegnung mit den verschiedenen Zonen des eigenen Unbewußten unbedingt notwendig, wenn man die Fähigkeit erlangen will, anderen Menschen gelassen und verständnisvoll bei einer vertieften Selbsterforschung beizustehen.

8.2 LSD-Erfahrungen für Künstler und Wissenschaftler

Einer der interessantesten Aspekte der LSD-Forschung ist das Verhältnis des psychedelischen Zustands zu den schöpferischen Vorgängen. Robert Mogar (71), der die vorliegenden experimentellen Befunde über die Ausführung verschiedener, der schöpferischen Arbeit verwandter Tätigkeiten untersucht hat, fand die Ergebnisse unschlüssig und widersprüchlich. So wiesen manche Studien, die sich auf instrumentales Lernen konzentrierten, eine Beeinträchtigung während der Drogenwirkung nach, andere dagegen stellten eine deutliche Steigerung der Lernfähigkeit fest. Widersprüchliche Ergebnisse wurden auch im Hinblick auf Farbwahrnehmung, Erinnern und Wiedererkennen, Unterscheidungslernen, Konzentration, symbolisches Denken und Wahrnehmungsgenauigkeit gemeldet. Untersuchungen mit Hilfe der psychologischen Tests, die eigens zur Messung der Kreativität konstruiert wurden, können gewöhnlich keine signifikante Verbesserung nach Einnahme von LSD feststellen. Ob diese Tests jedoch für schöpferische Vorgänge relevant und ob sie empfindlich und spezifisch genug sind, um die durch LSD induzierten Veränderungen zu erfassen, bleibt eine offene Frage. Ein anderer wichtiger Faktor, den es hier zu berücksichtigen gilt, ist die allgemein geringe Motivation der Teilnehmer an LSD-Versuchen, sich mit psychologischen Testprozeduren abzugeben, während sie zutiefst mit ihrem inneren Erleben beschäftigt sind. Im Hinblick auf die Bedeutung der Rahmen- und Situationsbedingungen für das psychedelische Erleben muß auch erwähnt werden, daß viele dieser Untersuchungen im Zusammenhang der Forschung zur »Modell-Psychose« durchgeführt wurden – also mit der Absicht, die psychotische Beeinträchtigung der Leistung nachzuweisen.

Diese allgemein negativen Befunde der Kreativitätsstudien bilden einen scharfen Kontrast zum täglichen Erleben der LSD-Therapeuten. Die Arbeiten vieler Künstler – Maler, Musiker, Dichter und Schriftsteller –, die in verschiedenen Ländern der Welt an LSD-Versuchen teilgenommen haben, wurden durch psychedelische Erlebnisse tief beeinflusst.¹ Die meisten von ihnen fanden Zugang zu verborgenen Quellen der Inspiration im Unbewußten, erlebten eine auffällige Steigerung und Entfesselung der Phantasietätigkeit und erreichten eine außerordentliche Lebendigkeit, Originalität und Freiheit des künstlerischen Ausdrucks. In vielen Fällen wurde die Qualität ihrer Hervorbringung beträchtlich verbessert, nicht nur nach ihrem eigenen Urteil oder nach Meinung der LSD-Forscher, sondern auch nach den Maßstäben ihrer Kollegen. Bei Ausstellungen, die eine chronologische Übersicht über die Entwicklung eines Malers geben, ist gewöhnlich leicht zu erkennen, wann er ein psychedelisches Erlebnis hatte. Man bemerkt um diese Zeit oft einen augenfälligen qualitativen Sprung im Stil und Inhalt der Bilder. Dies gilt besonders für Maler, die vor ihrem LSD-Erlebnis in ihren künstlerischen Ausdrucksmitteln konventionell und konservativ waren.

Die meisten Kunstgebilde in den Sammlungen psychedelischer Therapeuten stammen jedoch von Personen, die keine professionellen Künstler waren, sondern LSD-Sitzungen zu therapeutischen, didaktischen oder anderen Zwecken unternahmen. Oft können Personen, die vor ihrem LSD-Erlebnis überhaupt keine künstlerischen Neigungen hatten, außerordentliche Bilder hervorbringen. In den meisten Fällen beruht die Intensität der Wirkung auf der Kraft und Eigenart des Materials, das aus den Tiefen des Unbewußten heraufsteigt, und nicht auf den technischen Fähigkeiten. Es ist jedoch nicht selten, daß solche Gemälde oder Zeichnungen auch in den technischen Aspekten früheren Arbeiten derselben Person weit überlegen sind. Manche gehen diesen in den psychedelischen Sitzungen erkannten Fähigkeiten auch im täglichen Leben weiter nach. Natürlich sind es Ausnahmefälle, wenn durch das LSD-Verfahren ein echtes künstlerisches Talent entdeckt wird. Eine meiner Prager Patientinnen, die Malen und Zeichnen immer verabscheut hatte und auch in der Schule nur unter Zwang dazu bereit gewesen war, entwickelte binnen einiger Monate ein erstaunliches Talent. Ihre Arbeiten fanden begeisterte

Zustimmung unter professionellen Malern, und sie hatte erfolgreiche öffentliche Ausstellungen. In solchen Fällen muß man wohl annehmen, daß das Talent in latenter Form schon vorhanden und nur durch starke pathologische Emotionen am Ausdruck gehindert war.

Interessant ist, daß das LSD-Erleben oft ein Verständnis und Interesse für Kunstwerke bei Personen weckt, die diesen vorher indifferent gegenüberstanden. Es gibt einige Maler, deren Werke den durch LSD bewirkten visionären Erlebnissen besonders nahezu stehen scheinen. Daher gelangen viele LSD-Klienten zu einem einfühlsamen Verständnis der Gemälde von Hieronymus Bosch, Vincent van Gogh, Salvador Dali, Max Ernst, Pablo Picasso, René Magritte, Mauritius Escher oder H. R. Giger. Eine weitere typische Folge des psychedelischen Erlebens ist ein dramatischer Wandel des Verhältnisses zur Musik; viele Klienten entdecken während ihrer LSD-Sitzungen neue Dimensionen der Musik und neue Möglichkeiten der Rezeption. Der Beitrag der Psychedelika zur Entwicklung der neuen Musik und ihr Einfluß auf Komponisten, Interpreten und Zuhörer ist so offensichtlich und allgemein bekannt, daß hier nicht mehr eigens darauf eingegangen werden muß.

Obwohl der Einfluß des LSD auf den künstlerischen Ausdruck in Musik und Malerei am deutlichsten ist, kann das psychedelische Erleben ähnlich befruchtend auch auf andere Ausdrucksformen einwirken. Visionäre Zustände, die durch Meskalin und LSD herbeigeführt waren, erlangten eine tiefe Bedeutung für das Leben, die Erzählungen und die Philosophie von Aldous Huxley. Viele seiner Schriften, unter anderem SCHÖNE NEUE WELT, EILAND, HIMMEL UND HÖLLE und DIE PFORTEN DER WAHRNEHMUNG, sind von psychedelischen Erfahrungen unmittelbar beeinflusst. Einige der stärksten Gedichte von Allan Ginsberg waren angeregt von seinen Selbstversuchen mit psychedelischen Stoffen. Auch der Einfluß des Haschisch in der französischen Kunst und Literatur des *Fin de siècle* ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Der kanadisch-japanische Architekt Kiyo Izumi konnte sich seine LSD-Erfahrungen in einzigartiger Weise beim Entwurf moderner psychiatrischer Einrichtungen zunutze machen (40).

Da LSD den Zugang zu den Inhalten und der Dynamik des tiefen Unbewußten vermittelt – psychoanalytisch gesprochen, des Primärvorgangs –, ist es nicht sonderlich überraschend, daß psychedelische Erfahrungen in der Entwicklung eines Künstlers eine wichtige Rolle spielen können. Viele Beobachtungen aus der psychedelischen Forschung zeigen jedoch, daß LSD auch in den naturwissenschaftlichen Disziplinen von großem Wert sein kann, die herkömmlicherweise als Domänen der Vernunft und Logik gelten. Zwei wichtige Aspekte der LSD-Wirkung erscheinen in diesem Zusammenhang besonders interessant. Erstens kann LSD zu großen Ablagerungen konkreter und richtiger Informationen im kollektiven Unbewußten Zugang schaffen und sie dem Erlebenden verfügbar machen. Nach meinen Beobachtungen kann das so erschlossene Wissen sehr spezifisch, zutreffend und detailliert sein; und diese Angaben können sich auf vielerlei Wissensgebiete beziehen. In unserem relativ kleinen LSD-Ausbildungsprogramm für Wissenschaftler ergaben sich Einsichten in so verschiedenartige Gebiete wie die Kosmogonie, die Natur des Raumes und der Zeit, in die subatomare Physik, die Ethologie, Tierpsychologie, Geschichte, Anthropologie, Soziologie, Politik, vergleichende Religionswissenschaft, Philosophie, Genetik, Geburtshilfe, psychosomatische Medizin, Psychologie, Psychopathologie und Thanatologie.²

Der zweite Aspekt der LSD-Wirkung, der für schöpferische Tätigkeiten große Bedeutung hat, ist die Erleichterung neuer und unerwarteter Synthesen von vorliegenden Daten, woraus unkonventionelle Problemlösungen resultieren. Es ist kein Geheimnis, daß viele wichtige Ideen und Problemlösungen ihren Ursprung nicht in logischer Beweisführung hatten, sondern in mancherlei ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen – in Träumen, während des Einschlafens oder Erwachens, in Zuständen körperlicher oder geistiger Übermüdung oder in einer Krankheit mit hohem Fieber. Hierfür gibt es mehre-

re berühmte Beispiele. So gelangte der Chemiker Friedrich August von Kekulé zu der endgültigen Formel des Benzols in einem Traum, in dem er den Benzolring in Gestalt einer Schlange sah, die sich in den Schwanz biß. Nikola Tesla konstruierte den elektrischen Generator, eine umwälzende industrielle Erfindung, nachdem ihm der vollständige Bauplan in allen Einzelheiten in einer Vision erschienen war. Der Plan zu dem Experiment, das zu der mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Entdeckung der chemischen Übertragung von Nervenimpulsen führte, kam dem Physiologen Otto Loewi, während er schlief. Albert Einstein entdeckte die Prinzipien seiner speziellen Relativitätstheorie in einem ungewöhnlichen Bewußtseinszustand, nach seinen Angaben kamen ihm die meisten dieser Erkenntnisse in Form kinästhetischer Empfindungen.³

Obwohl die psychedelischen Experimente unterbunden wurden, ehe noch dieser Forschungsweg systematisch erkundet werden konnte, hat doch die Untersuchung über kreatives Problemlösen, die von Willis Harman und James Fadiman (36) am Stanford Research Institute durchgeführt wurde, genug interessante Aufschlüsse erbracht, um weitere Forschungen anzuregen. Die bei diesem Experiment verwendete Droge war nicht LSD, sondern Meskalin, der Wirkstoff in dem mexikanischen Kaktus *Anhalonium Lewinii* oder Peyote. Wegen der allgemeinen Ähnlichkeit in der Wirkung dieser beiden Drogen wären ähnliche Resultate auch bei Verwendung von LSD zu erwarten; mancherlei unsystematische Beobachtungen bei unserem LSD-Ausbildungsprogramm für Wissenschaftler und bei der therapeutischen Verwendung des LSD scheinen dies zu bestätigen. Die Versuchspersonen in dem Experiment von Harman und Fadiman waren 26 Männer aus verschiedenen Berufen: sechzehn Ingenieure, ein Ingenieurphysiker, zwei Mathematiker, zwei Architekten, ein Psychologe, ein Möbel-Designer, ein Gebrauchsgraphiker, ein Verkaufsleiter und ein Personalleiter. Das Ziel der Untersuchung war, festzustellen, ob diese Personen unter Einfluß von 200 Milligramm Meskalin höhere Kreativität beweisen und Problemlösungen finden würden, die nach den Maßstäben der modernen Industrie und der positivistischen Wissenschaft konkret, richtig und anwendbar wären. Die Ergebnisse dieser Untersuchung waren sehr ermutigend; viele der gefundenen Lösungen wurden zur Konstruktion angenommen oder fanden in die Produktion Eingang; andere konnten weiterentwickelt werden oder eröffneten neue Forschungswege. Die Versuchspersonen berichteten übereinstimmend, das Meskalin habe eine Reihe Veränderungen in ihnen bewirkt, die schöpferische Vorgänge begünstigten. Es habe Hemmungen und Ängste vermindert, das Denken gefördert, die Fähigkeit zu visuellen Vorstellungen und Phantasien und zur Konzentration auf das Projekt erhöht. Die Einnahme von Meskalin förderte außerdem das Einfühlungsvermögen in Menschen und Dinge, machte Inhalte des Unbewußten zugänglicher, verstärkte die Motivation, eine abschließende Lösung zu finden, und ermöglichte in manchen Fällen die unmittelbare Visualisierung des Ergebnisses.

Es ist klar, daß der kreativitätssteigernde Einfluß des LSD der intellektuellen Befähigung und Vorbildung des Erlebenden direkt proportional sein wird. Für die meisten schöpferischen Leistungen ist es notwendig, den gegenwärtigen Stand des jeweiligen Fachgebietes zu kennen, relevante neue Probleme formulieren und die technischen Mittel zur Darstellung der Ergebnisse finden zu können. Sollte diese Art von Untersuchungen je wiederholt werden, so wären die geeignetsten Versuchsteilnehmer logischerweise hervorragende Wissenschaftler aus verschiedenen Fachgebieten: Kernphysiker, Astrophysiker, Genetiker, Gehirnphysiologen, Anthropologen, Psychologen und Psychiater.⁴

8.3 Religiöse und mystische Erlebnisse durch LSD

Die Verwendung psychedelischer Substanzen für rituelle, religiöse und magische Zwecke läßt sich bis zu schamanischen Traditionen zurückverfolgen und ist vermutlich so alt wie die Menschheit. Der sagenhafte Göttertrank *Soma*, der aus einer heute nicht mehr bestimmbaren Pflanze gleichen Namens bereitet wurde, spielte eine maßgebliche Rolle in der vedischen Religion. Hanfpräparate, aus dem *Cannabis indica* und *sativa*, fanden in Asien und Afrika viele Jahrhunderte lang unter verschiedenen Namen – Haschisch, Charas, Bhang, Ganja, Kif – in religiösen Zeremonien und in der Volksmedizin Verwendung. Sie spielten eine bedeutende Rolle im Brahmanismus, wurden bei Sufi-Übungen eingenommen und sind das wichtigste Sakrament der Rastafarier. In den präkolumbianischen Kulturen, unter den Azteken, Maya, Olmeken und anderen indianischen Völkern, war die religiös-magische Verwendung psychedelischer Pflanzen und Pilze weit verbreitet. Eingenommen wurden unter anderem der berühmte mexikanische Peyote-Kaktus (*Lophophora williamsii*), der heilige Pilz Teonanacatl (*Psilocybe mexicana*) und mehrere Arten von Windensamen oder Ololiuqui. Der rituelle Gebrauch des Peyote und des heiligen Pilzes ist bei verschiedenen in Mexiko lebenden Stämmen noch erhalten; die Peyote-Jagd und andere religiöse Zeremonien der Huichol-Indianer sowie die Heilrituale der Mazateken, bei denen der heilige Pilz verwendet wird, sind hier als Beispiele zu nennen. Das Peyote wurde auch von vielen nordamerikanischen Indianerstämmen übernommen und wurde vor etwa hundert Jahren zum Sakrament der synkretistischen amerikanischen Eingeborenenkirche. Südamerikanische Heiler (*ayahuascheros*) und schriftlose Amazonas-Stämme wie die Amahuaca und Jivaro verwenden das Yajé, einen psychedelischen Extrakt aus der »Visionsranke«, der Dschungelliane *Banisteriopsis caapi*. Die bekannteste halluzinogene Pflanze Afrikas ist das *Tabernanthe iboga* (*eboga*), das in kleineren Dosen als Anregungsmittel und in größeren Mengen als Initiationsdroge dient. Im europäischen Mittelalter wurden Tränke und Salben, die psychoaktive Pflanzenextrakte und tierische Ingredienzen enthielten, weithin beim Hexensabbath und den Riten der Schwarzen Messe verwendet. Die bekanntesten Bestandteile der Hexentränke waren Tollkirsche (*Atropa Belladonna*), Alraun (*Mandragora officinarum*), Stechapfel (*Datura stramonium*), Bilsenkraut (*Hyoscyamus niger*) und Krötenhaut. Neuere chemische Analysen haben in der Krötenhaut eine Substanz namens Bufotenin (*Dirnethylserotonin*) festgestellt, die psychedelische Eigenschaften besitzt. Die erwähnten psychedelischen Stoffe stellen nur eine kleine Auswahl der bekanntesten dar. Nach dem Ethnobotaniker Richard Schultes* von der botanischen Abteilung der Harvard-Universität gibt es mehr als hundert Pflanzen mit deutlich psychoaktiven Eigenschaften.

* Vgl. R. E. Schultes, A. Hofmann: PFLANZEN DER GÖTTER, Bern u. Stuttgart (Hallwag) 1980.

Daß psychedelische Substanzen visionäre Zustände von religiösem und mystischem Charakter herbeizuführen vermögen, ist aus vielen historischen und anthropologischen Quellen bezeugt. Die Entdeckung des LSD und das weithin publik gewordene Auftreten solcher Zustände bei Versuchsteilnehmern, die unserer eigenen Kultur angehören, haben dieses Thema der Wissenschaft in Erinnerung gerufen. Daß religiöse Erlebnisse durch Einnahme chemischer Wirkstoffe ausgelöst werden können, hat eine interessante und sehr kontroverse Diskussion über die »chemische« oder »sofortwirkende Mystik« entfacht. Viele Verhaltenswissenschaftler, Philosophen und Theologen haben sich an erbitterten Polemiken über die Natur dieser Phänomene, ihre Echtheit, Bedeutung und ihren Realitätsgehalt beteiligt. Die Meinungen gruppierten sich bald um drei extreme Standpunkte. Manche Forscher sahen in der Möglichkeit, religiöse Erlebnisse chemisch herbeizuführen, eine Gelegenheit, die religiösen Phänomene aus der sakralen Sphäre ins Versuchslabor zu verpflanzen und ihnen endlich eine wissenschaftliche Erklärung zu geben. Ein für alle Mal gäbe es dann nichts Mystериöses und Heiliges mehr an der Reli-

gion, denn die spirituellen Erlebnisse könnten auf gehirnphysiologische und biochemische Vorgänge zurückgeführt werden. Andere Wissenschaftler wieder nahmen eine ganz gegenteilige Haltung ein. Sie meinten, daß die durch LSD und andere psychedelische Drogen induzierten mystischen Phänomene echt und daß diese Substanzen als Sakramente zu betrachten seien, weil sie den Kontakt mit transzendenten Realitäten vermitteln könnten. Dies war im wesentlichen derselbe Standpunkt, den auch die Schamanen und Priester jener Kulturen vertraten, in denen psychedelische Gewächse wie Soma, Peyote und Teonanacatl als göttliche Stoffe oder als die Gottheiten selbst betrachtet wurden. Eine dritte Auffassung ging dahin, die LSD-Erlebnisse als »quasi-religiöse« Erscheinungen einzustufen, welche die echte Spiritualität, die dem Einzelnen durch »Gottes Gnade«, infolge frommer Lebensführung oder asketischer Übungen zuteil werde, nur nachahmten oder ihr oberflächlich ähnlich sähen. Nach dieser Auffassung wird also der spirituelle Wert dieser Erlebnisse durch die scheinbare Leichtigkeit ihrer chemischen Herbeiführung völlig diskreditiert.

Wer aber so argumentiert, daß die LSD-induzierten spirituellen Erlebnisse nicht gültig sein könnten, weil sie zu leicht zu haben seien und weil die Häufigkeit und der Zeitpunkt ihres Auftretens vom Belieben des Einzelnen abhängen, verkennt die Natur des psychedelischen Zustands. Als Weg zu Gott ist das psychedelische Erleben weder leicht noch berechenbar. Bei vielen Klienten treten spirituelle Elemente auch nach vielen LSD-Sitzungen nicht auf. Diejenigen, die mystische Erlebnisse haben, müssen oft seelische Qualen durchmachen, die denen bei den Übergangsriten mancher Stämme oder bei asketischen Glaubensübungen in nichts nachstehen.

Die meisten Forscher sind sich darüber einig, daß eine genaue Unterscheidung zwischen spontanen mystischen Erlebnissen und chemisch induzierten weder durch phänomenologische Analyse noch durch experimentelle Untersuchungsmethoden möglich sei.⁵ Diese Frage wird noch komplizierter durch die relativ unspezifischen pharmakologischen Wirkungen des LSD und durch die Tatsache, daß manche Situationen, die spontane mystische Erlebnisse begünstigen, mit massiven physiologischen und biochemischen Veränderungen im Körper verbunden sind.

Längeres Fasten, Schlafentzug, Dehydrierung und extreme Temperaturen, starke Eingriffe in die Atmung, emotionale Überbelastung, körperliche Anstrengungen und Folttern, lange, monotone Gesänge und andere volkstümliche Gebräuche aus der »Technologie des Heiligen« bewirken so tiefgreifende Veränderungen der chemischen Vorgänge im Körper, daß eine klare Trennung der »spontanen« von der »chemischen« Mystik schwerfällt.

Die Entscheidung darüber, ob die chemisch induzierten Erlebnisse echt seien oder nicht, wäre also Sache der Theologen und der geistlichen Lehrmeister. Leider vertreten die Sprecher der verschiedenen Religionen hier ein breites Spektrum widersprüchlicher Ansichten; es bleibt also offen, wer auf diesem Gebiet als maßgebliche Autorität gelten könnte. Manche religiösen Experten haben ihr Urteil gefällt, ohne je eine psychedelische Erfahrung gemacht zu haben, und können in bezug auf das LSD schwerlich als sachverständig gelten; andere haben aus einer einzigen Sitzung gleich sehr weitreichende Schlüsse gezogen. Starke Meinungsverschiedenheiten bestehen selbst zwischen Vertretern derselben Religion – katholischen und protestantischen Pfarrern, jüdischen Rabbinern und Hindu-Heiligen –, die psychedelische Erfahrungen gemacht haben. Heute, nach dreißig Jahren der Diskussion, ist die Frage, ob LSD und andere Psychedelika echte spirituelle Erlebnisse bewirken können, noch immer offen. Den negativen Urteilen von Leuten wie Meher Baba oder R. C. Zaehner widersprechen die Urteile mehrerer tibetanisch-buddhistischer Lehrer, einiger Schamanen aus den psychedelischen Kulturen und die Ansichten von Personen wie Walter Clark, Huston Smith und Alan Watts.

