

DIE PSYCHOLYTISCHE PSYCHOTHERAPIE IN DER SCHWEIZ VON 1988-1993

Eine katamnestische Erhebung

Peter Gasser

Zusammenfassung

Die psycholytische Psychotherapie ist eine tiefenpsychologisch orientierte Gesprächstherapie, ergänzt durch Erfahrungen in verändertem Wachbewusstseinszustand. Diese werden durch halluzinogene Substanzen: Methylendioxyamphetamin (MDMA) und Lysergsäurediäthylamid (LSD) induziert. In den Jahren 1988-1993 konnten im Rahmen einer Ausnahmegenehmigung des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheitswesen psycholytische Psychotherapien durchgeführt werden.

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

90% der Patienten beschreiben sich zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung als «leicht» (26%) oder «gut gebessert» (65%). Während der psycholytischen Psychotherapie kam es zu keinen schweren Zwischenfällen, zu keinem Suizid und zu keiner psychiatrischen Hospitalisation.

Psycholytic (Psychedelic) Psychotherapy in Switzerland from 1988 to 1993. A Follow-up Study Summary: Psycholytic Psychotherapy is a verbal, depth psychology psychotherapy involving experiences in an altered state of consciousness induced by psychedelic drugs. During the years 1988-1993, the Swiss Federal Office for Public Health granted special permission to several psychiatrists to treat patients with psycholytic psychotherapy, using Methylendioxyamphetamin (MDMA) and Lysergic-acid-diethylamide (LSD). The present study is a follow-up of 121 patients treated with psycholytic psychotherapy. Subjects were in treatment for an average of three years. The treatments had been concluded an average of two years before the administration of the follow-up questionnaires. During the period of psycholytic psychotherapy, subjects participated in an average of 70 non drug individual or group psychotherapy sessions as well as 7 psycholytic sessions in which a psychedelic drug was used.

90% of the patients appraised themselves as being improved as a result of the psycholytic therapy. During the course of the therapy, there were no severe negative reactions, attempted or completed suicide, or psychiatric hospitalizations.

Key words: psycholytic therapy - psychedelic therapy - hallucinogenic drugs - altered state of consciousness - follow-up study.

Einleitung

Da es in der Schweiz in den Jahren 1988-1993 möglich war, mit psychedelischen Substanzen (hier sind LSD, Lysergsäurediäthylamid und MDMA, Methylendioxyamphetamin gemeint) Psychotherapien durchzuführen, entstand in dieser Zeit eine Gruppe von Patienten, die mit psycholytischer oder psychedelischer Psychotherapie behandelt wurde. Damit ist eine mit halluzinogenen Substanzen unterstützte, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie gemeint. Leuner (1) prägte hauptsächlich den Begriff «psycholytisch». Er arbeitete mit den psycholytischen Substanzen im unteren bis mittleren Dosisbereich (für LSD 30-200 µg) in einem Gruppensetting. Nach seiner Meinung helfen die Stoffe - analog zum katathymen Bilderleben - unbewusstes Material imaginativ hervortreten zu lassen. Sie fördern eine Altersregression und intensivieren die Übertragungsbeziehung. Grof(2) unterschied davon die psychedelische Therapie. Er arbeitete eher mit hohen Dosierungen von LSD (300-600 (-1500) µg), führte aber mit dem jeweiligen Patienten nur wenige Sitzungen in einem Einzelsetting durch. Er betonte die Wichtigkeit einer überwältigenden, intensiven Erfahrung (Peak experience). Trotz aller Unterschiede ist den Ansätzen von Leuner und Grof gemeinsam, dass der Gebrauch psychedelischer Substanzen in eine bereits etablierte, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie eingebettet ist, welche es ermöglicht, die unter Substanzwirkung gemachten Erfahrungen im therapeutischen Gespräch nachzuarbeiten, zu integrieren.