Ob diese Erlebnisse nun echte mystische Offenbarungen sind oder nur deren täuschende Nachahmungen – es sind ohne Zweifel Phänomene von großem Interesse für Theologen, Geistliche und Religionswissenschaftler. Binnen weniger Stunden können Einzelne tiefe Einblicke ins Wesen der Religion tun, und in vielen Fällen wird ein zuvor rein theoretisches Verständnis oder ein rein formaler Glaube durch ein tiefes persönliches Erleben der transzendenten Sphären gekräftigt. Besonders wichtig kann eine solche Gelegenheit für jene Geistlichen werden, die sich zu einer bestimmten Religion bekennen, zugleich aber an der Wahrheit und Bedeutung dessen, was sie predigen, starke Zweifel hegen. Mehrere Geistliche und Theologen, die sich freiwillig zu unserem LSD-Ausbildungsprogramm am Maryland Psychiatric Research Center gemeldet hatten, waren Skeptiker und Atheisten, die an ihrem Beruf aus allerlei äußeren Gründen festhielten. Die spirituellen Erlebnisse in den LSD-Sitzungen waren für sie ein wichtiger Beweis, daß das Spirituelle eine echte und bedeutsame Kraft im menschlichen Leben ist. Diese Einsicht befreite sie von der Konfliktbefangenheit in bezug auf ihren Beruf und von der Bürde der Heuchelei. In mehreren Fällen hörten wir von den Freunden und Verwandten dieser Geistlichen, nach der LSD-Sitzung hätten ihre Predigten eine ungewöhnliche Kraft und natürliche Autorität ausgestrahlt.

Die spirituellen Erlebnisse in psychedelischen Sitzungen beziehen sich oftmals auf Symbole aus dem kollektiven Unbewußten. Sie können daher in eine kulturelle und religiöse Tradition hineinführen, die nicht die des Erlebenden ist. Aus diesem Grunde sind LSD-Sitzungen von besonderem Interesse im Zusammenhang vergleichend-religionswissenschaftlicher Studien. Geistliche einer bestimmten Kirche sind manchmal überrascht, wenn sie ein zutiefst religiöses Erlebnis haben, das im Rahmen einer völlig anderen religiösen Tradition steht.

8.4 LSD als Mittel, Selbstverwirklichung und Selbsterweiterung zu fördern

In den Jahren einer intensiven LSD-Forschung galt das Interesse hauptsächlich der psychologischen Grundlagenforschung, der psychiatrischen Therapie oder manchen spezifischen Anwendungen, etwa der Steigerung künstlerischer Ausdrucksfähigkeiten oder der Vermittlung religiöser Erlebnisse. Der Bedeutung, die psychedelische Erlebnisse für die persönliche Entwicklung »normaler« Personen gewinnen könnten, wurde verhältnismäßig wenig Beachtung geschenkt. Erst Mitte der 60er Jahre trat dieses Thema in explosiver Weise in einer Welle massenhafter, unbeaufsichtigter Selbstversuche zutage.

In der Atmosphäre politischer Hysterie, die darauf folgte, wurde das Für und Wider dieser Selbstversuche mit einer überanstrengten Leidenschaftlichkeit erörtert, die letztlich Verwirrung hervorrief. Die LSD-Gläubigen stellten ihre Droge etwas unkritisch als billiges und sicheres Allheilmittel für alle Nöte des menschlichen Lebens dar. Psychedelische Selbsterforschung und Persönlichkeitsveränderung sollten die einzig mögliche Alternative zum plötzlichen Untergang in der nuklearen Katastrophe oder zum langsamen Absterben zwischen den Müllhalden der Industrie sein. Gelegentlich wurde empfohlen, so viele Menschen wie möglich sollten unter allen Umständen und so oft wie möglich LSD nehmen, um den Anbruch des Aquarischen Zeitalters zu beschleunigen. LSD-Erlebnisse wurden als Initiationsriten betrachtet, die für alle Heranwachsenden obligatorisch sein mußten.

Da man das Publikum vor den Gefahren und Komplikationen psychedelischer Versuche nicht warnte und auf die Möglichkeiten, sie zu verringern, nicht hinwies, gab es zahlreiche Unglücksfälle. Apokalyptische Schlagzeilen, die von den Greueltaten der LSD-Berauschten und von manchen durch die Droge verursachten Unfällen sprachen, entzündeten bei Gesetzgebern, Politikern, Schulbehörden und auch bei manchen Psychiatern und Psychologen eine Hexenjagd-Reaktion. Ohne Rücksicht auf die Ergebnisse aus zwanzig Jahren verantwortungsbewußter wissenschaftlicher Experimente steigerte sich die Antidrogen-Propaganda ins andere Extrem und stellte das LSD als eine vollkommen unberechenbare Teufelsdroge hin, von der eine große Gefahr für die geistige Gesundheit der lebenden und für die körperliche Gesundheit der künftigen Generationen ausgehe.

Heute, nachdem das emotionale Feuer dieser Kontroverse etwas niedergebrannt ist, scheint es möglich, die Probleme nüchterner und objektiver anzusehen. Die klinischen Befunde sprechen klar dafür, daß gerade »normale« Menschen aus dem LSD-Erleben den größten Vorteil ziehen können und das geringste Risiko eingehen, wenn sie an einem beaufsichtigten psychedelischen Programm teilnehmen. Eine einzige Sitzung mit einer hohen LSD-Dosis ist für Menschen ohne ernsthafte klinische Probleme oft von außerordentlichem Wert. Die Qualität ihres Lebens kann beträchtlich verbessert werden, und die psychedelische Erfahrung kann sie der Selbstverwirklichung und persönlichen Erweiterung näherbringen. Dieser Vorgang scheint in jeder Hinsicht demjenigen ähnlich zu sein, den Abraham Maslow an Personen dargestellt hat, die spontane »Gipfelerlebnisse« hatten.

Die amtliche Antidrogen-Propaganda beruht auf einem sehr oberflächlichen Verständnis der Beweggründe, aus denen psychedelische Drogen genommen werden. Es ist zwar richtig, daß LSD in vielen Fällen um des Kitzels willen oder im Zusammenhang jugendlicher Auflehnung gegen Herkommen und elterliche Autorität eingenommen wird. Aber sogar diejenigen, die LSD unter den schlimmstmöglichen Umständen nehmen, erhalten oft noch einen gewissen Eindruck von dem, was diese Droge wirklich vermag, und dies kann auf ihre zukünftige Verwendung einen starken Einfluß gewinnen.

Nur sehr wenige ernstzunehmende Forscher glauben heute noch, daß Versuche mit reinem LSD eine genetische Gefahr darstellen. Unter geeigneten Umständen lassen sich die psychologischen Gefahren, die das einzige echte Risiko sind, auf ein Mindestmaß herabsetzen. Nach meiner Ansicht gibt es keine wissenschaftlichen Gründe, die gegen die Schaffung eines Netzes von Einrichtungen sprächen, wo Personen, die an einer psychedelischen Selbsterforschung ernsthaft interessiert sind, sich mit reinen Substanzen und unter den bestmöglichen Umständen auf sie einlassen können. Viele dieser Personen sind so stark motiviert, daß sie, wenn solche Einrichtungen nicht bestehen, auch den illegalen Selbstversuch nicht scheuen werden, der ein viel höheres Risiko einschließt. Die Existenz staatlich geförderter Einrichtungen dieser Art hätte einen hemmenden Effekt auf die unreifen Motive jener Menschen, für die heute gerade die strengen Verbote eine Versuchung und einen besonderen Anreiz bilden. Ein weiterer Vorteil wäre die Möglichkeit, alle wichtigeren Informationen über Psychedelika systematisch sammeln und verarbeiten zu können, während sie andernfalls im primitiven und chaotischen unbeaufsichtigten Experimentieren untergehen. Damit würde zugleich auch der heute bestehenden absurden Situation abgeholfen, in der auf einem Gebiet, wo Millionen Menschen auf eigene Faust experimentiert haben, so gut wie gar keine ernsthafte Forschung stattfindet.

8.5 Verwendung von LSD zur Ausbildung paranormaler Fähigkeiten

Vielerlei historische und anthropologische Belege und zahlreiche anekdotische Befunde aus der klinischen Forschung lassen den Schluß zu, daß psychedelische Substanzen die außersinnliche Wahrnehmung begünstigen. Von besonderem Interesse scheint hierbei das *Yajé* zu sein, ein aus der Dschungelschlingpflanze *Banisteriopsis caapi* und anderen »Totenranken« zubereitetes Gebräu, das bei den Indianern im Amazonasbecken gebräuchlich ist. Das Harmin, auch Yagein oder Banisterin genannt, eines der aus dieser Pflanze isolierten aktiven Alkaloide, ist sogar schon als *Telepathin* bezeichnet worden. In den durch die Extrakte dieser Pflanze hervorgerufenen psychedelischen Zuständen scheinen die paranormalen Fähigkeiten besonders verstärkt zu werden. Das berühmteste Beispiel für die ungewöhnlichen Eigenschaften des *Yajé* findet sich in den Berichten McGovern's (69), eines der Anthropologen, der diese Pflanze beschrieben hat. Nach seiner Schilderung sah ein örtlicher Mediziner in erstaunlichen Einzelheiten den Häuptling eines entfernten Stammes sterben; daß seine Angaben genau zutrafen, bestätigte sich viele Wochen später. Von einem ähnlichen Erlebnis berichtete Manuel Córdova-Rios (53), der selbst in einem *Yajé*-Erlebnis den Tod seiner Mutter von fern mitansah und später alle Einzelheiten bestätigt fand. Allen diesen psychedelischen Kulturen scheint der Glaube gemeinsam zu sein, daß nicht nur während eines durch die heiligen Pflanzen hervorgerufenen Rauschzustandes die außersinnliche Wahrnehmung geschärft werde, sondern daß der systematische Gebrauch dieser Stoffe auch die Ausbildung paranormaler Fähigkeiten im täglichen Leben begünstige.

Viele Berichte, die im Lauf der Jahre von psychedelischen Forschern gesammelt wurden, bestätigen dies. Masters und Houston (65) beschreiben den Fall einer Hausfrau, die während ihrer LSD-Sitzung sah, wie ihre Tochter zu Hause in der Küche nach der Keksdose suchte. Weiter gab sie an, sie habe gesehen, wie das Kind eine Zuckerdose von einem Regal stieß, so daß der Zucker auf den Boden verschüttet worden sei. Der Vorfall wurde später von ihrem Mann bestätigt. Dieselben Autoren berichten auch von einem LSD-Klienten, der ein Schiff gesehen hatte, das »irgendwo im Nordmeer« zwischen Eisschollen festsaß. Auf dem Bug des Schiffes hatte er den Namen »France« lesen können. Später wurde bestätigt, daß zur Zeit der LSD-Sitzung tatsächlich ein Schiff dieses Namens bei Grönland im Eis eingeschlossen gewesen war. Der berühmte Psychologe und Parapsychologe Stanley Krippner (49) erlebte während einer Psilocybin-Sitzung im Jahre 1962 die Ermordung des Präsidenten John F. Kennedy, ein Ereignis, das ein Jahr später tatsächlich eintrat. Über ähnliche Beobachtungen berichteten Humphrey Osmond, Duncan Blewett, Abram Hoffer und andere Forscher. Eine kritische Literaturübersicht zu dieser Thematik gaben Krippner und Davidson (50).

Nach meiner eigenen Erfahrung sind manche Phänomene, die auf eine außersinnliche Wahrnehmung hindeuten, in der LSD-Psychotherapie relativ häufig, besonders in den fortgeschrittenen Sitzungen. Sie reichen vom mehr oder weniger vagen Voraussehen künftiger Ereignisse oder einem Gewahrsein entfernter Geschehnisse bis hin zu komplexen und detaillierten Szenen in Form lebhafter hellseherischer Visionen. Dabei kann der Erlebende auch die entsprechenden Geräusche hören; Worte und Sätze, die gesprochen werden, Motorengeräusche, Hupen oder Signaltöne von Feuerwehr- oder Krankenwagen. Zu manchen dieser Erlebnisse läßt sich später feststellen, daß sie mit tatsächlichen Ereignissen in größerem oder geringerem Maße übereinstimmen. Eine objektive Nachprüfung kann auf diesem Gebiet sehr schwierig sein. Werden die Angaben nicht schon während der psychedelischen Sitzung mitgeteilt und genau aufgezeichnet, ist die Gefahr einer späteren Entstellung sehr groß. Allzu grobe Deutung von Ereignis-

sen, Gedächtnisverzerrungen und die Möglichkeit von déjà-vu-Erlebnissen bei Wahrnehmung eines späteren Vorfalls sind einige der Hauptfehlerquellen.

Die interessantesten paranormalen Phänomene in psychedelischen Sitzungen sind extrasomatische Erlebnisse und Fälle von exkurrierendem Hellsehen und Hellhören. Die Empfindung, den eigenen Körper zu verlassen, ist in drogeninduzierten Zuständen recht häufig, und kann verschiedene Formen und Intensitätsgrade annehmen. Manche Menschen erleben sich als völlig losgelöst vom eigenen Körper, als über ihm schwebend oder ihn von einem anderen Teil des Raumes aus betrachtend. Manchmal nimmt der Klient die tatsächliche physische Umgebung überhaupt nicht mehr wahr und tritt in Erlebenssphären und subjektive Wirklichkeiten ein, die von der dinglichen Welt anscheinend völlig unabhängig sind. Er kann sich dann ganz mit dem Körperschema der in diesen Szenen auftretenden Protagonisten identifizieren, ob dies nun Menschen, Tiere oder archetypische Wesen sind. In Ausnahmefällen haben Einzelne ein komplexes und deutliches Erlebnis, in dem sie an einen bestimmten Ort der physischen Welt versetzt werden und eine detaillierte Beschreibung eines fernen Ortes oder Ereignisses geben können. Versucht man, solche außersinnlichen Wahrnehmungen nachzuprüfen, so können sich manchmal verblüffende Bestätigungen ergeben. Nur in sehr wenigen Fällen kann der Einzelne einen solchen Vorgang aktiv steuern und sich nach Belieben an jeden Ort oder Zeitpunkt seiner Wahl versetzen. Einen detaillierten Bericht über ein Erlebnis dieser Art, der die Art und Komplexität der dabei auftretenden Phänomene illustriert, enthält mein Buch *TOPOGRAPHIE DES UNBEWUßTEN* (32), S. 208 ff. (bzw. Seite 136 in PDF-Datei).

Objektive Nachprüfungen mit den in der parapsychologischen Forschung üblichen Labormethoden haben im allgemeinen enttäuschende Resultate erbracht und eine Steigerung der außersinnlichen Wahrnehmungsfähigkeit als konstanten und voraussehbaren Aspekt der LSD-Wirkung nicht nachweisen können. Masters und Houston (65) machten mit LSD-Versuchspersonen ein Experiment mit einem Kartenspiel, das im parapsychologischen Laboratorium der Duke-Universität hergestellt wurde. Das Spiel besteht aus fünfundzwanzig Karten, die jeweils durch ein geometrisches Symbol bezeichnet sind: einen Stern, ein Kreuz, Kreis, Quadrat oder Wellenlinien. Die Ergebnisse der Versuche, bei denen die LSD-Versuchspersonen bestimmte Karten erraten mußten, waren statistisch nicht signifikant. Eine ähnliche Untersuchung, die von Whittlesey (102) durchgeführt wurde, sowie ein Kartenrate-Experiment mit Versuchspersonen unter Psilocybin-Einfluß, über das van Asperen de Boer, Barkema und Kappers (6) berichtet haben, verliefen ebenso enttäuschend. Ein interessantes Ergebnis in der ersten dieser Untersuchungen war jedoch eine auffällige Verminderung der Abweichungen; die Rate-Versuche kamen der durchschnittlichen Zufallserwartung näher, als mathematisch wahrscheinlich war. Unveröffentlichte Ergebnisse aus Walter Pahnkes parapsychologischen Studien am Maryland Psychiatric Research Center besagen, daß die statistische Behandlung dieses Problems irreführend sein könnte. Pahnke verwendete bei seinem Projekt eine modifizierte Version der Spielkarten von der Duke-Universität in Form einer elektronischen Tastatur. Die LSD-Versuchspersonen mußten die Taste erraten, die auf einem Schaltbrett in einem benachbarten Raum manuell oder durch Computer angeknipt worden war. Obwohl die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der LSD-Versuchspersonen statistisch nicht signifikant waren, erzielten doch einzelne Personen bei manchen Messungen auffällig hohe Werte.

Manche Forscher haben Einwände gegen die uninteressante und phantasielose Behandlung parapsychologischer Phänomene erhoben, wie sie das wiederholte Raten von Karten darstellt. Gegenüber manchen erregenden subjektiven Erlebnissen, die für den psychedelischen Zustand charakteristisch sind, hat ein solches Verfahren allgemein nur geringe Aussichten, die Aufmerksamkeit der Versuchspersonen festzuhalten. Um die Aufgabe reizvoller zu machen, verwendeten Cavanna und Servadio (19) anstelle der Karten

emotional besetzte Themen; sie ließen photographische Farbdrucke von nicht zusammenpassenden Gemälden anfertigen. Obwohl eine Versuchsperson erstaunlich gut abschnitt, waren die Ergebnisse insgesamt nicht signifikant. Karlis Osis (73) verabreichte einigen »Medien« LSD; darauf erhielten die Medien einen Gegenstand und wurden aufgefordert, Angaben über dessen Besitzer zu machen. Eines der Medien war erstaunlich erfolgreich, aber die meisten anderen interessierten sich so sehr für die ästhetischen oder philosophischen Aspekte ihres Erlebens oder gingen so sehr in ihren persönlichen Problemen auf, daß es ihnen schwerfiel, die Konzentration auf die Aufgaben zu wahren.

Bei weitem die interessantesten Ergebnisse zeitigte eine Pilotstudie von Masters und Houston (65), die 62 LSD-Versuchspersonen emotional besetzte Bilder erraten ließen. Die Experimente wurden in der Schlußphase von LSD-Sitzungen durchgeführt, in der es relativ leicht fällt, sich auf eine bestimmte Aufgabe zu konzentrieren. Achtundvierzig der Versuchspersonen kamen zumindest bei zwei von zehn Versuchen dem Ziel nahe, während fünf Personen bei mindestens sieben von zehn Versuchen richtig rieten. Einer erriet zum Beispiel »aufgewühltes Meer«, wenn das tatsächliche Bild ein Wikingerschiff in einem Sturm zeigte. Derselbe riet »üppige Vegetation«, als das Bild Regenwälder am Amazonas zeigte, »ein Kamel« bei einem Araber auf einem Kamel, »die Alpen« bei einem Himalaya-Bild und »einen Neger, der auf dem Feld Baumwolle pflückt« bei einer Plantage im Süden.

Die Untersuchung paranormaler Phänomene in psychedelischen Sitzungen bereitet viele technische Schwierigkeiten. Abgesehen von der Frage, wie man die Versuchsperson für die Aufgabe interessieren und ihre Aufmerksamkeit festhalten soll, wird auch, wie Blewett (12) betont hat, die Fähigkeit der Versuchsperson, sich zu stabilisieren und die möglicherweise durch das Rateziel ausgelöste Reaktion zu wählen, durch die rasche Abfolge eidetischer Bildvorstellungen gestört. Diese methodologischen Schwierigkeiten und der Mangel an Bestätigung durch die vorliegenden Untersuchungen können jedoch die zum Teil ganz außergewöhnlichen Beobachtungen auf diesem Gebiet nicht entwerthen. Jeder LSD-Therapeut mit einiger klinischer Erfahrung wird selber genug solcher bestürzenden Beobachtungen gemacht haben, um dieses Problem ernstzunehmen. Ich selbst habe keinen Zweifel daran, daß Psychedelika manchmal zur Zeit ihrer pharmakologischen Wirkung Vorgänge einer echten außersinnlichen Wahrnehmung auslösen können. In manchen Fällen erstreckt sich das Auftreten bestimmter paranormaler Erscheinungen und Fähigkeiten über den Tag der Sitzung hinaus. Eine faszinierende Beobachtung, die an diesen Zusammenhang angrenzt und hier Beachtung verdient, ist die Häufung außergewöhnlicher Koinzidenzen im Leben von Menschen, die in ihren psychedelischen Sitzungen transpersonale Erscheinungen erlebt haben. Solche Koinzidenzen sind objektiv feststellbare Tatsachen, nicht subjektive Deutungen wahrgenommener Eindrücke; sie sind ähnlich den Beobachtungen, von denen Carl Gustav Jung in seinem Aufsatz über die Synchronizität gesprochen hat (44).

Die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit paranormaler Phänomene in LSD-Sitzungen und den negativen Ergebnissen der einschlägigen Laborversuche scheint zu besagen, daß eine Steigerung der außersinnlichen Wahrnehmungsfähigkeit kein konstanter und regelmäßiger Aspekt der LSD-Wirkung ist. Psychische Zustände, die paranormale Erscheinungen begünstigen und durch außerordentlich hohe außersinnliche Fähigkeiten charakterisiert sind, bilden nur einen Teil der vielen veränderten Bewußtseinszustände, die durch diese Droge ausgelöst werden können; bei anderen Arten des LSD-Erlebens scheinen die außersinnlichen Fähigkeiten dieselben zu sein wie im alltäglichen Bewußtseinszustand oder sogar geringer. Die weitere Forschung wird zeigen müssen, ob das im übrigen elementare und nichtvoraussagbare Auftreten paranormaler Fähigkeiten in psychedelischen Zuständen genützt und systematisch gepflegt werden kann, wie es in der Literatur über Schamanismus angedeutet wird.

Anmerkungen

- 1 Eine umfassende Behandlung dieses Themas findet der interessierte Leser in dem ausgezeichneten Buch von Robert Masters und Jean Houston über psychedelische Kunst (66). Der Einfluß von LSD und Psilocybin auf das Schaffen professioneller Maler ist außerdem in einzigartiger Weise dokumentiert in dem Buch des tschechischen Psychiaters J. Roubíček über experimentelle Psychosen (90). Oscar Janigers unveröffentlichte Sammlung der unter LSD-Einfluß entstandenen Werke von Malern ist in diesem Zusammenhang ebenfalls zu erwähnen.
- 2 Einige konkrete Beispiele solcher Erkenntnisse werden in meiner TOPOGRAPHIE (32) beschrieben.
- 3 Viele weitere Beispiele für dieses Phänomen finden sich in Arthur Koestlers Buch DER GÖTTLICHE FUNKE (48).
- 4 Weitere Auskünfte zu diesem Thema findet der interessierte Leser in Stanley Krippners Übersichts-Aufsatz: RESEARCH IN CREATIVITY AND PSYCHEDELIC DRUGS (51).
- 5 Die interessanteste Untersuchung dieser Art war das Karfreitags-Experiment, das Walter Pahnke 1964 in der Harvard-Kapelle in Cambridge (Massachusetts) durchführte (75). Dabei erhielten zehn christliche Theologiestudenten je 30 Milligramm Psilocybin und zehn andere, die Vergleichsgruppe, je 200 Milligramm Nikotinsäure (als Plazebo). Die Verteilung auf die beiden Gruppen geschah nach dem Doppelblind-Schema. Alle wohnten dann einem zweieinhalbstündigen Gottesdienst mit Orgelmusik, Sologesang, Schriftlesungen, Gebeten und privater Meditation bei. Die Personen, die Psilocybin erhalten hatten, erreichten sehr hohe Werte auf einem von Pahnke entwickelten Fragebogen für mystische Erlebnisse, während die Reaktionen in der Vergleichsgruppe geringfügig blieben.