Die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Patienten erfuhren eine teils den Grundprinzipien der psycholytischen, teils der psychedelischen Psychotherapie folgende Behandlung.

Zur Situation der psycholytischen Therapie

Die psychedelischen Substanzen sind heute weltweit von den Behörden als Betäubungsmittel deklariert, ihre Verwendung als Heilmittel ist nicht vorgesehen. Damit ist ihre klinisch-therapeutische Anwendung fast unmöglich geworden. Die Forschung mit psychedelischen Substanzen ist weitgehend eingeschlafen, was ihre therapeutische Anwendung anbetrifft. Nach der Entdeckung des LSD 1943 in Basel (Hofmann, [3]) entstanden bis Ende der 60er Jahre mehrere tausend Publikationen zum Thema Halluzinogene (Leuner, [1]). In einer frühen Phase der Forschung Mitte der 40er bis Mitte der 50er Jahre wurde in Selbstversuchen und an gesunden Probanden zum Thema Modellpsychose geforscht. Ausserdem wurde die Wirkung der halluzinogenen Substanzen auf Geisteskrankte erforscht. (Stoll [4] und Condrau [5]) Danach verlagerte sich das Forschungsinteresse mehr auf die Unterstützung der psychotherapeutischen Prozesse (Grof, [2]). 1972 wurden als Reaktion auf den massenhaften Gebrauch in der Hippieszene LSD und Psilocybin (halluzinogene Substanz aus Psilocybe- und Stropharia-pilzen) in der Schweiz als Betäubungsmittel deklariert. Eine psychotherapeutische Anwendung war in der Folge bis 1988 völlig ausgeschlossen (ausser für Fässler, Psychiater in Zug, der eine Ausnahmegewilligung zur Verwendung von Psilocybin erhielt). Damit konnte auf dem Gebiet der halluzinogen-unterstützten Psychotherapie keine Forschung mehr betrieben werden. 1986 wurde auch MDMA als Betäubungsmittel festgeschrieben.

1985 wurde die Schweizerische Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SAePT) gegründet. Ziel der Vereinigung ist es, die psycholytische Psychotherapie als Behandlungsverfahren in der Praxis zu ermöglichen und qualifizierte Therapeutinnen auszubilden. 1988 erteilte das Bundesamt für Gesundheitswesen fünf Psychiatern aus dieser Gesellschaft eine Ausnahmegewilligung, um mit LSD und MDMA psychotherapeutisch arbeiten zu können.

1989-1990 erfolgte vorübergehend ein kollektiver Entzug der Bewilligungen, da es bei einem der erwähnten Therapeuten im Rahmen eines psychotherapeutischen Workshops zu einem Todesfall kam. Da in diesem Fall aber weder LSD noch MDMA als Substanzen verwendet wurden und es zunächst nicht gesichert war, ob der Tod auf eine Substanzeinwirkung zurückzuführen ist, wurden die Bewilligungen 1990 mit strengeren Auflagen und zeitlich bis Ende 1993 befristet wieder erteilt. Der Therapeut, in dessen Gruppentherapie sich der Todesfall ereignete, führte in der Folge bis zu einer abschliessenden gerichtlichen Beurteilung des Falles keine psycholytischen Psychotherapien mehr durch. Ein weiterer Therapeut wandte sich angesichts der zunehmend strengen, forschungsorientierten Auflagen anderen therapeutischen Verfahren zu und verzichtete auf eine Weiterführung der psycholytischen Psychotherapie. Die drei verbleibenden Therapeuten, die während des

ganzen beschriebenen Zeitraumes mit psycholytischer Psychotherapie arbeiteten, sind Dr. Marianne Bloch, Luzern; Dr. Juraj Styk, Basel; und Dr. Samuel Widmer, Solothurn; alle Spezialärzte für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Widmer hat seine Arbeitsweise in einem von ihm geschriebenen Buch ausführlich dargelegt (6). Die Arbeitsweisen von Styk und vor allem von Bloch sind in Saunders Buch «E for ecstasy» (7) beschrieben. Ausserdem wurden in einer Dissertation von Benz (8) die Therapeuten, die mit psycholytischer Psychotherapie arbeiten, befragt und ihre Arbeitsweise beschrieben. Ihrem Vorgehen ist gemeinsam, dass sie eine für die Patienten kontinuierlich betreute gruppentherapeutische Erfahrung in einem Setting ermöglichen, das einerseits meditative Stille, teilweise mit Unterstützung von Musik, andererseits Interaktion mit den Therapeuten und den ändern Gruppenteilnehmern bietet.

Methoden

Als Gruppe für die vorliegende Arbeit wurden diejenigen Patienten ausgewählt, die bei den drei oben beschriebenen Psychotherapeuten mindestens eine psycholytische Sitzung mitgemacht und bis im Juli 1993 ihre Therapie abgeschlossen hatten. Die Therapeuten wurden beauftragt, aus ihren Archiven alle Patienten auszuwählen, die die beiden Kriterien - mindestens eine psycholytische Sitzung zwischen 1988 und 1993 und Abschluss der Therapie vor Juli 1993 - erfüllten. Es war die Absicht, alle in Frage kommenden Patienten zu befragen, Ausschlusskriterien wurden keine aufgestellt. Somit ergab sich eine Gesamtzahl von 170 ehemaligen Patienten, die für die Studie ausgewählt wurden. Die schriftliche Befragung der Patienten mittels eines standardisierten Fragebogens wurde als Untersuchungsmethode gewählt. Die Fragebogen wurden den Patienten per Post zugesandt. Nach einem Monat wurden diejenigen, die nicht antworteten, einmalig schriftlich erinnert. Weitere Massnahmen, die nicht Antwortenden zu erreichen, wurden nicht ergriffen. Der Fragebogen sollte zu folgenden Stichworten Auskunft geben können: Soziale Situation, therapeutische Vorerfahrung, Anlass zur Therapie, Inanspruchnahme anderweitiger psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung vor und nach der Therapie, subjektive Besserung während und nach der Therapie, Einflüsse und Inhalte der psycholytischen Sitzungen, Lebensgestaltung nach der Therapie. Zudem wurde Platz für individuelle Bemerkungen gegeben. Es handelt sich um einen standardisierten Fragebogen. Die Angaben wurden ausgewertet und mit Häufigkeits-Statistiken dargestellt.

Die Aufzeichnungen der Therapeuten über die Patienten wurden hinsichtlich persönlicher Daten, Länge und Stundenfrequenz der Gesprächstherapie, Anzahl psycholytischer Sitzungen und Katamnesedauer ausgewertet. Zudem wurde von den Therapeuten eine Dia-

gnose nach ICD-10 (9) mit Fokus auf den Beginn der Psychotherapie gestellt.

Die Auswertung der Daten erfolgte EDV-mässig durch Häufigkeitswerte unter Mithilfe und Beratung von Prof. Dr. Adolf Dittrich, Zürich. Verwendet wurde das Statistikprogramm KMSS (Kleiter Microcomputer Statistik System) von E. F. Kleiter, Kiel, 1991. Fehlende oder unauswertbare Daten betragen weniger als ein Promille. Von 171 versandten Fragebogen war einer unzustellbar (wegen Abreise ins Ausland). 135 kamen zurück, was einem Rücklauf von 79% entspricht. Davon waren 14 (8%) nicht ausgefüllt, 121 (71%) auswertbar. Da von den 21% nicht Antwortenden kein Einverständnis vorlag, ihre Daten zu wissenschaftlichen Zwecken auszuwerten, verzichtete ich aus Datenschutzgründen auf eine Einsichtnahme in ihre Krankenakte. Immerhin konnten die Therapeuten auch zu diesen Patienten berichten, dass es zu keinen schweren Zwischenfällen (Suizid, psychotische Dekompensation, psychiatrische Hospitalisation) gekommen sei.