9 Wirkungsprinzipien der LSD-Therapie

Die außerordentlichen und oftmals dramatischen Folgen des LSD-Prozesses für mancherlei emotionale und psychosomatische Symptome legen die Frage nach den für diese Veränderungen verantwortlichen therapeutischen Wirkungsprinzipien nahe. Obwohl sich die Dynamik dieser Veränderungen manchmal auch im herkömmlichen Sinne erklären läßt, scheinen in der Mehrzahl der Fälle doch Prozesse beteiligt zu sein, von denen die herkömmliche Psychologie und Psychiatrie nichts wissen bzw. nichts wissen wollen. Das heißt nicht, daß man diesen Phänomenen noch nie begegnet wäre oder sie noch nirgends erörtert gefunden hätte. Manche werden in der religiösen Literatur beschrieben, sofern sie von spirituellen Heilmethoden und ihren Einflüssen auf emotionale oder psychosomatische Krankheiten handelt. Auch dem Anthropologen werden manche dieser Elemente bekannt sein, die in schamanischen Bräuchen, Übergangsriten und Heilzeremonien auftreten.

Wie schon mehrfach gesagt, hat LSD an sich keine besonderen therapeutischen Eigenschaften, die einfach in seinen pharmakologischen Wirkungen begründet wären. Das Erleben muß in einer bestimmten Weise gelenkt und behandelt werden, wenn das aus dem Unbewußten auftauchende Material therapeutisch und nicht schädigend wirken soll. Die Analyse der Beobachtungen in der LSD-Psychotherapie lehrt, daß die stattfindenden therapeutischen Änderungen sehr vielschichtig und nicht auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen sind. Am LSD-Erleben scheinen vielerlei Faktoren auf verschiedenen Ebenen beteiligt zu sein, und jeder dieser Faktoren hat gewisse Eigenschaften, die für eine therapeutische Behandlung und Persönlichkeitsänderung ausgenutzt werden können. Im folgenden wollen wir die wichtigsten Faktoren dieser Art, die in LSD-Sitzungen zur Wirkung kommen, kurz darstellen.

9.1 Intensivierung der normalen therapeutischen Wirkungsprinzipien

Die einzigen Faktoren therapeutischer Änderung, die in den ersten Phasen einer psycholytischen Sitzungsfolge in Frage kommen, sind die von den traditionellen psychotherapeutischen Schulen beschriebenen. Doch schon in oberflächlichen psychedelischen Erlebnissen werden diese Faktoren erheblich verstärkt. Die Abwehrhaltungen sind unter diesen Umständen geschwächt, und der psychische Widerstand läßt nach. Die emotionale Reaktionsbereitschaft ist stark erhöht, und man begegnet dramatischen Formen des *Abreagierens* und der *Katharsis*. Verdrängtes unbewußtes Material, samt Erinnerungen an die frühe Kindheit, wird leicht zugänglich. Dies kann nicht nur zu *besserem Erinnerungsvermögen* führen, sondern auch zu einer echten Regression mit klarem, detailliertem *Nachvollziehen emotional bedeutsamer Erinnerungen*. Unbewußtes Material taucht oftmals auch in Form symbolischer Phänomene auf, die in ihrer Struktur den Träumen ähnlich sind. Das Bewußtwerden und die Verarbeitung dieses Materials sind mit *emotionalen und intellektuellen Einsichten* in die Psychodynamik der individuellen Symptome und der fehlangepaßten zwischenpersönlichen Verhaltensformen verbunden.

Der therapeutische Wert des Nacherlebens von emotional bedeutsamen Kindheitsepisoden scheint sich aus zwei Elementen zusammensetzen. Das eine ist das Freiwerden von Energien und ihre periphere Entladung in Form emotionalen und physischen Abreagierens. Das zweite ist die bewußte Verarbeitung des nun affektiv nicht mehr besetzten Inhalts. Dies wird ermöglicht durch die beiden Rollen, die der Einzelne im LSD-Zustand entweder gleichzeitig oder abwechselnd einnehmen kann. Einerseits erlebt er

eine echte und komplexe Regression in frühe Lebensperioden, in denen traumatische Ereignisse stattfanden; andererseits bleibt ihm auch die Haltung zugänglich, die seinem chronologischen Alter zur Zeit der Sitzung entspricht. Auf diese Weise wird es möglich, vom Standpunkt des Erwachsenen die Bedeutung von Ereignissen neu zu beurteilen, die für den unreifen Organismus einst überwältigend waren. Die nachvollzogenen Ereignisse werden also von einer Person erlebt, die ein eigentümliches Zwitterwesen zwischen einem naiven, ganz und gar in Emotionen befangenen Kind und einem mehr oder weniger distanzierten erwachsenen Beobachter darstellt.

Diese Doppelrolle äußert sich auch in der Beziehung zum Therapeuten. Der Patient sieht den Therapeuten und deutet die objektive Realität in einer Weise, in der unaufgelöstes Material aus seiner Vergangenheit nachklingt. In anderer Hinsicht aber bleibt er hinreichend realitätsbewußt, um die Ursprünge und Mechanismen solcher Entstellungen im einzelnen zu untersuchen. Die Übertragungsbeziehung wird verstärkt und in bildhafter Deutlichkeit erlebt. Wie schon in einem früheren Kapitel ausgeführt, werden die Entstellungen der therapeutischen Beziehung oft so sehr bis zur Karikatur übersteigert, daß der Übertragungscharakter sowohl dem Patienten wie dem Therapeuten deutlich wird. Die durch die Droge bewirkte Verstärkung der Beziehung erleichtert nicht nur eine *Übertragungsanalyse*, sondern bietet auch viele Gelegenheiten zu *korrektiven emotionalen Erlebnissen*.

Die *Suggestibilität* ist gewöhnlich merklich erhöht, und ein Psychotherapeut, der sich der Suggestion bedient, kann sich diesen Umstand zunutze machen; doch ist bei diesem Verfahren die größte Vorsicht geboten. Nach meiner Erfahrung sind jedes Abweichen vom offenen und redlichen Umgang mit dem Klienten und jede Anwendung von irgendwelchen Tricks für den therapeutischen Fortschritt letztlich von Nachteil.

9.2 Veränderungen in der Dynamik der steuernden Systeme

Werden die Dosierungen erhöht oder die LSD-Sitzungen wiederholt, greifen mächtige neue Wirkungsprinzipien zusätzlich zu den eben erwähnten ein. Viele therapeutische Änderungen auf tieferen Ebenen lassen sich als Folgen eines chemischen Eingriffs ins dynamische Wechselspiel unbewußter Konstellationen erklären, welche die Funktion von Steuerungssystemen ausüben. Die wichtigsten dieser Konstellationen sind die CO-EX-Systeme (*systems of condensed experience*), die das biographische Material organisieren, und die perinatalen Matrizen, die eine ähnliche Rolle bei der Speicherung der Erfahrungen in bezug auf das Todes- und Wiedergeburtserleben spielen. Die Hauptmerkmale dieser beiden Kategorien von Steuerungssystemen wurden eingehend in einem früheren Kapitel beschrieben. Wir könnten auch von transpersonalen dynamischen Mustern sprechen; doch wäre es wegen der Vielfalt und loser Organisation der transpersonalen Schichten schwierig, sie in systematischer Weise darzustellen.

Nach der Art der emotionalen Besetzung können wir *negative* und *positive Steuerungssysteme* unterscheiden. Negativ sind einige COEX-Systeme, die perinatalen Matrizen II und III, manche Aspekte der Matrix I und manche transpersonalen Muster. Positiv sind wiederum manche COEX-Systeme, die perinatale Matrix IV, manche Aspekte der Matrix I und manche transpersonalen Muster. Die allgemeine Strategie der LSD-Therapie geht dahin, die emotionale Besetzung der negativen Systeme zu verringern und den Erlebenszugang zu den positiven zu erleichtern. Der manifeste klinische Zustand eines Menschen ist kein globaler Ausdruck für den Charakter und die Gesamtmenge des unbewußten Materials; er ist abhängig von der je besonderen selektiven Ausrichtung und Einstimmung, die bestimmte Aspekte des Materials dem Erleben zugänglich machen. Wer auf die Ebenen eines negativen psychodynamischen, perinatalen oder transpersonalen Steuerungssystems eingestimmt ist, sieht sich selbst und die Welt pessimistisch an und verspürt emotionale oder psychosomatische Beschwerden. Wer dagegen unter dem

Einfluß eines positiven Steuerungssystems steht, ist emotional und psychosomatisch im Zustand optimalen Wohlbefindens. Die besonderen Eigenschaften des jeweiligen Zustandes hängen in beiden Fällen von der Art des aktivierten Materials ab. Nähere Ausführungen über den Einfluß der COEX-Systeme, der perinatalen Matrizen und der transpersonalen Muster gaben wir in Kapitel 6.2 über die Intervallzeiten zwischen den Sitzungen (S. 171-179).

Veränderungen im steuernden Einfluß der dynamischen Matrizen können infolge biochemischer oder physiologischer Vorgänge im Organismus eintreten oder als Reaktion auf äußere Einflüsse physischer oder psychischer Art. LSD-Sitzungen scheinen tief in die Dynamik der Steuerungssysteme und ihres funktionalen Wechselspiels einzugreifen. Die detaillierte phänomenologische Analyse des LSD-Erlebens zeigt, daß plötzliche klinische Besserungen während der Therapie in vielen Fällen als Verlagerung der psychischen Dominanz von einem negativen Steuerungssystem auf ein positives zu erklären sind. Eine solche Veränderung bedeutet nicht notwendig, daß alles unbewußte Material hinter dem jeweiligen psychopathologischen Zustand schon durchgearbeitet wäre. Sie ist einfach Anzeichen des inneren Umschwungs von einem Steuerungssystem zum andern. Diesen Vorgang können wir als eine *Transmodulation* oder einen Übergang bezeichnen, der sich auf verschiedenen Ebenen abspielen kann. Ein Wechsel zwischen den Erinnerungskonstellationen, die autobiographische Inhalte betreffen, wäre eine *COEX-Transmodulation*. Wegen des funktionalen Zusammenhangs zwischen COEX-Systemen und perinatalen Matrizen ist das Erleben traumatischer Kindheitserinnerungen zumeist ein partielles und abgeschwächtes Nachvollziehen einer bestimmten Facette des Geburtstraumas. Ähnlich können positive Kindheitserinnerungen als partielle Wiederherstellung eines lustvollen post- oder pränatalen Zustandes betrachtet werden. Ein ähnlicher dynamischer Wechsel von einer dominanten perinatalen Matrix zur anderen wäre als *perinatale Transmodulation* zu bezeichnen; und eine *transpersonale Transmodulation* wäre ein Wechsel der steuernden Funktionssysteme in der überindividuellen Schicht des Unbewußten.

Eine typische *positive Transmodulation* vollzieht sich in zwei Phasen, einer Intensivierung des dominanten negativen Systems und dem plötzlichen Umschwung zu dem positiven. Wenn jedoch ein starkes positives System leicht zugänglich ist, kann es das LSD-Erleben von Anfang der Sitzung an beherrschen, und das negative System tritt in den Hintergrund. Der Wechsel von einer dynamischen Konstellation zur andern bedeutet nicht notwendig eine klinische Besserung. Es besteht die Möglichkeit, daß eine schlecht gelöste und verarbeitete Sitzung eine *negative Transmodulation* nach sich zieht, den Wechsel von einem positiven System zu einem negativen. Dieser Vorgang wird gekennzeichnet durch ein plötzliches Auftreten psychopathologischer Symptome, die vor der Sitzung nicht manifest waren. Eine weitere interessante Möglichkeit ist der Wechsel von einem negativen System zu einem anderen, ebenfalls negativen. Äußerlich bekundet sich dieser innerpsychische Vorgang in einer merklichen qualitativen Änderung von einem psychopathologischen Syndrom zum anderen. Manchmal ist dieser Umschwung so drastisch, daß der Patient in eine ganz andere diagnostische Kategorie einrückt; ein klinisches Beispiel gaben wir schon auf S. 172. Obwohl der daraus resultierende Zustand oberflächlich gesehen völlig neu erscheinen mag, sind doch alle seine wesentlichen Elemente vor dem Umschwung in den Erfahrungsspeichern des Patienten schon potentiell angelegt gewesen. Es ist daher wichtig zu begreifen, daß das LSD-Verfahren abgesehen vom Durcharbeiten des unbewußten Materials auch dramatische Interessenverschiebungen bringen kann, bei denen die Erlebensbedeutung dieses Materials sich ändert.

Hier möchte ich gern eine Metapher gebrauchen, mit der eine meiner Patientinnen ihre Vorstellung von diesem Prozeß verdeutlichte. Sie sagte, das menschliche Unbewußte sei eine finstere Rumpelkammer voller Gegenstände der verschiedensten Art, manche

schön, manche häßlich. Der LSD-Prozeß bedeutet nicht nur, daß man Müll und Gerümpel wegräumt, sondern auch daß man mit der Taschenlampe im Innern des Raumes hin- und herleuchtet. Jeweils nur diejenigen aufbewahrten Dinge, auf die der Lichtschein fällt, können in einem bestimmten Augenblick wahrgenommen werden. Ähnlich können nur diejenigen Inhalte des Unbewußten, auf die der Lichtstrahl bewußten Gewahrwerdens fällt, vollauf nacherlebt werden.

Eine Frage, die hier besondere Berücksichtigung verdient, ist die der relativen therapeutischen Wertigkeit der negativen und der positiven Erlebnisse. Ob man in der LSD-Psychotherapie mehr auf ein Nacherleben von Konflikten und traumatischen Erinnerungen oder auf die Anbahnung transzendentaler Erlebnisse abzielen sollte, ist eine der strittigsten Fragen zwischen psycholytischen und psychedelischen Therapeuten. Nach meiner Erfahrung ist das Durcharbeiten traumatischen Materials ebenso ein integraler Bestandteil des Heilungsvorgangs wie das Erleben ekstatischer Zustände. Überdies erscheinen diese beiden Aspekte der LSD-Psychotherapie als in einer dialektischen Wechselbeziehung verbunden. Indem man die Energie, mit der die negativen Systeme besetzt sind, abbaut und Problemzonen durcharbeitet, bahnt man den positiven Erlebnissen den Weg. Wenn dagegen der Klient schon in den ersten psychedelischen Sitzungen tiefe transpersonale Zustände erlebt, hat dies einen sehr günstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf der Therapie. Er löst sich dadurch aus den engen persönlichen Bezügen und sieht seine Probleme vor ihrem kosmischen Hintergrund an. Dies weckt eine allgemein optimistische Einstellung, die bei der Bearbeitung des negativen psychodynamischen und perinatalen Materials, sobald es im Verlauf der Behandlung auftaucht, sehr hilfreich ist. Wer die transzendentalen Zustände kennt, hat ein starkes Gefühl kosmischer Identität und kennt auch das letzte Ziel der Behandlung. Der LSD-Prozeß wird als Arbeit an den Sperren verstanden, die den Klienten von dem überpersönlichen Ich trennen, und nicht als ein blindes Umherirren in den Sackgassen des individuellen Unbewußten. Das gleichzeitige Insistieren auf beiden Aspekten des Prozesses und die Förderung seines spontanen Verlaufs erscheinen als der beste Ausweg aus diesem Dilemma des Therapeuten. Die positiven Erlebnisse sind jedoch für das Behandlungsergebnis von fundamentaler Bedeutung, und jeder LSD-Therapeut, der sie unterschätzt, beraubt sich eines starken therapeutischen Faktors.

9.3 Therapeutische Eigenschaften des Todes- und Wiedergeburtserlebens

Die mit den Erlebnissen auf der psychodynamischen Ebene verbundenen therapeutischen Änderungen erscheinen gegenüber den aus perinatalen Sequenzen hervorgehenden als von untergeordneter Bedeutung. Die klinische Praxis der LSD-Psychotherapie erbringt jeden Tag neue Beweise für die Heilkraft des Todes- und Wiedergeburtserlebens. Die Entdeckung dieses starken therapeutischen Wirkprinzips, von dem die abendländische Wissenschaft bisher nichts weiß und nichts wissen will, war eines der überraschendsten Ergebnisse meiner LSD-Studien.

Todes- und Wiedergeburtserlebnisse können eine starke Besserung vieler emotionaler und psychosomatischer Leiden bewirken. Die negativen perinatalen Matrizen speichern Emotionen und Körperempfindungen außergewöhnlicher Intensität; sie wirken als ein Erfahrungsvorrat für vielerlei psychopathologische Syndrome. So zentrale Symptome wie Angst, Aggressivität, Depressivität, Todesfurcht, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Hilflosigkeit und allgemeine emotionale Gespanntheit scheinen tief in der perinatalen Schicht zu wurzeln. Viele Aspekte dieser Symptome und ihre Wechselbeziehungen werden verständlich, betrachtet man sie im Verhältnis zum Trauma der Geburt. Ebenso habe ich oftmals auch die Präokkupation eines Klienten mit manchen Körperfunktionen oder biologischen Stoffen, mancherlei hypochondrische Beschwerden und psychosomatische Symptome auf bestimmte Aspekte des Todes- und Wiedergeburtserlebens zurückführen können. Dies galt insbesondere für gewöhnlichen Kopfschmerz oder Migräne, neurotische Gefühle, Sauerstoffmangel oder Erstickungsangst, Herzbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen, verschiedene Dyskinesien oder Muskelverspannungen, Schmerzen und Tremores in verschiedenen Teilen des Körpers.

In der psycholytischen Therapie war recht oft festzustellen, daß Patienten, die im Behandlungsverlauf über die psychodynamische Ebene schon weit hinausgekommen waren, weiterhin schwierige Erlebnisse in den LSD-Sitzungen und eine Reihe klinischer Beschwerden im täglichen Leben hatten. Es wurde deutlich, daß bestimmte psychopathologische Symptome in der perinatalen Schicht wurzelten und erst verschwinden würden, wenn das ihnen entsprechende latente Material gründlich durchgearbeitet wäre. Es war also nötig, zur Matrix der »Ausweglosigkeit« einen Erlebenszugang zu finden, um eine dauernde Auflösung – nicht nur eine zeitweilige Remission – von Klaustrophobien oder gehemmten Depressionen zu erreichen. Ähnlich waren die tieferen Wurzeln agitierter Depressionen im Todes- und Wiedergeburtserleben der dritten perinatalen Matrix zu suchen.

Selbstmordneigungen verschwanden oft völlig, nachdem ein Patient das perinatale Material verarbeitet hatte. Mehrere Personen, die den Todes- und Wiedergeburtserlebnisprozeß durchlaufen hatten, erklärten unabhängig voneinander, ihre vorherigen Selbstmordneigungen seien eigentlich ein uneingestandenes Verlangen nach dem Tod des Ichs und nach der Transzendenz gewesen. Da diese Einsicht ihnen vorher nicht zu Gebote stand, richteten sie sich psychisch auf eine Situation in der objektiven Realität ein, die ihnen als dem Ich-Tod sehr ähnlich erschien, nämlich die körperliche Vernichtung. Das Erleben des psychischen Todes scheint Selbstmordwünsche und Selbstmordgedanken aufzuheben oder stark zu verringern. Mächtige aggressive und selbstzerstörerische Energien werden in den vielen dramatischen Sequenzen des Todes- und Wiedergeburtserlebens aufgezehrt. Außerdem betrachtet der Einzelne, nachdem er das Erlebnis des Ich-Todes vollzogen hat, das menschliche Dasein in einer viel weiteren, spirituellen Perspektive. Das Bewußtsein erscheint nun als der Materie übergeordnet, und drastische Maßnahmen auf der materiellen Ebene erscheinen als abwegige und untaugliche Versuche, die Nöte der individuellen Entwicklung zu beheben. Mögen die Umstände des Le-

bens objektiv betrachtet noch so widrig sein, erscheint doch der Selbstmord nun irgendwie nicht mehr als Lösung.

Einige interessante Beobachtungen, ganz ähnlich denen bei Personen mit Selbstmordneigungen, haben wir bei der Arbeit mit Alkoholikern und Heroinsüchtigen gemacht. In gewisser Hinsicht sind Alkoholismus und Heroinsucht selbstmörderisches Verhalten, über längere Zeiträume verteilt; ihre latente Dynamik hat mit der des Selbstmordes vieles gemeinsam. LSD-Patienten, die tiefe Gefühle kosmischen Einsseins erlebt hatten, faßten oft eine Abneigung gegen die durch Alkohol- und Narkotikarausch hervorgerufenen Geisteszustände. Die Einsichten dieser Patienten in den Charakter ihrer Sucht ähnelten denen der Patienten mit Selbstmordneigungen. Nachdem sie in ihren Sitzungen die Gefühle des kosmischen Einsseins erlebt hatten, erkannten sie, daß der Zustand, nach dem es sie wirklich verlangt hatte, die Transzendenz gewesen war und nicht der Rausch. Sie stellten eine gewisse oberflächliche Ähnlichkeit zwischen dem Alkohol- oder Heroinrausch und den Vereinigungsgefühlen fest, die das LSD weckt, und begannen einzusehen, daß ihr Verlangen nach den Rauschmitteln auf einer Verwechslung dieser beiden Zustände beruhte. Elemente, die der transzendente Zustand mit diesen Rauschzuständen gemeinsam hat, sind das Verschwinden oder Nachlassen mancher unangenehmen Gefühle oder Empfindungen, die emotionale Gleichgültigkeit gegen die eigene Vergangenheit oder Zukunft, die Lockerung der körperlichen Schranken und ein fließendes, entdifferenziertes Bewußtsein. Viele Merkmale des transzendentalen Zustandes finden sich jedoch im Erleben des Rausches nicht nachgebildet. Statt eines Bewußtseinszustandes, der den Kosmos in seiner ganzen Weite umspannt, bewirken Alkohol und Heroin nur dessen Karikatur; doch die Ähnlichkeit reicht immerhin aus, den Einzelnen irrezuleiten und ihn zum systematischen Mißbrauch zu treiben. Wiederholter Genuß führt dann zur biologischen Suchtbildung und zu irreversiblen physischen, emotionalen und sozialen Schäden.

Nach dem Erleben des Ich-Todes und der kosmischen Einheit erscheinen Alkohol- oder Narkotikamißbrauch als tragische Fehler, verursacht durch ein uneingestandes und mißdeutetes spintuelles Verlangen nach Transzendenz. Das Auftreten starker Gefühle dieser Art, so unwahrscheinlich es nach allem, was man über Verhalten und Lebensstile der Alkoholiker und Narkotikasüchtigen weiß, erscheinen könnte, läßt sich durch Statistiken aus der psychedelischen Therapie illustrieren. In der Spring Grove-Studie hatten die Alkoholiker und Heroinsüchtigen von allen untersuchten Gruppen, einschließlich Neurotikern, psychiatrischem Fachpersonal und Krebskranken, die größte Häufigkeit an mystischen Erlebnissen.

Auch böartige Aggressivität, Triebhaftigkeit und sadomasochistische Neigungen haben Wurzeln in der perinatalen Schicht. Die Aktivierung zerstörerischer und selbstzerstörerischer Kräfte im Menschen ist einer der wichtigsten Aspekte des Todes- und Wiedergeburtserlebens. Szenen ungezügelter Aggressivität und Massenvernichtung oder sadomasochistische Orgien sind normale Momente perinatalen Erlebens.¹ Dabei werden gewaltige Mengen destruktiver Energien entbunden und abgeführt; das Ergebnis ist eine augenfällige Minderung der aggressiven Gefühle und Neigungen. Das Erlebnis der Wiedergeburt ist typischerweise verknüpft mit Gefühlen der Liebe, des Mitleids und der Ehrfurcht vor dem Leben.

Perinatale Elemente spielen auch eine wichtige Rolle in der Dynamik mancher Angstzustände und Phobien, hysterischer Konversionssymptome und bestimmter Aspekte der Zwangs- und Verfolgungsneurosen. Viele sexuelle Störungen und Abirrungen scheinen auf der perinatalen Ebene verankert zu sein und lassen sich logisch aus bestimmten Aspekten und Facetten des Geburtstraumas erklären. Dies gilt für Impotenz, Frigidität, Menstruationskrämpfe, schmerzhaftes Vaginalkrämpfe beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), Hang zur Präokkupation mit biologischen Stoffen und deren Ver-

zehr als sexuelle Handlung wie bei der Koprophilie und Urolagnie, für klinischen Sadomasochismus und manche Fälle von Fetischismus und Homosexualität.

Viele wichtige Aspekte des schizophrenen Prozesses scheinen perinatale Elemente in mehr oder weniger reiner Form darzustellen. Hier werden die Inhalte unbewußter Schichten nicht wie bei den meisten der eben genannten Störungen durch späteres biographisches Material abgeschwächt und modifiziert. Die Szenen mit diabolischen Foltern, extremen und scheinbar endlosen körperlichen und seelischen Leiden, das tiefe Gefühl für die Absurdität des Daseins oder die Visionen aus einer Welt monströser Pappfiguren und Automaten, von denen viele psychotische Patienten sprechen, verraten also, daß die perinatale Matrix II im Spiel ist. Sequenzen, in denen es um Tod, Verstümmelung, Weltuntergang und kosmische Katastrophen geht, um Entstellungen aggressiver und sexueller Regungen, Präokkupation mit biologischen Stoffen und Konzentration des Erlebens auf die Dreiheit von Geburt, Geschlecht und Tod, sind für die perinatale Matrix III charakteristisch. Messianische Wahnvorstellungen, Identifizierung mit Christus und Erlebnisse der Wiedergeburt oder Neuerschaffung der Welt sind mit dem Übergang von der dritten zur vierten perinatalen Matrix verbunden. Erleichterung und Abschluß des Todes- und Wiedergeburtserlebens werden durch das Verschwinden vieler oben genannter psychotischer Symptome gekennzeichnet.

Die perinatale Schicht des Unbewußten scheint also die universale, undifferenzierte Matrix für eine Anzahl verschiedenartiger psychopathologischer und psychosomatischer Symptome und Syndrome zu bilden. Ob sich die Pathologie entwickelt und welche speziellen Formen sie annimmt, hängt ab von der Art und Qualität des postnatalen Lebens. Die auf dieser Ebene zugänglichen therapeutischen Faktoren sind sehr viel stärker als alle der herkömmlichen Psychiatrie und Psychotherapie bisher bekannten. Die tiefgreifenden Veränderungen, die wir feststellen konnten, scheinen durch eine Kombination zweier therapeutischer Hauptelemente hervorgerufen. Das erste ist das Freiwerden und die Abfuhr großer Mengen von gestauten Emotionen und physischen Empfindungen aus den perinatalen Matrizen II und III, welche die klinischen Symptome mit Energie versorgen. Das zweite ist die Heilkraft ekstatischer Vereinigungszustände, die im Zusammenhang der perinatalen Matrizen IV und I erlebt werden. Diese Erlebnisse haben einen so tiefgreifenden Einfluß auf klinische Symptome verschiedenster Art, auf die Persönlichkeitsstruktur, die Weltanschauung und die Hierarchie der Werte, daß sie gesonderte Beachtung verdienen.

Ich glaube, daß sich die Erfahrungsinhalte der perinatalen Matrizen auf die Erinnerung an die biologische Geburt nicht beschränken lassen. Ein Weg jedoch, wie dieses neue therapeutische Prinzip zu handhaben ist, liegt in der Konzentration auf die biologischen Aspekte des perinatalen Prozesses. Ob sich eine tatsächliche Kausalbeziehung nun nachweisen läßt oder nicht, die Erlebnisse einer ozeanischen Ekstase und des kosmischen Einsseins scheinen eine tiefe Verwandtschaft zu dem undifferenzierten Bewußtsein aufzuweisen, das für den Zustand des Kindes im symbiotischen Zusammenleben mit dem mütterlichen Organismus während seiner ungestörten intrauterinen Existenz und Ernährung charakteristisch ist. Die Verknüpfung der Gefühle kosmischen Einsseins mit dem guten Schoß und der guten Brust gibt manche Aufschlüsse zum Verständnis ihrer weitreichenden Heilkraft. Es ist ein gesicherter Befund der Entwicklungspsychologie, daß die seligen, ichlosen Zustände des Kleinkindes in seiner ersten Lebenszeit für seine künftige seelische Entwicklung, Stabilität und Gesundheit überaus wichtig sind.

In diesem Sinne erscheinen die Erlebnisse kosmischen Einsseins, wenn sie im Erwachsenen durch LSD oder durch andere, nichtmedikamentöse Techniken hervorgerufen werden, als Äquivalente von Erlebnissen des guten Mutterschoßes oder der guten Brust. Sie befriedigen fundamentale psychische und biologische Bedürfnisse des Einzelnen und fördern emotionale und psychosomatische Heilprozesse. Das Erlebnis ekstatischer Verschmolzenheit kann also als ein rückwirkender Eingriff in die Lebensgeschichte des

Einzelnen und als anachronistische Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse verstanden werden. So wirksam aber dieser Faktor auch sein mag, bildet er im Erleben des kosmischen Einsseins doch nur einen relativ oberflächlichen Aspekt. Die biologische Seite dieses Phänomens überzubewerten, hieße seine philosophische und spirituelle Seite vernachlässigen. Wer ein transzendentes Erlebnis gehabt hat, gewinnt ein völlig neues Bild seiner Identität und seines kosmischen Standes. Das materialistische Weltbild, in dem der Einzelne ein sinnloses Stäubchen in den kosmischen Weiten ist, tritt augenblicklich zurück hinter der mystischen Alternative. In dem neuen Weltbild hat der Einzelne im Erleben zu dem innersten Schöpfungsprinzip des Universums Zugang, und in gewissem Sinne ist er diesem Prinzip ebenbürtig oder mit ihm identisch. Dies ist ein drastischer Wechsel der Perspektiven und hat weitreichende Folgen für alle Aspekte im Leben eines Menschen.

In der Kulturgeschichte der Menschheit sind Erlebnisse dieser Art seit Jahrhunderten oder gar Jahrtausenden in verschiedenen Zusammenhängen beschrieben worden. Bei manchen Personen treten sie unter besonderen Umständen spontan auf; zumeist aber werden sie durch eigens auf diesen Zweck abgestellte Prozeduren gefördert. Ungeachtet der Tatsache, daß sowohl die Existenz dieser Erlebnisse als auch ihr heilsamer Einfluß auf den Erlebenden seit langem bekannt waren, wurden sie im Zusammenhang der modernen Psychotherapie oder der Therapie überhaupt kaum je erwähnt. Die einzige Orientierung des Psychiaters angesichts von »Gipfelerlebnissen« war bis zum Erscheinen des Werkes von Maslow die Symptomkunde der Schizophrenie. Die Heilkraft der ekstatischen Zustände ist jedoch von solcher Bedeutung, daß es naheliegt, in der psychiatrischen Therapie völlig neue Wege zu suchen. Wir müssen die Eigenschaften dieser Zustände genau erforschen und neue Methoden finden, um sie zu fördern und herbeizuführen.

9.4 Therapeutische Eigenschaften transpersonaler Erlebnisse

Beobachtungen aus der LSD-Psychotherapie bieten reichlich Grund zu der Annahme, daß die transpersonalen Phänomene mehr sind als ein paar theoretisch interessante Kuriositäten. In vielen Fällen sind einzelne klinische Symptome in dynamischen Strukturen transpersonalen Charakters verankert und können auf der Ebene des psychodynamischen oder auch des perinatalen Erlebens nicht aufgelöst werden. Um ein ganz spezifisches emotionales, psychosomatisches oder zwischenpersönliches Problem zu lösen, muß der Patient manchmal erst dramatische Szenenfolgen erleben, die ihrem Wesen nach offenbar überpersönlich sind. Viele ungewöhnliche und erstaunliche Beobachtungen zeigen klar, daß es notwendig ist, transpersonale Gesichtspunkte und Betrachtungsweisen in die alltägliche psychotherapeutische Praxis aufzunehmen.

Zur Überraschung des Patienten wie des Therapeuten haben scheinbar bizarre und unerklärliche Erlebnisse manchmal einen drastischen Einfluß auf klinische Symptome und Probleme. Da das therapeutische Vorgehen oftmals in unerforschte und auf keiner Karte verzeichnete Gebiete führt, setzt es sowohl beim Patienten wie beim Therapeuten ein gewisses Maß an geistiger Offenheit und Abenteuerlust voraus. Ein Therapeut, der sich streng an die überlieferten Paradigmen seiner Schule hält und der von ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen nichts weiß oder sie meidet, wird allgemein bei Patienten, deren Probleme einen starken transpersonalen Charakter haben, nicht allzu erfolgreich sein. Er wird sie zu den Erlebnissen, die ihre Symptome beheben könnten, nicht ermutigen, und vielleicht wird er sie sogar stillschweigend oder ausdrücklich davon abbringen, sich auf transpersonale Erscheinungen einzulassen.

Hartnäckige emotionale Symptome, die auf der psychodynamischen und auf der perinatalen Ebene nicht hatten behoben werden können, verschwanden bei manchen Patienten oder wurden gemildert in Verbindung mit *embryonalen Erlebnissen*. Das Nacherleben mißlungener Abtreibungen, Krankheiten der Mutter oder emotionaler Krisen während ihrer Schwangerschaft und fetaler Unerwünschtheits-Gefühle (der »abweisende Schoß«) können von großem therapeutischen Wert sein. Besonders dramatische Fälle therapeutischer Änderung traten auf in Verbindung mit *Erlebnissen früherer Inkarnationen*. Diese stellen sich bald gleichzeitig mit perinatalen Phänomenen ein, bald als selbständige thematische Gestalten. Der Einzelne erlebt eine Sequenz, die in einem anderen Land und/oder einer anderen Geschichtsepoche beheimatet ist, gewöhnlich mit tiefer emotionaler Anteilnahme und heftigem Abreagieren. Dies ist mit dem starken Gefühl verbunden, etwas in einem früheren Leben Erfahrenes nachzuvollziehen. Ein spezifisches emotionales, zwischenpersönliches oder psychosomatisches Problem wird als sinnvoller Teil eines karmischen Musters empfunden und verschwindet nach Abschluß dieser Gestalt. In manchen Fällen kann dies mit unabhängigen synchronen Veränderungen im Leben der Personen zusammentreffen, die der Erlebende in der karmischen Szene als Protagonisten erkennt. Die folgende Episode ist eine gute Illustration dieses ungewöhnlichen Phänomens:

Tanya, eine 34-jährige Lehrerin, geschieden und Mutter zweier Kinder, unterzog sich einer LSD-Psychotherapie wegen Depressionen, Angstzuständen und leichter Ermüdbarkeit. Eine ihrer LSD-Sitzungen brachte die unerwartete Lösung eines physischen Problems, das als rein organisch bedingt gegolten hatte. Seit zwölf Jahren litt sie an chronischer Nebenhöhlenentzündung, mit gelegentlichen akuten Verschlimmerungen durch Erkältungen oder Allergien. Diese Beschwerden hatte sie kurz nach ihrer Hochzeit bekommen, und sie litt sehr stark unter ihnen. Die Hauptsymptome waren Kopfschmerzen, starke Kiefer- und Zahnschmerzen, Neigung zu leichtem Fieber, starke Nasensekretion, anfallartiges

Niesen und Husten. Oft wurde sie durch Hustenanfälle geweckt, die morgens manchmal drei bis vier Stunden anhielten. Tanya hatte zahlreiche Allergie-Tests gemacht und war von etlichen Fachärzten mit Antihistaminen, Antibiotika und Spülungen der Nebenhöhlen mit Desinfektionsmitteln behandelt worden. Als dies alles therapeutisch nichts fruchtete, hatten die Ärzte ihr zu einer Operation der Nebenhöhlen geraten, was Tanya ablehnte.

In einer der LSD-Sitzungen verspürte Tanya Erstickungsangst, Blutandrang und Druck auf den Kopf im Zusammenhang des Geburtserlebens. Sie bemerkte eine starke Ähnlichkeit mancher dieser Empfindungen mit den Symptomen ihres Nebenhöhlenproblems; nur waren sie in der Sitzung erheblich verstärkt. Nach vielen Sequenzen von offenbar perinatalem Charakter ging ihr Erleben ganz und gar in eine Episode über, die eine Erinnerung an eine frühere Inkarnation nachzuvollziehen schien. In diesem Zusammenhang nun erschienen die Gefühle des Drucks, der Atemnot und des Blutandrangs, die zuvor Teile des Geburtstraumas gewesen waren, als Symptome des Ertrinkens. Tanya spürte, wie sie auf ein schräggestelltes Brett gefesselt und von einer Gruppe Dorfbewohner langsam unter Wasser gedrückt wurde. Nach dramatischem emotionalem Abreagieren, mit Schreien, heftigem Würgen, Husten und Sekretieren einer Unmenge dicken, grünlichen Nasenschleims erkannte sie den Ort, die Umstände und die Protagonisten.

Sie war ein junges Mädchen in einem Dorf in Neuengland und wurde von Nachbarinnen der Hexerei bezichtigt, weil sie ungewöhnliche spirituelle Zustände kannte. Eines Nachts schleppte eine Gruppe der Dorfbewohner sie in ein nahegelegenes Birkenwäldchen, band sie auf ein Brett und tauchte sie, mit dem Kopf zuunterst, ins kalte Wasser eines Brunnens. Im hellen Mondschein erkannte sie unter ihren Henkern die Gesichter ihres Vaters und ihres Mannes aus dem jetzigen Leben. In diesem Augenblick konnte Tanya in vielen Zügen ihres gegenwärtigen Lebens Entsprechungen zu der ursprünglichen karmischen Szene erkennen. Bestimmte Aspekte ihres Lebens, einschließlich der speziellen Umgangsweisen mit ihrem Mann und ihrem Vater, erschienen plötzlich bis in die kleinsten Einzelheiten einen Sinn zu ergeben.

Das Erlebnis dieser Neuenglandtragödie mit all den verwickelten Bezügen, die Tanya daran knüpfte, bildete natürlich, so überzeugend es auch subjektiv war, keinen Beweis für die historische Tatsächlichkeit dieser Episode oder für eine Kausalbeziehung zwischen diesem Ereignis und Tanyas Nebenhöhlenentzündung. Ebenso wenig konnte man ihre Überzeugung, eine karmische Szene erlebt zu haben, als Beweis für die Tatsächlichkeit der Reinkarnation ansehen. Zum Erstaunen aller Beteiligten jedoch beseitigte dieses Erlebnis die chronischen Nebenhöhlenbeschwerden, unter denen Tanya zwölf Jahre lang gelitten hatte und die sich gegen die konventionelle medizinische Behandlung als völlig refraktär erwiesen hatten.

Es ist interessant, festzustellen, daß sich dieses Wirkprinzip nicht auf psychedelische Zustände beschränkt. Viele ähnliche Beobachtungen wurden von Therapeuten berichtet, die nichtmedikamentöse Techniken anwenden wie Hypnose, Gestalt- oder Primärtherapie. Dennys Kelsey und Joan Grant (45) versetzen ihre Klienten in eine hypnotische Trance, mit dem Auftrag, in der Zeit bis zum Ursprung des emotionalen oder körperlichen Problems zurückzugehen. Ohne daß eine besondere Anleitung sie in diese Richtung verwiesen hätte, durchlebten viele Klienten unter diesen Umständen Erinnerungen an frühere Inkarnationen und konnten dabei ihre Symptome auflösen.



Tanyas Erlebnis aus einer früheren Inkarnation. Sie sieht über sich die Gruppe der Dorfbewohner als einen Kreis gegen den Nachthimmel und den Vollmond.

Eine der Klientinnen von Kelsey und Grant ist hier zu erwähnen, weil der Wirkungszusammenhang in diesem Falle dem sehr ähnlich ist, den ich viele Male in der LSD-Psychotherapie beobachten konnte. Diese Frau hatte eine starke Phobie gegen Vogelschwingen und Federn, und eine lange Behandlung nach konventionellen psychologischen Methoden war ergebnislos geblieben. Ihr Symptom löste sich auf, nachdem sie mit dramatischem Abreagieren eine Szene durchlebt hatte, die den Charakter einer Inkarnationserinnerung aufwies. Sie erlebte sich in männlicher Gestalt als einen persischen Krieger, der durch einen Pfeil zu Tode verwundet war und sterbend auf dem Schlachtfeld lag. Geier sammelten sich um ihn und warteten auf seinen Tod. Sie sprangen ab und zu auf ihn los, hackten mit den Schnäbeln nach ihm und schlugen ihm mit den Flügeln ins Gesicht. In diesem entsetzlichen Erlebnis fand die Klientin die Wurzel ihrer Vogelfedern-Phobie. Das Abreagieren der emotionalen Besetzung und die neue Einsicht befreiten sie für immer von dem lästigen Symptom.

Ähnliche Beobachtungen hat gelegentlich auch Emmett Miller (70) bei der Anwendung einer Hypnose-Technik gemacht, die er selektives Gewahrwerden nennt. Manche Psychologen und Psychiater in den Vereinigten Staaten spezialisieren sich heute darauf, Klienten auf die Ebene früherer Inkarnationen regredieren zu lassen, um die Wurzeln individueller und zwischenpersönlicher Probleme zu entdecken. Viele Inkarnationser-

lebnisse wurden auch im Zusammenhang der »Beicht«-Sitzungen in der Scientology-Bewegung beschrieben. Bei den Heilbehandlungen von Edgar Cayce wird oftmals auf karmische Ursachen von Problemen verwiesen. Manchmal treten Inkarnations-Erinnerungen spontan im Alltag auf; sie können hier die gleichen heilsamen Folgen haben, wenn man sie bis zum Abschluß kommen läßt. Man kann sich fragen, wie viele Gelegenheiten zu wirksamen therapeutischen Maßnahmen von Psychiatern versäumt worden sind, die im kartesisch-newtonschen Weltbild befangen sind und deren Patienten behaupteten, zu karmischen Bewußtseinsebenen Zugang zu haben. Die Bedeutung der transpersonalen Erlebnisse für die therapeutische Behandlung der Schizophrenie wurde an früherer Stelle in diesem Buch (vgl. S. 195) an der Geschichte Miladas verdeutlicht.

Ahnen-Erinnerungen spielen manchmal eine ähnliche Rolle wie die Erinnerungen an frühere Inkarnationen. In manchen Fällen verschwinden Symptome, nachdem der Patient etwas nacherlebt hat, wovon er meint, daß es eine Erinnerung aus dem Leben seiner Vorfahren sei. Mir sind auch Fälle begegnet, in denen die Patienten bestimmte innerpsychische Probleme als verinnerlichte Konflikte zwischen den Familien ihrer Vorfahren erkannten und sie auf dieser Ebene lösten. Manchmal läßt sich ein psychopathologisches oder psychosomatisches Symptom bis zu den Elementen eines *tierischen oder pflanzlichen Bewußtseins* zurückverfolgen. So wurden die komplexen und scheinbar bizarren Empfindungen einer Patientin aufgelöst, als sie darin Zustände eines Pflanzenbewußtseins erkannte und sich dazu überwinden konnte, sich als einen Baum zu erleben. Bei einem anderen Patienten wurden ungewöhnliche Körperempfindungen und Symptome eines starken Heuschnupfens durch den Einfluß des LSD bis zu dem überzeugenden Gefühl verstärkt, ein Lebewesen einer anderen Gattung zu sein. Um die Komplexität und die faszinierenden Dimensionen dieses Themas zu illustrieren, möchte ich einen Fall schildern, der sehr interessante Einsichten gewährt, obwohl er nicht zu einem klaren therapeutischen Ergebnis führte.

Neulich besuchte mich Arthur, ein 46-jähriger Mathematiker, der früher einmal, teils zu didaktischen Zwecken und teils, um seinen neurotischen Problemen auf den Grund zu gehen, LSD-Sitzungen gehabt hatte. Während dieser Sitzungen hatte er sich lange Zeit mit Problemen seiner embryonalen Entwicklung und seiner Geburt beschäftigt. Daß er in diesen Bereichen mit besonderen Komplikationen zu tun hatte, war durch die Tatsache bedingt, daß er eine Zwillingsschwester hatte. In vielen Sitzungen hatte er Erscheinungen von Geschöpfen mit komplexer geometrischer Organisation gehabt. Er hatte an diesen Erlebnissen emotional starken Anteil genommen, obwohl sie ihm merkwürdig vorkamen und keinen Sinn ergaben. Er verstand nicht, warum er diesen bizarren, unverständlichen Formen so viel Zeit widmete.

Mehrere Jahre später, als er mit den LSD-Sitzungen längst aufgehört hatte, überanstrengte er sich bei der Arbeit an einem ehrgeizigen Projekt. Mehrere Monate lang hatte er zu wenig geschlafen, zuviel Kaffee getrunken und pro Tag zwei Schachteln Zigaretten geraucht. In der Genesungszeit nach einem Herzanfall kaufte er sich Ernst Haeckels Buch KUNSTFORMEN IN DER NATUR (35), eine Sammlung von Tafeln, die verschiedene tierische Formen im evolutionären Stammbaum darstellen. Er war erstaunt, als er beim Durchblättern viele der Formen wiedererkannte, die in seinen LSD-Sitzungen eine so wichtige Rolle gespielt hatten. Augenblicklich gewann er Einsichten in die Art des Prozesses, den er damals nicht abgeschlossen hatte. Als Zwilling war er während seiner embryonalen Entwicklung in besonderem Maße mit Problemen der Symmetrie konfrontiert gewesen. Seine Erinnerungen an die verschiedenen Stadien dieser Entwicklung verbanden sich in den LSD-Sitzungen mit denjenigen tierischen Formen, die ihnen nach Haeckels biogenetischem Gesetz²⁷ entsprachen. In diesem

Zusammenhang erkannte er, daß das Herz als ein asymmetrisches Organ bei der Embryogenese besondere Probleme bereitet. Auf dieser Ebene, im Bereich geometrischer Grundformen in der Natur fand Arthur die tiefsten Wurzeln seines lebenslangen Interesses an der Mathematik, der Symmetrie und den geometrischen Formen.

In einigen Fällen erkannten LSD-Patienten, daß manche ihrer Symptome, Einstellungen und Verhaltensweisen Äußerungsformen einer latenten *archetypischen Struktur* waren. Vollständiges Erleben der verschiedenen archetypischen Wesen und die Identifikation mit ihnen können die Auflösung solcher Probleme bewirken. Manchmal haben die dabei auftretenden Energieformen eine so fremdartige Qualität, daß das Verhalten des LSD-Patienten dem nahekommt, was Anthropologen als Besessenheit von Dämonen beschrieben haben. Das therapeutische Verfahren kann in solchen Fällen viele Merkmale des Exorzismus annehmen, so wie er in der mittelalterlichen Kirche praktiziert wurde oder bei der Austreibung von bösen Geistern in Stammeskulturen. Solche Vorgänge können für den Patienten und für den Therapeuten äußerst erschöpfend sein. Die folgende Geschichte ist das dramatischste Beispiel für dieses Phänomen, das ich erlebt habe; von anderen, ähnlichen Episoden unterscheidet es sich durch die Tatsache, daß die Patientin für den größten Teil der Zeit eine Amnesie hatte.

Während meiner Arbeit am Maryland Psychiatric Research Center wurde ich zu einer Besprechung der Mitarbeiter am Staatlichen Krankenhaus von Spring Grove hinzugezogen. Einer der Psychiater schilderte den Fall Floras, einer 28-jährigen alleinstehenden Patientin, die seit über acht Monaten in einer geschlossenen Abteilung untergebracht war. Alle Mittel, einschließlich Beruhigungs- und Antidepressionsmitteln, Psychotherapie und Beschäftigungstherapie, waren versucht worden und gescheitert; und nun stand ihr die Verlegung auf die Station der chronisch Geisteskranken bevor. Flora hatte eine der kompliziertesten Kombinationen von Symptomen und Problemen, die mir in meiner psychiatrischen Praxis je begegnet ist. Mit sechzehn Jahren hatte sie zu einer Bande gehört, die einen bewaffneten Raubüberfall durchführte und dabei einen Nachtwächter umbrachte. Als Fahrerin des Fluchtwagens mußte Flora vier Jahre im Gefängnis absitzen; die Reststrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. In den stürmischen Jahren, die nun folgten, wurde sie eine Mehrfachsüchtige. Sie war Alkoholikerin und heroinsüchtig zugleich; außerdem nahm sie oft hohe Dosen Psychostimulantien und Barbiturate. Sie hatte starke Depressionen, die mit suizidal-gewalttätigen Tendenzen verbunden waren; oft hatte sie den Impuls, mit ihrem Wagen über eine Klippe oder in einen anderen Wagen hineinzufahren. Sie litt unter hysterischem Erbrechen, besonders in Situationen, die sie emotional erregten. Wahrscheinlich die quälendste ihrer Beschwerden war ein schmerzhafter Gesichtskrampf, ein *Tic douloureux*, für den ein Neurochirurg von der Johns Hopkins-Universität eine Gehirnoperation vorgeschlagen hatte, bei der die beteiligten Nerven durchtrennt worden wären. Flora war lesbisch und deswegen stark konflikt- und schuldbefangen; heterosexuellen Verkehr hatte sie noch nie gehabt. Und als ob das noch nicht kompliziert genug gewesen wäre, war sie auch noch durch ein Gerichtsurteil in die Anstalt eingewiesen, weil sie ihre Zimmergenossin schwer verletzt hatte, als sie unter Heroin-Einfluß versuchte, ihren Revolver zu putzen.

Am Ende dieser Fallbesprechung richtete der diensthabende Anstaltspsychiater an Dr. Charles Savage und mich die Frage, ob eine LSD-Psychotherapie in Frage käme. Die Entscheidung fiel uns nicht leicht, denn es war die Zeit der hysterischen Hetze gegen das LSD. Flora wies ein Vorstrafenregister auf, sie hatte Zugang zu Waffen, sie litt unter Selbstmordneigungen. Uns war klar, daß in diesem Meinungsklima alles, was nach einer LSD-Sitzung mit Flora geschehen mochte,

automatisch der Droge angelastet werden würde, ohne Rücksicht auf Floras Vorgeschichte. Andererseits war alles, was sonst in Frage kam, schon ohne Erfolg versucht worden, und ihr weiteres Leben würde sich in einer Station für chronisch Geisteskranke abspielen. Wir beschlossen, es drauf ankommen zu lassen und sie in unser LSD-Programm zu übernehmen, in dem Gefühl, daß ihre aussichtslose Lage das Risiko rechtfertigte.

Floras erste LSD-Sitzungen (mit hoher Dosis) waren nicht sehr viel anders als viele, die ich früher schon geleitet hatte. Sie beschäftigte sich mit einigen Situationen aus ihrer bewegten Kindheit und erlebte mehrfach Kämpfe im Geburtskanal nach. Ihre suizidal-gewalttätigen Tendenzen und die schmerzhaften Gesichtskrämpfe konnte sie mit Aspekten des Geburtstraumas in Zusammenhang bringen, und große Mengen emotionaler und physischer Spannung wurden abgeführt. Die therapeutischen Fortschritte blieben trotzdem unerheblich.

In Floras dritter LSD-Sitzung geschah während der ersten zwei Stunden nichts Ungewöhnliches; sie hatte ähnliche Erlebnisse wie in den beiden vorigen Sitzungen. Plötzlich klagte sie, die Schmerzen in ihrem Gesicht würden unerträglich. Vor unseren Augen wurden ihre Gesichtskrämpfe grotesk verstärkt, und ihr Gesicht gefror zu einem Ausdruck, den man am besten als eine Maske des Bösen bezeichnen kann. Sie sprach auf einmal mit einer tiefen Männerstimme, und alles an ihr war so verändert, daß ich zwischen ihrer gegenwärtigen Erscheinung und ihrem früheren Selbst überhaupt keine Verbindung mehr sah. Ihre Augen hatten einen Ausdruck von unbeschreiblicher Bosheit; ihre Hände waren verkrampft und sahen wie Klauen aus.

Die fremde Energie, die Floras Körper und Stimme in der Gewalt zu haben schien, stellte sich als der Teufel vor. »Er« wandte sich unmittelbar an mich, mit dem Befehl, ich solle mich von Flora fernhalten und jeden Versuch aufgeben, ihr zu helfen. Sie gehöre ihm, und er würde jeden bestrafen, der sich auf sein Gebiet vorwage. Was folgte, war unverhohlene Erpressung, mit etlichen bedenklichen Ankündigungen dessen, was aus mir, meinen Kollegen und unserem Programm werden würde, wenn ich ihm nicht gehorchte. Die unheimliche Atmosphäre dieser Szene ist schwer zu beschreiben; man konnte fast spüren, daß etwas ungreifbar Fremdes im Raum zugegen war. Die Kraft der Erpressungen wurde um so größer durch den Umstand, daß sie auf konkreten Informationen über Dinge beruhten, von denen die Patientin in ihrem gewöhnlichen Zustand nichts wissen konnte.

Ich merkte, daß ich selbst unter höchster emotionaler Spannung stand. Zwar war mir Ähnliches in manchen LSD-Sitzungen schon begegnet, doch war es noch nie so realistisch und überzeugend gewesen. Es fiel mir schwer, meine Angst und den Wunsch zu unterdrücken, mich auf einen, wie mir nötig schien, aktiven Kampf mit dieser Erscheinung einzulassen. Ich merkte, wie sich meine Gedanken überstürzten, als ich überlegte, was in einer solchen Lage die beste Strategie wäre. Einmal ertappte ich mich bei dem Gedanken, daß ein Kruzifix in die Rüstkammer des Therapeuten gehöre, mit der Begründung, daß dies offenbar ein Archetyp sei, der sich hier manifestierte, und daß unter diesen Umständen das Kreuz ein spezifisches archetypisches Heilmittel wäre.

Bald wurde mir klar, daß meine Emotionen, ob nun von Angst oder Aggressivität beherrscht, die Erscheinung nur um so realer machten. Szenen aus Science-Fiction-Geschichten fielen mir ein, in denen fremdartige Lebewesen vorkommen, die sich von den Emotionen anderer nähren. Ich begriff schließlich, daß ich vor allem ruhig und gefaßt bleiben mußte. Ich beschloß, mich in eine meditative Stimmung zu versetzen. Ich nahm Floras verkrampfte Hand und versuchte, mich

ihr gegenüber so zu verhalten, wie ich es auch vorher getan hatte. Gleichzeitig versuchte ich mir eine Lichtkapsel vorzustellen, die uns beide einhüllte; intuitiv fand ich, dies sei die beste Methode. Die Situation dauerte so über zwei Stunden – der Uhr nach, denn nach meinem subjektiven Zeitgefühl waren es die längsten zwei Stunden, die ich abgesehen von meinen eigenen psychedelischen Sitzungen je erlebt habe.

Dann lockerte sich Floras Hand, und ihr Gesicht nahm wieder seine alte Form an; diese Veränderungen geschahen ebenso abrupt wie das Einsetzen des ungewöhnlichen Zustandes. Ich merkte bald, daß Flora sich an nichts erinnerte, was in den letzten zwei Stunden gewesen war. Später, in ihrem schriftlichen Bericht, sprach sie von den ersten beiden Stunden der Sitzung und kam dann gleich zu der Zeit nach der »Besessenheits«-Episode. Ich fragte mich, ob ich über die Zeit mit ihr sprechen sollte, die ihr durch die Amnesie verdeckt war. Ich beschloß, es zu unterlassen. Es gab keinen Grund, ihr ein so makabres Thema zu Bewußtsein zu bringen.

Zu meiner großen Überraschung resultierte aus dieser Sitzung ein therapeutischer Durchbruch. Floras Selbstmordneigungen verloren sich, und sie fand neuen Geschmack am Leben. Sie gab Alkohol, Heroin und Barbiturate auf und ging nun mit Feuereifer zu den Versammlungen einer kleinen religiösen Gruppe in Catonsville. Die meiste Zeit über hatte sie keine Gesichtskrämpfe mehr; die Energie, die in ihnen steckte, schien sich in der »Maske des Bösen«, die Flora zwei Stunden lang getragen hatte, erschöpft zu haben. Wenn der Schmerz gelegentlich wieder auftrat, blieb er so geringfügig, daß nicht einmal mehr Medikamente erforderlich wurden. Zwar begann sie, heterosexuelle Verhältnisse auszuprobieren, und heiratete, sexuell aber war sie weiterhin nicht gut angepaßt. Zum Verkehr war sie zwar fähig, fand ihn aber schmerzhaft und nicht sehr lustvoll. Ihre Ehe war nach drei Monaten gescheitert, und Flora nahm wieder lesbische Beziehungen auf – nun jedoch mit sehr viel weniger Schuldgefühl. Ihr Zustand war so weit gebessert, daß sie eine Stelle als Taxifahrerin bekam. Die nächsten Jahre brachten einiges Auf und Nieder, aber sie kam nicht mehr in die psychiatrische Anstalt, die leicht zu ihrem dauernden Verbleib hätte werden können.

Die Ausführungen zu Anfang und die letzten Beispiele stellen nur eine kleine Auswahl aus den Beobachtungen dar, die ich in zwanzigjähriger Forschungsarbeit gemacht habe. Sie besagen, daß transpersonale Erlebnisse von hohem therapeutischem Wert sein können. Fachlich oder philosophisch mag der Therapeut von solchen Erscheinungen halten, was er will; aber er sollte ihre therapeutische Kraft kennen und seinen Klienten Beistand leisten, wenn sie auf dem Wege der Selbsterforschung in transpersonale Bezirke eintreten.

Diese Beobachtungen aus der LSD-Psychotherapie zu den Wirkprinzipien therapeutischer Änderungen machen deutlich, daß keine der bestehenden psychologischen Schulen die ganze Spannweite der Wirkungszusammenhänge erfaßt und dafür eine zureichende Erklärung bietet. Manche der psychotherapeutischen Hauptrichtungen geben nützliche Formeln für denjenigen Bereich des Unbewußten an die Hand, mit dem sie sich befassen. So ist die Freudsche Psychoanalyse nützlich, solange sich die LSD-Sitzungen auf die biographische Ebene konzentrieren. Die Ranksche Orientierung kann mit manchen erheblichen Abwandlungen viel dazu beitragen, die biologischen Aspekte des Todes- und Wiedergeburtserlebens zu verstehen. Die Jungsche Psychologie hat viele bedeutsame Erlebensbereiche der transpersonalen Schicht erkundet und aufgezeichnet. Doch jede dieser Orientierungen ist für den psychedelischen Prozeß nur partiell brauchbar, und strenges Festhalten an einem bestimmten theoretischen System wäre letztlich antitherapeutisch. Psychologie und Psychotherapie haben in dieser Hinsicht viel von der modernen Physik zu lernen. Der theoretische Physiker Geoffrey Chew (20)

hat vor kurzem eine revolutionäre Auffassung vorgetragen, die er als die »Schnürsenkelphilosophie der Natur« bezeichnet. In dieser Sicht erscheint das Universum nicht als ein riesiges Uhrwerk, als eine Ansammlung von Objekten, die nach den Prinzipien der newtonschen Mechanik aufeinander einwirken, sondern als ein unendlich weitverflochtenes Netz von Ereignissen in Wechselwirkung. Kein Teil des Netzes hat Eigenschaften, die ihrem Wesen nach so und nicht anders wären; sondern alle Eigenschaften sind nur Folgen der Eigenschaften anderer Teile, und die allgemeine Konsistenz ihrer Wechselwirkung bestimmt die Struktur des ganzen Netzes. Die Art, wie die verschiedenen Wissenschaftsgebiete die Wirklichkeit aufteilen, ist letztlich willkürlich, und alle wissenschaftlichen Theorien sind nur mehr oder weniger nützliche Annäherungen.

Auf dem Gebiet der Bewußtseinsforschung kommt dem die Konzeption der Spektrumspsychologie am nächsten, die von Ken Wilber (103) formuliert worden ist. Sie besagt, daß die verschiedenen Schulen der Psychologie jeweils eine bestimmte Ebene oder eine Spanne des Bewußtseins richtig beschreiben, aber nicht für die Psyche in ihrer Gesamtheit ausreichen. Für die LSD-Psychotherapie kommt es darauf an, den Prozeß der Selbsterforschung vom Standpunkt der Spektrumspsychologie und im Geiste der »Schnürsenkelphilosophie« aufzufassen. Theoretische Modelle jeder Art sind nur eine annähernd richtige und bedingt nützliche Ordnung der zu einer bestimmten Zeit über einen bestimmten Bereich vorliegenden Daten. Sie dürfen mit einer genauen und erschöpfenden Weltbeschreibung nicht verwechselt werden. Damit ein theoretisches Modell den wissenschaftlichen Fortschritt begünstigt und nicht aufhält, muß es ein elastisches Provisorium sein, das neue Beobachtungen aufnehmen oder ihnen nachgeben kann. Die Wirklichkeit ist weiter und komplexer als die komplizierteste und umfassendste Theorie. Wenn der Therapeut sein theoretisches System mit der »Wahrheit« über das Wirkliche verwechselt, wird dies früher oder später den therapeutischen Vorgang stören und die Behandlung in eine Sackgasse führen, sobald die Patienten therapeutischer Erfahrungen bedürfen, die sein System nicht vorsieht oder erlaubt.

Meine Ansicht ist heute, daß die emotionalen und psychosomatischen Symptome eine Blockierung von Energie anzeigen und letztlich, in verdichteter Form, potentielle Erlebnisse darstellen, die ins Bewußtsein drängen. Ich glaube, daß es die Aufgabe des Therapeuten ist, die Energie mobilisieren zu helfen und den freien Ablauf des Erlebens zu fördern. Der Therapeut sollte die Art dieses Erlebens theoretisch und emotional unparteiisch hinnehmen und bereit sein, den Prozeß zu fördern und zu bestätigen, solange dieser nicht für den Klienten oder andere mit physischen Gefahren verbunden ist. Letztlich scheint es keinen Unterschied zu machen, welche Form das Erleben annimmt, wenn der Klient nur dem eigenen Prozeß treu bleibt und ihm vollständig nachgibt. Ob der Klient nun eine Kindheitserinnerung durchlebt, eine Geburtssequenz, eine karmische Konstellation, eine phylogenetische Episode oder die Erscheinung eines Dämons, der Therapeut sollte geistig offen genug sein, dem Klienten Mut zu machen, daß er dem Kräftefluß nachgeht, ohne Rücksicht auf den spezifischen Inhalt. Die therapeutischen Resultate erwachsen aus der Vervollständigung der Erlebensgestalt, ob der Prozeß nun intellektuell begriffen wurde oder nicht. Nachdem der Prozeß abgeschlossen ist, können Therapeut und Klient den Versuch machen, die Ereignisse der Sitzung in eine theoretische Perspektive zu rücken. Je nach der Art und Ebene des Erlebens kann es die Freud'sche Psychoanalyse sein, welche die besten Landkarten bietet, die Psychologie Ranks, die theoretischen Konstrukte C. G. Jungs, der tibetanische Buddhismus, die Alchemie, die Kabbalah oder eine andere alte Landkarte des Bewußtseins, die Mythologie einer bestimmten Kultur oder eine bestimmte spirituelle Orientierung. Die intellektuelle Analyse aber wäre als eine interessante akademische Übung zu betrachten, die für den Therapieverlauf unwichtig ist. Mag dies auch oberflächlich betrachtet als intellektuelle Anarchie erscheinen, aus der ein theoretisches Chaos hervorwächst, hat es doch seine eigene innere Logik und kann sich sinnvoll mit einem neuen Modell des Universums und

der menschlichen Natur verbinden. Ausführungen zu diesem Thema wollen wir dem nächsten Band vorbehalten.

Anmerkungen

- 1 Mögliche soziopolitische Folgerungen aus diesen Beobachtungen habe ich des näheren in meinem Aufsatz »Perinatal Roots of Wars, Totalitarianism and Revolutions« (33) ausgeführt.
- 2 Ernst Haeckels biogenetisches Gesetz besagt, daß der Organismus während seiner individuellen Entwicklung (Ontogenese) in verdichteter Form die Geschichte der Gattung (Phylogenese) wiederhole.

Epilog: Die Zukunft der LSD-Psychotherapie

In den Kapiteln dieses Buches habe ich meine Überzeugung auszudrücken und zu belegen versucht, daß LSD ein mächtiges, einzigartiges Hilfsmittel zur Erforschung des Bewußtseins und der menschlichen Natur sei. Psychedelische Erlebnisse vermitteln Zugang zu tiefen Schichten der Psyche, die von den Hauptströmungen der Psychologie und Psychiatrie noch nicht entdeckt und berücksichtigt wurden. Zugleich erschließen sie neue Möglichkeiten und Mechanismen therapeutischer Änderung und persönlichen Wandels. Daß die Spannweite des LSD-Erlebens den meisten Psychiatern verwirrend erscheint und mit den geläufigen theoretischen Systemen nicht auszumessen ist, heißt nicht, daß die Wirkungen des LSD völlig unvorhersehbar wären. Der verantwortliche und wirksame Gebrauch dieser Droge erfordert eine gründliche Neubestimmung der heutigen psychotherapeutischen Theorie und Praxis. Dennoch ist es heute schon möglich, Prinzipien zu formulieren, nach denen eine LSD-gestützte Psychotherapie die größtmögliche therapeutische Wirkung bei kleinstmöglichem Risiko erzielen kann.

Die Zukunft der LSD-Psychotherapie vorherzusagen, ist heute schwierig. Daß sie gefahrlos und wirksam angewendet werden kann, heißt nicht, daß sie von der orthodoxen Psychiatrie assimiliert werden wird. Diese Frage wird kompliziert durch vielerlei Faktoren emotionalen, administrativen, politischen und juristischen Charakters. Wir sollten jedoch klar zwischen der Zukunft der LSD-Psychotherapie und ihrem Beitrag zu einer zukünftigen Theorie und Praxis der Psychiatrie unterscheiden. Wie schon gesagt, ist LSD ein Verstärker oder Katalysator innerer Vorgänge. Bei sinnvoller Anwendung könnte es zu so etwas wie dem Mikroskop oder Teleskop der Psychiatrie werden. Ob die LSD-Forschung weitergeführt wird oder nicht, die Einsichten, zu denen sie bereits geführt hat, sind von bleibendem Wert.

Zu den theoretischen Aussagen und praktischen Prinzipien, die von der LSD-Psychotherapie entdeckt oder bestätigt wurden, gehören eine neue, erweiterte Topographie des menschlichen Bewußtseins, neue und wirksame therapeutische Mechanismen, eine neue Strategie der Psychotherapie und eine Synthese von Spiritualität und Wissenschaft in der Auffassung der transpersonalen Erscheinungen. Außerdem ist in letzter Zeit eine gewisse Konvergenz von Mystik, moderner Bewußtseinsforschung, quanten- und relativitätstheoretischer Physik zu beobachten, was für die Möglichkeit spricht, daß die psychedelische Forschung in Zukunft etwas zu unserer Auffassung vom Wesen der Realität beitragen könnte.

Gewiß haben psychedelische Versuche ihre Gefahren und Verwicklungen. Aber Vorstöße in unerforschte Gebiete sind niemals gefahrlos. Wilhelm Conrad Röntgen verlor die Finger beim Experimentieren mit seiner neuen Form von Strahlen. Von den Flugzeugpiloten der Frühzeit, die dem heutigen Massenverkehr den Weg bereiteten, sollen 75 Prozent bei Unfällen umgekommen sein. Der Grad des Risikos ist direkt proportional der Bedeutung und Leistungsfähigkeit einer Erfindung; so ging man bei der Erfindung des Schießpulvers ein anderes Risiko ein als bei der Entwicklung der Kernenergie. LSD ist ein Werkzeug von außerordentlicher Gewalt; nach mehr als zwanzig Jahren klinischer Studien habe ich großen Respekt vor dem, was es im guten wie im bösen leistet. Was immer die Zukunft der LSD-Psychotherapie bringen mag, wir müssen uns darüber klar sein, daß wir durch die Verbannung der psychedelischen Forschung nicht nur das Studium eines interessanten Pharmakons oder einer ganzen Gruppe solcher Substanzen aufgeben, sondern auch einen der aussichtsreichsten Wege zum Verständnis des menschlichen Geistes und Bewußtseins.

Heute sind die Aussichten für eine systematische LSD-Forschung und deren extensive Nutzung für Zwecke der Psychotherapie recht düster. Man kann schwer sagen, ob die Lage sich ändern wird oder nicht. Es gibt Anzeichen, die dafür sprechen, daß das allgemeine Klima in den kommenden Jahren sich bessern wird.

Das LSD ist zur Zeit der pharmakologischen Revolution auf der Szene erschienen, als die neuen Beruhigungs- und Antidepressionsmittel ihre ersten Triumphe feierten und übersteigerte Hoffnungen weckten, daß es für die meisten Probleme in der Psychiatrie einfache chemische Lösungen gäbe. Die anfängliche Begeisterung auf diesem Gebiet ist heute stark abgeklungen. Auch wenn man die Humanisierung der psychiatrischen Krankenhäuser und Stationen begrüßen wird, deren Atmosphäre nun jener in den allgemeinen Krankenhäusern gleicht, wird doch immer deutlicher, daß die Beruhigungs- und Antidepressionsmittel im großen und ganzen nur Symptombesserungen erreichen. Sie lösen die Probleme nicht und führen in schweren Fällen zur lebenslangen Abhängigkeit von den Medikamenten. Außerdem gibt es immer mehr fachliche Untersuchungen, die auf die Gefahren hinweisen, die mit dem massiven Gebrauch dieser Medikamente verbunden sind: irreversible neurologische Symptome einer späteren Dyskinesie, degenerative Veränderungen in der Retina oder echte physiologische Suchtbildung mit Entzugerscheinungen.

Nicht vergessen wollen wir auch die sozialen Kräfte, die bei künftigen Veränderungen der öffentlichen Haltung zur psychedelischen Forschung ins Gewicht fallen könnten. Viele Angehörige der jüngeren Generation, die sich heute in einflußreichen Positionen des Sozialwesens befinden oder bald in sie einrücken werden – als Anwälte, Lehrer, Verwaltungsbeamte oder Psychotherapeuten –, haben in ihrer Studentenzeit eingehende Erfahrungen mit Psychedelika gemacht. Wer die psychedelischen Zustände selbst kennt oder Gelegenheit hatte, sie bei Freunden oder Verwandten zu beobachten, wird sich selbst ein Bild machen und sich auf Informationen aus zweiter Hand nicht verlassen. Spuren von Vernunft in den neuen Marihuana-Gesetzen vieler amerikanischer Bundesstaaten könnten erste Früchte dieser Entwicklung sein. Die Tatsache, daß ein ritualisierter und verantwortlicher Gebrauch der Psychedelika in manchen Gesellschaften des Altertums und der vorindustriellen Kulturen sozial gebilligt und ins Sozialgefüge sinnvoll eingeflochten wurde, ist immerhin ein hoffnungsvoller Präzedenzfall.

Anhang

Krisenintervention im Zusammenhang unbeaufsichtigter Verwendung von Psychedelika

Seit Mitte der 60er Jahre, als sich das Experimentieren mit LSD und anderen Psychedelika aus den psychiatrischen Instituten und Kliniken in Privatwohnungen und an öffentliche Orte verlagerte, hat sich die Rolle der Psychiater und Psychotherapeuten im Verhältnis zu diesen Substanzen drastisch geändert. Von der vordersten Front der Forschung und des Experimentierens sind sie nun in die Nachhut der Rettungskommandos und Leichenbestatter gerückt, die man herbeiruft, damit sie die Opfer der psychedelischen Szene betreuen. Diese Entwicklung hat erheblich dazu beigetragen, die Haltung der meisten Psychiater und Psychologen zu den Psychedelika einzufärben; sie sehen deshalb in ihnen weniger die therapeutischen Möglichkeiten als die Gefahren. In der durch Sensationsmeldungen emotional aufgeheizten Atmosphäre haben auch Fachleute ihre Vorstellung vom LSD mehr von Journalisten und Schlagzeilen prägen lassen als von den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung. Die Komplikationen und Unglücksfälle bei unbeaufsichtigten Selbstversuchen mit LSD wurden daher nicht so sehr dem unklugen und verantwortungslosen Gebrauch der Drogen als vielmehr den ihr innewohnenden Gefahren selbst zugeschrieben.

Eine restriktive Gesetzgebung hat die wissenschaftliche Forschung mit psychedelischen Substanzen praktisch vernichtet; hingegen ist es ihr kaum gelungen, die unbeaufsichtigten Selbstversuche zu unterbinden. Auf den Straßen und Universitätsgeländen sind psychedelische Drogen von dubioser Qualität leicht zu haben; für den seriösen Forscher dagegen ist es nahezu unmöglich, zur wissenschaftlichen Untersuchung ihrer Wirkungen eine Lizenz zu bekommen. Folglich sind die Therapeuten hier in einer höchst paradoxen Lage: Man erwartet von ihnen fachkundige Hilfe auf einem Gebiet, wo ihnen die Forschung und Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse untersagt ist. Der weitverbreitete Gebrauch der Psychedelika und die relativ große Häufigkeit dabei auftretender Probleme bilden einen scharfen Kontrast zur allgemeinen Unkenntnis der einschlägigen Phänomene. Dies gilt gleichermaßen für das Massenpublikum wie für die Mehrheit der Psychiater und Psychologen.

Diese Situation hat üble praktische Folgen. Viele Notfallbehandlungen nach Gebrauch psychedelischer Drogen geschehen auf eine Weise, die noch im günstigeren Falle unwirksam, wahrscheinlicher aber untherapeutisch und schädigend ist. Die Krisenintervention in psychedelischen Sitzungen und die Behandlung schädlicher Nachwirkungen von unbeaufsichtigten Selbstversuchen sind Fragen von hinreichender medizinischer und sozialer Bedeutung, um besondere Beachtung zu verdienen. Die meisten Informationen, die für das Verständnis dieser Fragen und für wirksame Maßnahmen dieser Art wichtig sind, wurden schon in den verschiedenen Kapiteln dieses Buches gegeben. Wegen der Bedeutung des Problems will ich sie hier noch einmal in Kürze zusammenfassen und ihre Beziehung zur Frage der Krisenintervention klarstellen.

Wesen und Dynamik psychedelischer Krisen

Die Dynamik psychedelischen Erlebens zu kennen, ist für wirksame Maßnahmen in Krisen absolut unerlässlich. Ein schwieriges LSD-Erlebnis, sofern es nicht einem groben Mißbrauch der Droge entspringt, ist die Externalisierung einer potentiell pathogenen Matrix aus dem Unbewußten des Erlebenden. Richtig behandelt, bietet eine psychedelische Krise gute therapeutische Möglichkeiten und kann zu einer tiefen Persönlichkeitsänderung führen. Umgekehrt kann eine unverständige Behandlung psychischen Schaden stiften, chronisch-psychotische Zustände und jahrelange Anstaltsaufenthalte herbeiführen.

Bevor ich auf die schwierigen Erlebnisse in psychedelischen Sitzungen, auf ihre Ursachen und die Grundsätze der Krisenintervention eingehe, möchte ich ganz kurz meine bisherigen Ausführungen über Wesen und Dynamik des LSD-Prozesses wiederholen. LSD ruft nicht einen LSD-spezifischen Zustand mit bestimmten stereotypen Merkmalen hervor; es ist am besten als ein Verstärker oder Katalysator innerer Vorgänge zu bezeichnen, der den Zugang zu verborgenen Schichten der menschlichen Seele vermittelt. Als solcher aktiviert es unbewußtes Material und bringt es an die Oberfläche, wo es dem unmittelbaren Erleben zugänglich wird.

Wer also LSD nimmt, erlebt nicht einen »LSD-Zustand«, sondern unternimmt eine phantastische Reise durch die eigene Seele. Alle Erscheinungen, die ihm auf dieser Reise begegnen – Gedanken, Bilder, Gefühle und psychosomatische Vorgänge –, sind daher als Äußerungen latent vorhandener Möglichkeiten in der Seele des Erlebenden und nicht als Symptome einer »toxischen Psychose« aufzufassen. Im LSD-Zustand ist die Empfänglichkeit für äußere Einflüsse und Umstände in hohem Maße gesteigert. Zu diesen außerpharmakologischen Einflüssen gehören alle Faktoren des Erwartungsrahmens und der Behandlungssituation: das Wissen des Einzelnen von den Wirkungen dieser Droge, der Zweck, zu dem er sie einnimmt, seine allgemeine Auffassung des Erlebens, die materiellen und zwischenmenschlichen Bedingungen in der Situation. Ein schwieriges LSD-Erlebnis ist also entweder bedingt durch eine pathogene Konstellation im Unbewußten des Erlebenden, in traumatischen äußeren Umständen oder in beidem.

Und nun also zur Frage der Komplikationen bei unbeaufsichtigten Selbstversuchen. Obwohl die in der klinischen Forschung mit LSD entdeckten Prinzipien unmittelbar auch für die Krisenintervention gelten, ist doch der grundsätzliche Unterschied zwischen beiden Situationen keinesfalls zu übersehen. Das in klinischen und experimentellen Studien verwendete LSD ist pharmazeutisch rein, und seine Quantität kann genau bemessen werden; LSD vom Schwarzen Markt entspricht diesen Kriterien gewöhnlich nicht. Nur in einem Bruchteil der Fälle ist die »Straßensäure« mehr oder weniger reines LSD. Die schwarzmarktgängigen Präparate enthalten oft allerlei Unreinheiten oder Beimischungen anderer Drogen. In manchen Stichproben wurden bei der chemischen Analyse Amphetamine, STP, PCP, Strychnin, Benaktizin und gelegentlich auch Spuren von Urin entdeckt. In einigen Fällen enthielt das angebliche LSD irgendeine Mischung all dieser Stoffe, aber kein bißchen echtes LSD. Die schlechte Qualität vieler im Straßenhandel erhältlicher Präparate ist mit Sicherheit der Grund für manche negativen Reaktionen bei unbeaufsichtigten Selbstversuchen. Außerdem können die Ungewißheit hinsichtlich Qualität und Dosierung und die daraus erwachsenden Befürchtungen sich nachteilig auf die Bereitschaft auswirken, auch unangenehme Erlebnisse zu ertragen; diese werden dann allzu schnell als Zeichen einer Vergiftung oder Überdosis verstanden und nicht als Erscheinungen aus dem Unbewußten des Erlebenden.

Die Qualitätsmängel der Droge und die dadurch verbreitete Unsicherheit dürften jedoch nur einen relativ geringfügigen Teil der negativen LSD-Reaktionen erklären. Ohne

Zweifel sind außerpharmakologische Faktoren wie die Persönlichkeit des Erlebenden, Erwartungsrahmen und Situation bei weitem die wichtigeren Einflüsse.

Um die Häufigkeit und Schwere der psychedelischen Krisen zu verstehen, die sich bei unbeaufsichtigten Selbstversuchen ergeben, muß man berücksichtigen, unter welchen Umständen viele Menschen das LSD einnehmen. Manchen gibt man die Droge ohne jede angemessene Vorbereitung oder Aufklärung über deren Eigenschaften, manchmal sogar, ohne daß sie überhaupt davon wissen. Die Wirkungen des LSD werden im allgemeinen schlecht begriffen, selbst von erfahrenen »Verbrauchern«. Viele nehmen LSD, um sich zu amüsieren; und sind auf schmerzhaft, beängstigende und verstörende Erlebnisse geistig nicht im mindesten vorbereitet. Unbeaufsichtigte Selbstversuche finden oft in einer komplexen und verwirrenden physischen und zwischenmenschlichen Umgebung statt, von der vielerlei traumatisierende Einflüsse ausgehen können. Die hektische Atmosphäre der Großstädte, verstopfte Straßen in den Stoßzeiten, das Gedränge in Rock-Konzerten und Diskotheken und geräuschvolle gesellige Zusammenkünfte sind Situationen, die zu einer gründlichen Selbsterforschung und ruhigen Auseinandersetzung mit den schwierigen Seiten des eigenen Unbewußten nicht eben geeignet sind.

Persönlicher Beistand und eine Vertrauensbeziehung sind für eine gefahrlose und erfolgreiche LSD-Sitzung absolut unerläßlich; unter den genannten Bedingungen aber sind diese nur selten vorhanden. Oft ist jemand, der sich unter Einfluß von LSD befindet, von völlig fremden Menschen umgeben. In anderen Fällen sind vielleicht gute Freunde dabei, aber sie stehen selbst unter dem Einfluß der Droge oder sind unfähig, schwierige und dramatische emotionale Erlebnisse zu ertragen und damit fertigzuwerden. Wenn eine Gruppe von Menschen gemeinsam LSD nimmt, können die unangenehmen Erlebnisse eines einzigen unter ihnen eine negative Atmosphäre schaffen, die auf das Erleben der anderen ansteckend wirkt.

Es hat sogar Fälle gegeben, wo jemand, der LSD genommen hatte, ob freiwillig oder gezwungenermaßen, aus irgendwelchen Gründen vorsätzlichen seelischen Mißhandlungen ausgesetzt wurde. Es ist leicht begreiflich, daß unter solchen toxischen Umständen eine hohe Wahrscheinlichkeit negativer Reaktionen besteht.

Fachtherapeutische Krisenintervention und Methoden der Selbsthilfe

Die Maßnahmen, die von Fachtherapeuten bei psychedelischen Krisen heute zumeist ergriffen werden, beruhen auf dem medizinischen Behandlungsmodell und stiften gewöhnlich mehr Probleme als sie lösen. Sie entspringen zumeist der Unkenntnis des psychedelischen Erlebens und können zu langfristigen Komplikationen führen. Dies wird noch schlimmer durch den Zeitdruck, unter dem der Therapeut seine Aufgabe lösen muß, und durch den Mangel an geeigneten Behandlungseinrichtungen für die Opfer der psychedelischen Szene. Tranquilizer, wie sie unter solchen Umständen routinemäßig verabfolgt werden, verhindern oft die Lösung des latenten Konflikts und vermehren damit die Zahl der chronischen emotionalen oder psychosomatischen Beschwerden nach einem LSD-Erlebnis. Die augenblickliche Einweisung eines Menschen, der sich mitten in einem LSD-Erlebnis befindet, in eine psychiatrische Anstalt ist eine nicht nur unnötige, sondern auch gefährliche und schädliche Maßnahme. Man erkennt dabei die innere Selbstbeschränkung des LSD-Zustandes; in den meisten Fällen wird ein dramatisch-negatives Erlebnis bei richtiger Behandlung zu einer positiven Auflösung führen, so daß der Erlebende keiner weiteren Behandlung bedarf. Die »Notfall«-Einweisung in eine psychiatrische Anstalt, besonders, wenn sie vermittels eines Krankenwagens geschieht, schafft eine Atmosphäre der Gefahr und Dringlichkeit, die für einen durch den psychedelischen Zustand und die schmerzliche emotionale Krise bereits aufs höchste

sensibilisierten Menschen ein nicht geringes zusätzliches Trauma bedeutet. Dasselbe gilt für die Aufnahme-prozedur in der Anstalt und für die geschlossene Abteilung, die der Bestimmungsort vieler psychedelischer Opfer ist.

Wer unter LSD-Einfluß in die Mühle der psychiatrischen Routinemaßnahmen gerät, kann ein lebenslängliches Trauma zurückbehalten. Die Tatsache, daß eine psychiatrische Diagnose und Einweisung ein schweres soziales Stigma darstellt, ist ein weiterer Gesichtspunkt, der berücksichtigt werden sollte, ehe man sich zur Einweisung und Notaufnahme entschließt. Außerdem sieht die heutige psychiatrische Behandlung, wenn der LSD-Prozeß zu keiner befriedigenden Auflösung gelangt, eine fortgesetzte medikamentöse Behandlung mit Tranquilizern vor statt einer aufdeckenden Therapie, wie sie unter diesen Umständen geboten wäre.

Drei wesentliche Gesichtspunkte meiner bisherigen Ausführungen lassen sich durch das folgende Beispiel illustrieren:

Während meiner Arbeit am psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag wurde ich als Berater zur Behandlung zweier Angestellter aus den pharmazeutischen Laboratorien hinzugezogen, die mit der Herstellung des LSD beauftragt waren. Sie litten beide unter Spätfolgen einer versehentlichen LSD-Intoxikation beim Synthetisieren der Droge. Der Abteilungsleiter, ein Mann über vierzig, zeigte Symptome einer tiefen Depression, mit zeitweiligen Angstzuständen, Gefühlen, daß das Dasein sinnlos sei, und Zweifeln an der eigenen geistigen Gesundheit. Diese Symptome, so gab er an, habe er seit der LSD-Intoxikation und dem anschließenden kurzen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Seine Assistentin, eine junge Frau, bei der die versehentliche Intoxikation ein paar Monate später passiert war als bei ihm, klagte über absonderliche Empfindungen in der Kopfhaut; sie war überzeugt, unter schnellem Haarausfall zu leiden, obwohl keinerlei objektive Anzeichen dafür sprachen.

Bei den diagnostischen Gesprächen mit den beiden Angestellten versuchte ich die Umstände, unter denen sie das LSD eingenommen hatten, und die Dynamik der dabei aufgetretenen Probleme zu rekonstruieren. Die Geschichte, die ich erfuhr, wird jedem LSD-Therapeuten und jedem, der mit psychedelischen Zuständen vertraut ist, ganz unglaublich erscheinen; aber leider ist sie ein typisches Beispiel für eine Krisenintervention nach konventionellen medizinischen und psychiatrischen Vorbildern. Die pharmazeutischen Laboratorien, die mit der Herstellung des LSD beauftragt waren, lagen etwa dreihundert Kilometer von Prag entfernt, wo damals die meisten klinischen Arbeiten und Laboruntersuchungen mit Psychedelika stattfanden. Als die Werksleitung den Auftrag erhielt, mit der Synthese eines tschechischen LSD zu beginnen, war sie der Meinung gewesen, wegen der Eigenschaften dieser Substanz die Mitarbeiter über deren Wirkungen und über geeignete Maßnahmen im Falle zufälliger Intoxikationen informieren zu müssen. Aus einem nahegelegenen psychiatrischen Staatskrankenhaus ließ der Werksleiter einen Psychiater kommen, der keinerlei persönliche oder fachliche Erfahrungen mit LSD hatte und der zu seiner Vorbereitung offenbar ein paar Aufsätze über die »Modellpsychosen«-Untersuchungen zur Schizophrenie durchlas. Während eines Seminars mit den Mitarbeitern gelang es diesem oberflächlich informierten Psychiater, ein apokalyptisches Bild vom LSD an die Wand zu malen. Er erzählte den Mitarbeitern, daß diese farb-, geruchs- und geschmacklose Substanz auf tückische Weise, wie es dem Dr. Hofmann passiert war, in ihren Körper eindringen und sie in den Zustand einer Schizophrenie versetzen könne. Er empfahl, den Erste-Hilfe-Kasten gut mit Thorazin zu versehen und im Falle einer versehentlichen Intoxikation das mit diesem Mittel beruhigte Opfer unverzüglich in die psychiatrische Klinik zu bringen.

Aufgrund dieser Empfehlungen hatte man also den beiden Angestellten Thorazin gegeben, kurz nachdem sie die Wirkung des LSD verspürten, und sie gleich darauf per Ambulanzwagen in die geschlossene Abteilung der psychiatrischen Anstalt geschafft. Dort verbrachten sie den Rest der Intoxikationsperiode und noch einige Tage mehr in Gesellschaft psychotischer Patienten. Unter dem Einfluß der LSD-Thorazin-Kombination hatte der Abteilungsleiter mehrere *Grand-mal-Anfälle* und ein langes Gespräch mit einem Patienten, der ihm seine Wunden nach einem Selbstmordversuch zeigte. Daß ihn fachkundige Psychiater zu den schwer Geistesgestörten gesellt hatten, trug nicht eben zur Minderung seiner Angst bei, selbst einem ähnlichen Zustand nicht fern zu sein. Die Analyse seines LSD-Zustandes, der durch das Thorazin nur unvollständig unterdrückt worden war, zeigte, daß er Elemente der perinatalen Matrix II erlebt hatte, einen Verzweiflungszustand, der durch das Eingesperrtsein auf der Station und seine Eindrücke dort mächtig verstärkt worden war.

Das Erleben seiner wissenschaftlichen Assistentin war oberflächlich gewesen. Auf die Atmosphäre der geschlossenen Station hatte sie damit reagiert, daß sie sich zusammenriß und die Selbstbeherrschung um jeden Preis wahrte. Die nachträgliche Analyse ihres Erlebens zeigte, daß sie sich einer traumatischen Kindheitserinnerung angenähert, sie dann aber wegen der äußeren Umstände unterdrückt und nicht ins Bewußtsein gelassen hatte. Ihr Gefühl, die Haare zu verlieren, erwies sich als Symptom im Zusammenhang mit der psychischen Regression; für das kindliche Körperbild in dem Alter, als sie den traumatischen Vorfall erlebte, war Haarlosigkeit der natürliche Zustand gewesen.

Während ihres Besuchs am Psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag konnten die beiden Angestellten nicht nur ihre Symptome bearbeiten, sondern gewannen auch eine neue Vorstellung vom LSD und konnten sich von den negativen Gefühlen lösen, die sie damit verbanden. Wir erklärten ihnen das Wesen des LSD-Zustandes, sprachen mit ihnen über unser therapeutisches Programm und die Prinzipien, nach denen wir die Sitzungen gestalteten. Bevor sie wieder abreisten, erhielten sie Gelegenheit, sich über die Wirkungen des LSD mit Patienten auszusprechen, die eine psycholytische Behandlung gemacht und den Einfluß des Medikaments unter ganz anderen Umständen erfahren hatten. Ich versicherte ihnen, daß eine LSD-Intoxikation nichts allzu Beunruhigendes sei; schließlich erzeugten wir solche Zustände in unserem Programm ja routinemäßig. Sie erhielten den Rat, ein abgesondertes, stilles Zimmer bereitzuhalten, wo jemand nach einer versehentlichen Intoxikation den Rest des Tages mit Anhören von Musik und in Gesellschaft eines Freundes zubringen könnte.

Mehrere Monate später rief mich der Abteilungsleiter an. Inzwischen hatte es einen weiteren »Unfall« gegeben; diesmal war eine neunzehnjährige Labor-Assistentin betroffen. Sie hatte den Rest des Tages in einem bequemen Zimmer neben dem Labor zusammen mit einer Freundin verbracht und sagte, es sei ihr noch nie besser gegangen. Sie fand das Erlebnis sehr angenehm und interessant, und es schadete ihr nichts.

Vermeidungstechniken, wie sie von der Selbsthilfe-Bewegung entwickelt wurden, sind nicht so schädlich wie die Maßnahmen im Sinne des medizinischen und psychiatrischen Behandlungsmodells, aber ebenfalls unproduktiv. Versuche, den Erlebenden in belanglose Gespräche zu verwickeln (»ihn niederzureden«), ihn mit Blumen und schönen Bildern ablenken zu wollen oder mit ihm spazierenzugehen, lösen das Problem nicht. Bestenfalls kann man auf diese Weise Zeit gewinnen: Der Erlebende wird so lange beschäftigt und abgelenkt, bis die Krise vorüber ist oder mit dem Abklingen der pharmakologischen Wirkung nachläßt. Dieses Vorgehen beruht auf der irrigen Annahme, das Problem sei von der Droge erzeugt. Sobald wir begreifen, daß wir es mit der Dynamik

des Unbewußten und nicht mit einem pharmakologisch erzeugten Zustand zu tun haben, wird die Kurzsichtigkeit eines solchen Vorgehens deutlich. Die Gefahr einer solchen Vermeidung liegt in dem Versäumnis, das unbewußte Material während der emotionalen und psychosomatischen Krise zu bearbeiten und aufzulösen. LSD-Sitzungen, in denen die auftauchende Gestalt nicht vervollständigt wird, können leicht zu anhaltenden Reaktionen, zu negativen körperlichen und seelischen Nachwirkungen und zu »Rückblenden« führen.

Allgemeine Krisenintervention in psychedelischen Notlagen

Nachdem ich die Faktoren, die in unbeaufsichtigten LSD-Sitzungen zu Krisen führen, und die schädlichen Maßnahmen beschrieben habe, welche die meisten Fachtherapeuten und Laien dagegen ergreifen, möchte ich nun das meiner Ansicht nach beste Verfahren bei solchen Krisen darstellen, das auf der Kenntnis ihrer Dynamik beruht. Was man in einer LSD-Sitzung als eine Notlage bezeichnen soll, ist nicht eindeutig zu sagen und hängt von vielerlei Faktoren ab, so natürlich von den Gefühlen des Erlebenden selbst, den Meinungen und der Toleranz anderer anwesender Personen und dem Urteil des zu Hilfe gerufenen Therapeuten. Dieser letzte Faktor ist von entscheidender Bedeutung; er wird im einzelnen davon abhängen, wieweit der Therapeut die stattfindenden Prozesse versteht, wieweit er mit ungewöhnlichen Bewußtseinszuständen klinische Erfahrungen hat und selber frei von Angst ist. In psychedelischen Kriseninterventionen wie in der psychiatrischen Praxis allgemein verraten drastische Maßnahmen oft die Angst und Unsicherheit des Helfenden, nicht nur angesichts der möglichen äußeren Gefahren, sondern auch im Verhältnis zum eigenen Unbewußten. Die Praxis der LSD-Therapie und der neuen Erfahrungstherapien lehrt uns, daß die Konfrontation mit den unbewußten Gefühlen eines Menschen oft auch die Abwehrmechanismen der Helfer und Beisitzer angreift und ähnliche Problemzonen in ihrem Unbewußten aktiviert, sofern sie diese nicht für sich selbst durchgearbeitet haben. Da sich die herkömmlichen Psychotherapien auf Bearbeitung biographischen Materials beschränken, ist auch ein vollausgebildeter Analytiker auf die Behandlung starker perinataler oder transpersonaler Erlebnisse schlecht vorbereitet. Die geläufige Tendenz, solche Erlebnisse in die Kategorie der schizophrenen Symptome einzureihen und sie auf jede erdenkliche Weise zu unterdrücken, erwächst nicht nur aus Verständnislosigkeit, sondern bietet auch einen bequemen Selbstschutz gegen eigene unbewußte Regungen.

Mit der Verbesserung ihrer Methoden und mit zunehmender klinischer Erfahrung ist für LSD-Therapeuten immer klarer geworden, daß negative Episoden in psychedelischen Sitzungen nicht als unvorhersehbare Unfälle zu betrachten sind, sondern als regelhaft zu erwartende Wesensmerkmale der therapeutischen Arbeit mit unbewußtem traumatischem Material. So gesehen hat der geläufige Ausdruck »ein böser Trip« keinen Sinn. Für den erfahrenen LSD-Therapeuten ist eine psychedelische Sitzung nicht dann mißlungen, wenn der Klient dabei panische Angst, selbstzerstörerische Neigungen, tiefe Schuldgefühle, Verlust der Selbstbeherrschung oder körperliche Unannehmlichkeiten erlebt. Bei richtiger Behandlung kann gerade eine schwierige und schmerzhaftes Sitzung einen therapeutischen Durchbruch bewirken. Sie kann die Lösung von Problemen fördern, die dem Klienten in weniger auffälligen Formen seit Jahren zu schaffen gemacht und sein tägliches Leben belastet haben. Mißlungen ist eine Sitzung vielmehr dann, wenn unangenehme Gefühle zwar aufzutauchen beginnen, der Klient dem Prozeß aber nicht vollends nachgibt und die Gestalt unabgeschlossen läßt. So gesehen sind alle psychedelischen Erlebnisse, in denen der Prozeß durch Tranquilizer, äußere Ablenkungen oder Eingriffe wie die Verbringung in eine psychiatrische Anstalt abgelenkt wird, nicht deshalb Mißerfolge, weil die psychischen Prozesse zu einem negativen Ende führen würden, sondern weil die Krisenmaßnahmen eine positive Lösung vereiteln.

Zwar kann LSD auch unter den günstigsten Umständen unangenehme Erlebnisse herbeiführen, doch wäre es falsch, alle »bösen Trips« der Droge als solcher zur Last zu legen. Der psychedelische Zustand wird von vielerlei außerpharmakologischen Faktoren bestimmt, und die Häufigkeit größerer Komplikationen hängt entscheidend mit ab von der Persönlichkeit des Klienten, von den Bedingungen des Erwartungsrahmens und der Situation. Dies läßt sich illustrieren durch einen Vergleich zwischen der Häufigkeit der Komplikationen bei den frühen beaufsichtigten Versuchen mit LSD und in der psychedelischen Szene der 60er Jahre. Sidney Cohen hat 1960 einen Aufsatz mit dem Titel »LSD: Side Effects and Complications« veröffentlicht (*J. Nerv. Ment. Dis.* 130, S. 30, 1960). Er beruhte auf den Angaben von 44 Therapeuten, die insgesamt an etwa 5000 Personen über 25.000 mal LSD verabreicht hatten; die Zahl der Sitzungen für die einzelne Person lag zwischen eins und achtzig. Bei den normalen freiwilligen Versuchsteilnehmern lag die Häufigkeit von Selbstmordversuchen nach einer Sitzung unter 1 pro tausend Fälle; die Häufigkeit anhaltender Reaktionen, die länger als 48 Stunden anhielten, betrug 0,8 pro Tausend. Etwas höher lagen die Zahlen für Psychiatrie-Patienten. Hier kamen auf tausend Patienten 1,2 Selbstmordversuche, 0,4 gelungene Selbstmorde und 1,8 über mehr als achtundvierzig Stunden anhaltende Reaktionen. Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Behandlungsmethoden war LSD also offenbar außerordentlich ungefährlich, besonders wenn man Verfahren wie Elektroschocks, Insulinkomata und Psychochirurgie dagegenhielt, die in der damaligen Psychiatrie noch allgemein üblich waren. Cohens Statistiken bilden einen scharfen Kontrast zur Häufigkeit der negativen Reaktionen und der Komplikationen im Zusammenhang unbeaufsichtigter Selbstversuche. Bei einem Besuch in der Haight-Ashbury-Klinik in San Francisco, Ende der 60er Jahre, sagte mir deren Direktor David Smith, daß man dort im Durchschnitt fünfzehn »böse Trips« pro Tag behandle. Obwohl dies nicht heißt, daß alle diese Klienten von ihrem LSD-Erlebnis langwierige schädliche Nachwirkungen zurückbehielten, verdeutlicht es doch das Problem.

Die Kenntnisse und Erfahrungen der Psychiater und Psychologen hinsichtlich der Psychedelika waren in dieser frühen Zeit gewiß nicht sehr bemerkenswert, und die Behandlungssituationen waren alles andere als ideal. Dennoch fanden die Sitzungen, auf die sich Cohens Aufsatz bezieht, in einer schützenden Umgebung statt, unter vernünftiger Aufsicht und verantwortungsbewußter Leitung. Außerdem befanden sich diejenigen, die in Schwierigkeiten kamen, an einem Ort, wo man darauf eingerichtet war, wenn nötig, Hilfe zu leisten; sie mußten nicht der absurden Zerreißprobe der Verbringung in eine psychiatrische Anstalt ausgesetzt werden.

Die psychedelische Krise wird durch ein kompliziertes Wechselspiel innerer und äußerer Einflüsse verursacht. Der Therapeut muß unterscheiden, welche dieser beiden Gruppen von Einflüssen im besonderen Fall die stärkere ist, und demgemäß vorgehen. Der erste und wichtigste Schritt bei der Behandlung einer psychedelischen Krise ist die Schaffung einer psychisch und zwischenmenschlich unterstützenden Umgebung, die dem Erlebenden Schutz und Sicherheit bietet.

Die nächstwichtige Aufgabe nach der Schaffung einer abgeschirmten Umgebung ist die Herstellung eines guten Kontaktes zum Klienten. Die Vertrauensbeziehung ist vermutlich die wichtigste Voraussetzung für das Gelingen einer psychedelischen Sitzung im allgemeinen und für die erfolgreiche Krisenbehandlung im besonderen. Wer in einer durch LSD ausgelösten Krise zur Hilfe herangezogen wird, ist natürlich stark im Nachteil gegenüber einem LSD-Therapeuten, der im Verlauf einer LSD-Behandlung in eine ähnliche Situation gerät, denn der therapeutischen Sitzung gehen vorbereitende Gespräche voraus, bei denen genug Zeit ist, guten Kontakt zu finden und eine Vertrauensbeziehung zu schaffen.

Der Therapeut, der außerhalb des therapeutischen Kontextes die Behandlung in einem Notfall übernimmt, ist zunächst ein Fremder, gewöhnlich ohne jeden vorherigen Kon-

takt mit dem Klienten und den anderen Beteiligten. Vertrauen und Kooperation müssen in sehr kurzer Zeit gewonnen werden, oftmals unter dramatischen Umständen. Angstfreiheit, Gefäßtheit, Einfühlungsvermögen und persönliche Kenntnis der Dynamik psychedelischer Zustände sind die einzigen Mittel, um unter solchen Umständen Vertrauen zu wecken.

Es kommt darauf an, ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen, indem man die inneren Beschränkungen hervorhebt, denen das LSD-Erleben unterliegt. Wie bedenklich der Zustand des Klienten auch vorerst erscheinen mag, in den meisten Fällen wird er sich fünf bis acht Stunden nach Einnahme des LSD von selbst bessern. Diese Frist sollte man dem Klienten und den anderen Anwesenden klar mitteilen; bis dahin besteht überhaupt kein Grund zur Besorgnis oder Panik, wie dramatisch die emotionalen psychosomatischen Erscheinungen auch sein mögen. Sehr vorteilhaft ist es auch, den Klienten in Ruhelage zu halten, was jedoch ohne Zwang oder Gewaltanwendung abgehen muß. Mit ein wenig Erfahrung wird man bald eine Technik finden, wie man den Klienten mit hilfreichen und kooperativen Gesten ohne Streit in eine solche Ruhelage bringen kann.

Nachdem ein hinreichender Kontakt hergestellt ist, muß das schwierige LSD-Erlebnis in eine positive Perspektive gerückt werden. Man sollte es als Gelegenheit zur Konfrontation und Bearbeitung traumatischer Aspekte des Unbewußten darstellen und nicht als bedauerliches Mißgeschick. Wer in einer psychedelischen Krise Hilfe leistet, sollte beharrlich darauf hinwirken, daß der Klient sein Erleben nach innen kehrt und sich mit den inneren Problemen beschäftigt, die auf ihn eindringen. Der Klient sollte die Augen geschlossen halten und das Erlebnis durchstehen, was es auch sei. Der Therapeut sollte ihm mehrfach sagen, daß er aus dieser schwierigen Lage am schnellsten hinausfindet, wenn er sich dem emotionalen und physischen Schmerz unterwirft, ihn voll auslebt.

Wenn der Kontakt gut ist, sind auch aktive Beihilfen möglich, zum Beispiel tröstende Formen des Körperkontakts. Dies ist jedoch zu unterlassen, wo die Vertrauensbindung zweifelhaft oder nicht vorhanden ist; bei einem paranoiden Patienten, der die Anwesenden zu seinen Verfolgern zählt, wäre es absolut kontraindiziert. In manchen Fällen kann man nichts weiter tun, als bei dem Klienten zu bleiben und Zeit zu gewinnen. Unter solchen Umständen muß man einfach alles Erdenkliche und Menschenmögliche tun, um zu verhindern, daß der Klient sich selbst oder andere verletzt und größeren Sachschaden anrichtet. Bei Befolgung dieser Grundregel kann man dann und wann einen Versuch machen, Kontakt zu finden und den Klienten zur Kooperation zu bewegen.

Bleibt die Gestalt des Erlebnisses unvollendet, wenn die Drogenwirkung abklingt, sollten psychologische und körperliche Maßnahmen ergriffen werden, um eine Integration zu erzielen. Im Idealfall sollte der Klient sich bei Abklingen der Wirkung behaglich und entspannt fühlen, ohne daß irgendein emotionales oder psychosomatisches Symptom zurückbleibt. Die beiden Techniken, die sich hier bewährt haben, Abreagieren und Hyperventilation, wurden in diesem Buch behandelt (vgl. S. 126 u. 128 ff.). Nachdem der Klient einen Zustand seelischen und körperlichen Wohlbefindens erreicht hat, ist es wichtig, für den Rest des Tages und für die Nacht eine ruhige und bestätigende Atmosphäre zu schaffen. Wenn irgend möglich, sollte man einen Menschen, der eine psychedelische Krise durchlebt hat, zumindest vierundzwanzig Stunden lang nach Einnahme der Droge nicht allein lassen. Nach Ablauf dieser Zeit sollte der Therapeut nochmals mit dem Klienten sprechen, sich ein neues Bild von der Lage machen und danach über die künftigen Maßnahmen entscheiden. In den meisten Fällen werden keine weiteren Vorkehrungen nötig sein, wenn die Krise richtig behandelt wurde. Es ist sinnvoll, das LSD-Erleben in Einzelheiten zu besprechen und seine Verarbeitung für das tägliche Leben des Klienten zu fördern. Sind im Anschluß an das LSD-Erleben größere emotionale und psychosomatische Beschwerden aufgetreten, sollten Vorkehrungen für eine Nachbehandlung durch aufdeckende und körperbezogene Therapie getroffen werden. Zu empfehlen wären hier, je nach Einzelfall, Meditationstechniken, gestalttherapeutische

Übungen, neo-reichianische Verfahren, katathymes Bilderleben mit Musik, Atemübungen, Polaritätsmassage oder Rolfsche Massage.

Wo der klinische Zustand trotz aller aufdeckenden Arbeit prekär bleibt, muß dieselbe Behandlung vielleicht im Rahmen einer Klinik stationär fortgesetzt werden. Sofern alle eben genannten Verfahren der Nachbehandlung ergebnislos bleiben, kann die Verarbeitung mit chemischen Hilfsmitteln gefördert werden. Im Idealfall sollte man eine beaufsichtigte psychedelische Sitzung nach entsprechender Vorbereitung anberaumen. Dem durchschnittlichen Psychiater wird dies freilich paradox erscheinen, bedeutet es doch, dem Klienten abermals das zu verabreichen, was ihn scheinbar erst in Schwierigkeiten gebracht hat. Eine wohlbedachte Anwendung von Psychedelika ist jedoch unter diesen Umständen die Methode der Wahl. Die klinische Erfahrung lehrt, daß es äußerst schwer ist, die Abwehrmechanismen durch zudeckende Mittel wie etwa Tranquilizer wiederherzustellen, sobald man durch eine starke psychedelische Substanz erst einmal Zugang zum Unbewußten gefunden hat. Viel leichter ist es, die Strategie des Aufdeckens fortzusetzen und auf die Vervollständigung der unerledigten Gestalt hinzuwirken.

Psilocybin, Methylenedioxyamphetamin (MDA), Tetrahydrocannabinol (THC) und Di-propyltryptamin (DPT) sind brauchbare Alternativen zum LSD. Sie haben etwa die gleiche allgemeine Wirkung und sind von Publizität nicht so verunreinigt. MDA und THC dürften hier wegen ihrer behutsamen Wirkung und selektiven Affinität zu positiven Steuerungssystemen im Unbewußten besonders angebracht sein. Wirksames psychologisches Arbeiten ist mit diesen Mitteln möglich, ohne daß ebensoviel emotionale und psychosomatische Unannehmlichkeiten in Kauf genommen werden müssen wie mit LSD.

Da diese Psychedelika nicht leicht erhältlich sind und die Genehmigung ihrer Verwendung nur durch lästige administrative Prozeduren zu erlangen ist, wird sich eine Sitzung mit Ritalin (100 bis 200 Milligramm) oder Ketalar (100 bis 150 Milligramm) möglicherweise leichter bewerkstelligen lassen. Tranquilizer sollten bei durch LSD hervorgerufenen Zuständen keinesfalls verordnet werden, solange nicht alle soeben genannten aufdeckenden Methoden versagt haben.

Wirksame nichtmedikamentöse Verfahren können anstelle von Tranquilizern auch in all jenen Fällen angewendet werden, wo ein schlecht aufgelöstes LSD-Erlebnis zu einem langwierigen psychotischen Zustand und zu monate- oder jahrelangem Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus führt. Bringen diese keine hinreichende klinische Besserung, wäre eine psychedelische Therapie unter Verwendung der oben genannten Mittel die nächste logische Maßnahme. Ketalar, das auf legalem Wege erhältlich ist und in der Medizin für Vollnarkosen verwendet wird, könnte sich in diesen sonst verzweifelten Fällen als nützlich erweisen.

Ich möchte diese Ausführungen über die Intervention in psychedelischen Krisen mit der Schilderung des dramatischsten Vorfalles dieser Art abschließen, der mir in meinem Beruf begegnet ist.

In meinem dritten Jahr in Big Sur (Kalifornien) wurde ich eines Morgens um halb fünf durch einen Telefonanruf geweckt. Es war der Nachtwächter vom benachbarten Esalen-Institut, der um Hilfe bat. Ein junges Paar, Peter und Laura, die mit einem VW-Kombiwagen die Küste entlang fuhren, hatten in der Nähe des Instituts Halt gemacht und beschlossen, zusammen LSD zu nehmen. Sie hatten in ihrem Wagen das Bett aufgeklappt und kurz nach Mitternacht die Droge genommen. Luras Erleben verlief relativ glatt, aber Peter geriet zunehmend in einen akut psychotischen Zustand. Er hatte paranoide Vorstellungen und wurde gewalttätig, und nach einer gewissen Zeit verbaler Aggressionen fing er an, Sachen herumzuschmeißen und den Wagen zu demolieren. Nun geriet Laura in Panik, schloß ihn in den Wagen ein und ging, um bei Esalen Hilfe zu holen. Zum

Nachtwächterschuppen kam sie vollkommen nackt, mit den Autoschlüsseln in der Hand. Der Nachtwächter wußte, daß ich mit Psychedelika gearbeitet hatte, und beschloß, mich anzurufen. Außerdem weckte er auch Rick Tarnas, einen Psychologen, der im Esalen Institut wohnte und der eine Dissertation über psychedelische Drogen geschrieben hatte.

Während der Nachtwächter sich um Laura kümmerte, die sich beruhigte und ein angenehmes, unkompliziertes LSD-Erlebnis hatte, gingen Rick Tarnas und ich zu dem Kombiwagen. Schon von weitem hörten wir Lärm und Gebrüll, und als wir näher kamen, sahen wir, daß mehrere Wagenfenster eingeschlagen waren. Wir schlossen den Wagen auf, öffneten die Tür einen Spalt weit und fingen an, Peter zuzureden. Wir stellten uns vor und sagten, wir hätten Erfahrung mit psychedelischen Zuständen und wollten ihm helfen. Ich steckte vorsichtig den Kopf durch die Tür und schaute hinein; eine Schnapsflasche verfehlte mich um eine Handbreit und landete auf dem Armaturenbrett. Ich wiederholte dies noch einigemal, und weitere Gegenstände kamen geflogen. Als es uns schien, daß Peter keine Wurfgeschosse mehr hatte, stiegen wir schnell hinein und legten uns zu beiden Seiten neben ihn auf das Klappbett.

Wir sprachen immer weiter auf ihn ein und versicherten ihm, daß in ein, zwei Stunden alles vorüber sein würde; da wir von seiner Freundin wußten, wann sie das LSD eingenommen hatten, konnten wir diesen Zeitpunkt absehen. Es wurde klar, daß er in einem paranoiden Zustand war und uns für FBI-Agenten hielt, die ihn festnehmen wollten. Wir hielten ihm in beruhigender und beschwichtigender Weise die Arme fest, manchmal auch etwas energischer, wenn er einen Fluchtversuch unternahm, aber doch unter Vermeidung eines echten körperlichen Kampfes. Dabei redeten wir unaufhörlich von den schwierigen Dingen, die wir selber mit LSD erlebt hätten, und wie nützlich wir dies alles im nachhinein fänden. Sein Zustand schwankte noch etwa eine Stunde lang zwischen Mißtrauen mit angstbesetzten aggressiven Impulsen und Episoden der Linderung, in denen es möglich war, mit ihm ins Gespräch zu kommen.

Als die LSD-Wirkung nachließ, faßte Peter langsam Vertrauen. Mehr und mehr war er bereit, die Augen geschlossen zu halten und seine Erlebnisse durchzustehen; wir konnten sogar mit einer vorsichtigen Massage der blockierten Körperstellen beginnen, um den ungehinderten Gefühlsausdruck zu fördern. Bis sieben Uhr früh waren alle negativen Elemente aus Peters LSD-Erleben völlig verschwunden. Er fühlte sich geläutert und wie neugeboren und freute sich über den neuen Tag. Seine anfängliche Feindseligkeit verwandelte sich in tiefe Dankbarkeit, deren er uns wiederholt versicherte.

Gegen halb acht kam auch Laura wieder zu dem Kombiwagen, ihrerseits in guter Verfassung, aber naturgemäß in Sorge um Peter. Rick und ich bemühten uns, die negativen Eindrücke nach den dramatischen Ereignissen der Nacht zu zerstreuen und die beiden wieder zu versöhnen. Wir rieten ihnen dringend, an diesem Tag nicht weiterzufahren. Sie verbrachten einen ruhigen Tag am Pazifik und setzten am Tag darauf ihre Reise nach Süden fort. Beide waren in guter Stimmung, nur etwas besorgt wegen der Reparaturkosten für den beschädigten Wagen.

Bibliographie

- 1 Abramson, H. A. (1955): LSD-25 AS AN ADJUNCT TO PSYCHOTHERAPY WITH
ELIMINATION OF FEAR OF HOMOSEXUALITY, *J. Psychol.*, 39, S. 127
- 2 – (Hrsg., 1960): THE USE OF LSD IN PSYCHOTHERAPY,
New York (Josiah Macy Foundation Publications)
- 3 Anderson, E. W., u. K. Rawnsley (1954): CLINICAL STUDIES OF LSD-25,
Msschr. Psychiat. Neurol., 128, S. 38.
- 4 Arendsen-Hein, G. W. (1961): LSD IN THE TREATMENT OF CRIMINAL PSYCHOPATHS,
Proc. of the Royal Medico-Psychological Association,
London (Charles C. Thomas) 1963.
- 5 –: Persönliche Mitteilung.
- 6 Asperen de Boer, S. R. van, P. R. Barkema u. J. Kappers (1966): IS IT POSSIBLE TO
INDUCE ESP WITH PSILOCYBIN? *Internat. J. Neuropsychiat.*, 2, S. 447
- 7 Bastians, A.: DER MANN IM KONZENTRATIONSLAGER UND DAS KONZENTRATIONSLAGER
IM MANN, Vorlesung
- 8 Becker, A. M. (1949): ZUR PSYCHOPATHOLOGIE DER LYSERGSÄUREDITHYLA-
MIDWIRKUNG, *Wien Ztschr. Nervenheilk.*, 2, S. 402
- 9 Belsanti, R. (1952): MODIFICAZIONI PSICO-PSICOBIOCHIMICHE INDOTTE DALLA LSD IN
SCHIZOFRENICI E FRENASTENICI, *Acta neurol. (Neapel)*, 7, S. 340
- 10 Benedetti, G. (1951): BEISPIEL EINER STRUKTURANALYTISCHEN UND PHARMAKO-
DYNAMISCHEN UNTERSUCHUNG AN EINEM FALL VON ALKOHOLHALLUZINOSE,
CHARAKTERNEUROSE UND PSYCHOREAKTIVER HALLUZINOSE,
Z. Psychother. med. Psychol., 1, S. 177
- 11 Bentov, I. (1977): STALKING THE WILD PENDULUM, New York (E. P. Dutton)
- 12 Blewett, D. (1963): PSYCHEDELIC DRUGS IN PARAPSYCHOLOGICAL RESEARCH,
Internat. J. Parapsychol., 5, S. 43
- 13 Bohm, D. (1971): QUANTUM THEORY AS AN INDICATION OF A NEW ORDER IN PHYSICS.
PART A. THE DEVELOPMENT OF NEW ORDERS AS SHOWN THROUGH THE HISTORY OF
PHYSICS, *Foundations of Physics*, 1, S. 359
– (1973): QUANTUM THEORY AS AN INDICATION OF A NEW ORDER IN PHYSICS. PART B.
IMPLICATE AND EXPLICATE ORDER IN PHYSICAL LAW, *Foundations of Physics*, 3, S. 139
- 14 Bonny, H., u. W. N. Pahnke (1972): THE USE OF MUSIC IN PSYCHEDELIC (LSD)
PSYCHOTHERAPY, *J. Music Therapy*, 9, S. 64
- 15 –, u. L. M. Savary (1973): MUSIC AND YOUR MIND, New York (Harper & Row)
- 16 Brandrup, E., u. T. Vangaard (1977): LSD TREATMENT IN A SEVERE CASE OF COM-
PULSIVE NEUROSIS, *Acta Psychiat. Scand.*, 55, S. 127
- 17 Busch, A. K., u. W. C. Johnson (1950): LSD AS AN AID IN PSYCHOTHERAPY,
Dis. Nerv. Syst., 11, S. 241
- 18 Capra, F. (1976): THE TAO OF PHYSICS, Berkeley, California (Shambhala Publications).
Deutsch: DER KOSMISCHE REIGEN, München (Barth) 1977
- 19 Cavanna, R., u. E. Servadio (1964): ESP EXPERIENCES WITH LSD-25 AND PSILOCYBIN:
A METHODOLOGICAL APPROACH, *Parapsychological Monograph No. 5*
- 20 Chew, G. F. (1968): BOOTSTRAP: A SCIENTIFIC IDEA? *Science*, 161, S. 762
- 21 Condrau, G. (1949): KLINISCHE ERFAHRUNGEN AN GEISTESKRANKEN MIT LSD-25,
Acta Psychiat. Neurol. Scand., 24, S. 9
- 22 Deren, M. (1953): THE LIVING GODS OF HAITI, London (Thames and Hudson)

- 23 Ditman, K. S., u. J. R. B. Whittlesey (1959): COMPARISON OF THE LSD-25 EXPERIENCE AND DELIRIUM TREMENS, *Arch. gen. Psychiat.*, 1, 5. 47
- 24 Dubánsky, J., u. a.: Persönliche Mitteilung
- 25 Eysenck, H. J., u. S. Rachman (1965): THE CAUSES AND CURES OF NEUROSIS, San Diego (R. R. Knap). Deutsch: NEUROSEN – URSACHEN UND HEILMETHODEN, Berlin (Dt. Verlag der Wissenschaften) 1967
- 26 Feld, M., J. R. Goodman u. J. A. Guido (1958): CLINICAL AND LABORATORY OBSERVATIONS ON LSD-25, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 126, S. 176
- 27 Fogel, S., u. A. Hoffer (1962): The Use of Hypnosis to Interrupt and to Reproduce an LSD-25 Experience. *J. Clin. Exper. Psychopathol.*, 23, 5. 11
- 28 Frederking, W. (1953): INTOXICANT DRUGS (Mescaline and LSD-25) IN PSYCHOTHERAPY, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 121, S. 262
- 29 Freud, S., u. J. Breuer (1895): STUDIEN ÜBER HYSTERIE, in: S. Freud, GESAMMELTE WERKE, Bd. I, London (Imago) 1952
- 30 Giberti, F., L. Gregoretti u. G. Boeri (1956): L'IMPIEGO DELLA LSD NELLE PSICONEVROSI, *Sist. nerv.*, 4, S. 191
- 31 Godfrey, K.: Persönliche Mitteilung
- 32 Grof, S. (1976): REALMS OF THE HUMAN UNCONSCIOUS: OBSERVATIONS FROM LSD RESEARCH, New York (E. P. Dutton). Deutsch: TOPOGRAPHIE DES UNBEWUßTEN, Stuttgart (Klett-Cotta) 21983
- 33 – (1977): PERINATAL ROOTS OF WARS, TOTALITARIANISM AND REVOLUTIONS, *J. Psychohistory*, 4, S. 269
- 34 –, u. J. Halifax (1977): THE HUMAN ENCOUNTER WITH DEATH, New York (E. P. Dutton).
Deutsch: DIE BEGEGNUNG MIT DEM TOD, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980
- 35 Haeckel, E. (1899-1904): KUNSTFORMEN DER NATUR, Leipzig und Wien
- 36 Harman, W. W., u. J. Fadiman (1970): SELECTIVE ENHANCEMENT OF SPECIFIC CAPACITIES THROUGH PSYCHEDELIC TRAINING, in: B. Aaronson u. H. Osmond (Hrsg.): PSYCHEDELICS, Garden City, New York (Doubleday Publishing Company), S. 239
- 37 Herbert, N. (1979): MIND SCIENCE: A PHYSICS OF CONSCIOUSNESS PRIMER, Boulder Creek, California (C-Life Institute)
- 38 Hofmann, A. (1975): THE CHEMISTRY OF LSD AND ITS MODIFICATIONS, in: D. V. Sivasankar u. a.: LSD – A TOTAL STUDY, Westbury, New York (PJD Publications Ltd.)
– (1979): LSD – MEIN SORGENKIND, Stuttgart (Klett-Cotta)
- 39 Hugo, V. (1978): LES MISÉRABLES, New York (Fawcett Publishing Co.)
Deutsch: DIE ELENDE, Zürich (Manesse) 1968
- 40 Izumi, K. (1970): LSD AND ARCHITECTURAL DESIGN, in: B. Aaronson u. H. Osmond (Hrsg.): PSYCHEDELICS, New York (Doubleday Publications), 5. 381
- 41 Jost, F. (1957): ZUR THERAPEUTISCHEN VERWENDUNG DES LSD-25 IN DER KLINISCHEN PRAXIS DER PSYCHIATRIE, *Wien Klm. Wschr.*, 69, S. 647
- 42 –, u. R. Vicari (1958): ZU DEN PROVOKATIONSVERFAHREN IN DER MEDIZIN (LSD ALS PROVOKATIONSMITTEL), *Medizinische Nr.* 8, S. 319
- 43 Jung, C. G. (1952): ALLGEMEINES ZUR KOMPLEXTHEORIE, in: C. G. Jung, GESAMMELTE WERKE, Bd. 8. Freiburg (Walter)
- 44 – (1952): SYNCHRONIZITÄT ALS EIN PRINZIP AKAUSSALER ZUSAMMENHÄNGE, in: C. G. Jung, GESAMMELTE WERKE, Bd. 8. Freiburg (Walter)
- 45 Kelsey, D., u. J. Grant (1967): MANY LIFETIMES, Garden City, New York (Doubleday Publishing Company)

- 46 Koestler, A. (1950): THE GOD THAT FAILED,
in: SIX STUDIES IN COMMUNISM, London (Hamish Hamilton).
Deutsch: DER GOTT, DER KEINER WAR, Konstanz (Europa-Verlag) 1960
- 47 – (1952): ARROW IN THE BLUE, London (Hamish Hamilton).
Deutsch: DER GÖTTLICHE FUNKE, Bern (Scherz) 1966
- 48 – (1964): THE ACT OF CREATION, New York (Dell Publishing Co.)
- 49 Krippner, S. (1967): THE CYCLE IN DEATHS AMONG U.S. PRESIDENTS ELECTED AT
TWENTY-YEAR INTERVALS, *Internat. J. Parapsychol.*, 145
- 50 –, u. R. Davidson (1974): PARANORMAL EVENTS OCCURRING DURING CHEMICALLY
INDUCED PSYCHEDELIC EXPERIENCE AND THEIR IMPLICATIONS FOR RELIGION,
J. Altered States of Consciousness, I, S. 175
- 51 – (1977): RESEARCH IN CREATIVITY AND PSYCHEDELIC DRUGS,
Internat. J. din. exp. Hypnosis, 25, S. 274
- 52 Laing, R. D. (1976): POLITICS OF EXPERIENCE, New York (Ballantine Books)
Deutsch: PHÄNOMENOLOGIE DER ERFAHRUNG, Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1973
- 53 Lamb, F. B. (1971): WIZARD OF THE UPPER AMAZON: THE STORY OF MANUEL
CORDOVA-RIOS, Boston (Houghton Mifflin Co.)
- 54 Leary, T., R. Metzner u. R. Alpert (1954): THE PSYCHEDELIC EXPERIENCE: A MANUAL
BASED ON THE TIBETAN BOOK OF THE DEAD, New Hyde Park, N. Y (University Books).
Deutsch: PSYCHEDELISCHE ERFAHRUNGEN. EIN HANDBUCH NACH WEISUNGEN DES
TIBETANISCHEN TOTENBUCHES, Weilheim/Obb. (Barth) 1971
- 55 –, u. a. (1965): A NEW BEHAVIOR CHANGE PROGRAM USING PSILOCYBIN,
in: PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE, Bd. 2, No. 2
- 56 LeShan, L. (1974): THE MEDIUM, THE MYSTIC, AND THE PHYSICIST: TOWARD A
GENERAL THEORY OF THE PARANORMAL, New York (The Viking Press)
- 57 Leuner, H. (1962): DIE EXPERIMENTELLE PSYCHOSE,
Berlin, Göttingen, Heidelberg (Springer)
- 58 Levine, J., u. A. M. Ludwig (1967): THE HYPNODELIC TREATMENT TECHNIQUE,
in: H. A. Abramson (Hrsg.): THE USE OF LSD IN PSYCHOTHERAPY AND ALCOHOLISM,
New York (The Bobbs-Merrill Co. Inc.)
- 59 Ludwig, A. M., J. Levine u. L. H. Stark (1970): LSD AND ALCOHOLISM: A CLINICAL
STUDY OF TREATMENT EFFICACY, Springfield (Charles C. Thomas)
- 60 MacLean, J. R., u. a. (1961): THE USE OF LSD-25 IN THE TREATMENT OF ALCOHOLISM
AND OTHER PSYCHIATRIC PROBLEMS, *Quart. J. Stud. Alcoh.*, 22, S. 34
- 61 Maier, G. J., D. L. Tate u. B. D. Paris: THE F WARD LSD COMMUNITY. THE USE OF LSD
IN A THERAPEUTIC COMMUNITY WITHIN A MAXIMUM SECURITY SETTING,
Unveröffentlichtes Papier
- 62 Martin, A. J. (1957): LSD TREATMENT OF CHRONIC PSYCHONEUROTIC PATIENTS UNDER
DAY-HOSPITAL CONDITIONS, *Internat. J. sos. Psychiat.*, 3, S. 188
- 63 Maslow, A. (1962): TOWARD A PSYCHOLOGY OF BEING, Princeton, N. J. (Van No-
strand). Deutsch: PSYCHOLOGIE DES SEINS, München (Kindler) 1973
- 64 – (1969): A THEORY OF METAMOTIVATION: THE BIOLOGICAL ROOTING OF THE VALUE-
LIFE, in: A. Sutich u. M. A. Vich (Hrsg.): READINGS IN HUMANISTIC PSYCHOLOGY,
New York (The Free Press)
- 65 Masters, R. E. L., u. J. Houston (1966): THE VARIETIES OF PSYCHEDELIC EXPERIENCE,
New York (Dell Publishing Co.)
- 66 – (1968): PSYCHEDELIC ART, New York (Grove Press). Deutsch: PSYCHEDELISCHE
KUNST, München u. Zürich (Droemersch Verlagsgesellschaft) 1969
- 67 – (1972): MIND GAMES: THE GUIDE TO INNER SPACE, New York (Dell Publishing Co.)
- 68 McCrirkick, P.: THE IMPORTANCE OF FUSION IN THERAPY AND MATURATION;
Unveröffentlichtes Papier

- 69 McGovern, W. (1927): JUNGLE PATHS AND INCA RUINS, New York (Grosset and Dunlap)
- 70 Miller, E. (1975): SELECTIVE AWARENESS, Menlo Park (Offset Publication)
- 71 Mogar, R. E. (1965): CURRENT STATUS AND FUTURE TRENDS IN PSYCHEDELIC (LSD) RESEARCH, *J. Humanistic Psychol.*, 4, S. 147
- 72 Orr, L., u. S. Ray (1977): REBIRTHING IN THE NEW AGE, Milbrae, California (Celestial Arts)
- 73 Osis, K. (1961): PSYCHOBIOLOGICAL RESEARCH POSSIBILITIES AND A PHARMACOLOGICAL APPROACH TO PARAPSYCHOLOGICAL EXPERIMENTATION, in: PROCEEDINGS OF TWO CONFERENCES ON PARAPSYCHOLOGY AND PHARMACOLOGY, New York (Parapsychology Foundation)
- 74 Osmond, H. (1957): A REVIEW OF THE CLINICAL EFFECTS OF PSYCHOTOMIMETIC AGENTS, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 66, S. 418
- 75 Pahnke, W. N. (1965): THE GOOD FRIDAY EXPERIMENT, Dissertation (Harvard University)
- 76 –, u. W. A. Richards (1966): IMPLICATIONS OF LSD AND EXPERIMENTAL MYSTICISM, *J. Religion and Health*, 5, S. 175
- 77 –, A. A. Kurland, S. Unger, C. Savage u. S. Grof (1970): THE EXPERIMENTAL USE OF PSYCHEDELIC (LSD) PSYCHOTHERAPY, *J. Amer. Med. Assoc.*, 212, S. 1856
- 78 Pelletier, K. R. (1978): TOWARD A SCIENCE OF CONSCIOUSNESS, New York (A Delta Book)
- 79 Perls, F. (1976): THE GESTALT APPROACH AND EYE WITNESS TO THERAPY, New York (Bantam Books)
- 80 Perry, J. (1974): THE FAR SIDE OF MADNESS, Englewood Cliffs, N. J. (Prentice Hall)
- 81 Pribram, K. (1971): LANGUAGES OF THE BRAIN, Englewood Cliffs, N. J. (Prentice Hall)
- 82 – (1976): PROBLEMS CONCERNING THE STRUCTURE OF CONSCIOUSNESS, in: G. Globus u. a.: CONSCIOUSNESS AND THE BRAIN, New York (Plenum Publishing Corp)
- 83 Ram Dass (1971): REMEMBER, BE HERE NOW, San Cristobal, New Mexico (Lama Foundation; Vertrieb durch Crown Publishing, New York)
- 84 Rappaport, M., u. a. (1974): SELECTIVE DRUG UTILIZATION IN THE MANAGEMENT OF PSYCHOSIS, NIMH Grant Report, MH-16445, März
- 85 Rinkel, M. (1958): THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE LSD PSYCHOSIS, in: M. Rinkel (Hrsg.): CHEMICAL CONCEPTS OF PSYCHOSIS, New York (McDowell)
- 86 Robinson, J. T., u. a. (1963): A CONTROLLED TRIAL OF ABREACTION WITH LSD-25, *Brit. J. Psychiat.*, 109, S. 46
- 87 Roquet, S. (1971): OPERACIÓN MAZATECA: ESTUDIO DE HONGOS Y OTRAS PLANTAS ALLUCINOGENAS MEXICANAS TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE PSICOSINTESIS, Mexico City (Asociación Albert Schweitzer)
- 88 Rothlin, E. (1957): PHARMACOLOGY OF LSD AND SOME OF ITS RELATED COMPOUNDS, in: PSYCHOTROPIC DRUGS, Amsterdam (Elsevier Publishing Co.)
- 89 Roubíček, J., u. J. Srnc (1955): EXPERIMENTÁLMÍ PSYCHOSA VYVOLANÁ LSD (EXPERIMENTAL PSYCHOSIS INDUCED BY LSD), *Čas. Lék čes.*, 94, S. 189
- 90 – (1961): EXPERIMENTÁLMÍ PSYCHOSY (EXPERIMENTAL PSYCHOSES), Prag (Státní zdravotnické nakladatelství)
- 91 Sandison, R. A., A. M. Spencer u. J. D. A. Whitelaw (1954): THE THERAPEUTIC VALUE OF LSD-25 IN MENTAL ILLNESS, *J. Ment. Sci.*, 100, S. 491
- 92 –, u. J. D. A. Whitelaw (1957): FURTHER STUDIES IN THE THERAPEUTIC VALUE OF LSD-25 IN MENTAL ILLNESS, *J. Ment. Sci.*, 103, S. 332

- 93 Savage, C., u. O. L. McCabe (1971): PSYCHEDELIC (LSD) THERAPY OF DRUG ADDICTION, in: C. C. Brown u. C. Savage (Hrsg.): THE DRUG ABUSE CONTROVERSY, Baltimore, Md. (Friends Medical Science Research Center)
- 94 Silverman, J. (1972): ACUTE SCHIZOPHRENIA: DISEASE OR DIS-EASE? in: READINGS IN PSYCHOLOGY TODAY, San Francisco (CRM Books)
- 95 –: STORMY JOURNEY TOWARDS ONE’S SELF: ON THE STORY OF ACUTE SCHIZOPHRENIA AND OTHER DIS-EASES IN CONSCIOUSNESS, (Pending Publication)
- 96 Stewart, K. (1972): DREAM THEORY IN MALAYA, in: Charles Tart (Hrsg.): ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS, Garden City, New York (Anchor Books)
- 97 Stoll, W. A. (1947): LSD, EIN PHANTASTIKUM AUS DER MUTTERKORNGRUPPE, *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 60, S. 279
- 98 –, A. Hofmann u. F. Troxler (1949): ÜBER DIE ISOMERIE VON LYSERGSÄURE UND ISOLYSERGSÄURE, *Helv. chim. Acta.*, 32, S. 506
- 99 Tarnas, R.: PROMETHEUS THE AWAKENER, (Pending Publication)
- 100 Tart, C. (1967): PSYCHEDELIC EXPERIENCES ASSOCIATED WITH A NOVEL HYPNOTIC PROCEDURE, MUTUAL HYPNOSIS, *Amer. J. Clin. Hypnosis*, 10, S. 65
- 101 Toben, B., u. J. Sarfatti (1975): SPACE-TIME AND BEYOND, New York (E. P. Dutton)
- 102 Whittlesey, J. R. B. (1960): SOME CURIOUS ESP RESULTS IN TERMS OF VARIANCE, *J. Parapsychol.*, 24, S. 220
- 103 Wilber, K. (1977): THE SPECTRUM OF CONSCIOUSNESS. A QUEST BOOK, Wheaton, Ill. (The Theosophical Publishing House)
- 104 Woolley, D. W., u. E. Shaw (1954): A BIOCHEMICAL AND PHARMACOLOGICAL SUGGESTION ABOUT CERTAIN MENTAL DISORDERS, *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 40, S. 228
- 105 Young, A. M. (1976): THE REFLEXIVE UNIVERSE, New York (Delacorte Press)