Resultate

Soziographische Daten

Von den 121 Patienten, deren Daten ausgewertet wurden, waren 53% weiblich, 47% männlich. Das Durchschnittsalter betrug $\bar{x} = 41,0$ Jahre ($s = 8,7$ J.) zum Katamnesezeitpunkt.

Angaben zur psycholytischen Psychotherapie

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

Vereinfachend können wir von einer dreijährigen Therapiedauer und einer zweijährigen Katamnesezeitdauer bei grosser Streuung ausgehen.

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

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

Die Therapeutin Bloch arbeitete nur mit MDMA in einer Dosierung von 125 mg, die anderen Therapeuten, Styk und Widmer, arbeiteten in den ersten ein bis drei

Tabelle I: Soziographische Daten (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

	Beginn der Therapie	Katamnesezeitpunkt
Zivilstand		
Ledig	32,2	24,0
Verh./in Partnerschaft	52,0	52,1
getrennt/geschieden	15,7	24,0
Beruf		
In Ausbildung	9,9	6,6
Handwerk. oder kaufm.	26,4	21,5
Soz., med. oder päd.	33,1	39,7
Leitende Stellung	3,3	3,3
Akademischer Beruf	14,1	14,9
Hausfrau	9,9	8,3
Anderer Beruf	3,3	5,8
Wohnsituation		
Bei Eltern	3,3	0,8
Alleine	35,5	38,0
Partnerschaft, Familie	49,6	54,6
Private Wohngemeinschaft	9,9	6,6
Institution	1,7	0
Erwerbsquelle		
Eltern	2,5	1,7
Partner	7,4	10,7
eigener Verdienst	82,6	80,2
Rente, Fürsorge	5,8	5,8
Andere	1,7	1,7

Sitzungen mit MDMA 125 mg, danach mit LSD in Dosierungen von 100-400 Mikrogramm. Vergleicht man diese Resultate mit der Studie von Mascher (10), so ergibt sich als Unterschied vor allem, dass die Therapien bedeutend länger wurden jedoch mit einer niedrigeren Stundenfrequenz und geringerer Zahl an psycholytischen Sitzungen.

Tabelle H: Vergleich der Studien von

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

Diagnosen

Aufgrund der hauptsächlichlichen Problematik wurde eine Hauptdiagnose gestellt. Begleitende Krankheiten oder Probleme wurden als Nebendiagnosen aufgeführt. Die

grösste diagnostische Gruppe machen die Persönlichkeitsstörungen aus, sowohl wenn man nur die Haupt- als auch wenn man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen ansieht. Innerhalb dieser Gruppe sind es vor allem die narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, welche 17% aller Haupt- und Nebendiagnosen ausmachen. Am zweithäufigsten sind innerhalb der Persönlichkeitsstörungen die Borderline-Persönlichkeitsstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung ICD-10 F 60.3), welche mit 9% diagnostiziert wurden. Ebenfalls eine grosse Gruppe bilden die Anpassungsstörungen (22,2%) mit Angst- (14,6%), Zwangs- (2,9%) und Konversionssymptomen (4,7%). Wie die affektiven Störungen machen auch sie rund einen Viertel der Diagnosen aus (Tabelle III).

Die einheitlichen Diagnosen wurden erst retrospektiv anhand der Aufzeichnungen der Therapeuten und im Gespräch mit mir gestellt. 1988, als die Ausnahmegenehmigungen durch das Bundesamt für Gesundheitswesen erteilt wurden, war nicht klar, dass die Therapien wissenschaftlich ausgewertet würden. Deshalb wurde damals auf eine einheitliche Diagnostik verzichtet.

Tabelle III: Diagnostische Kategorien (nach ICD-10, Prozentwerte)

	Hauptdiagnose N = 121	Haupt- und Nebendiagnose N = 171
Organische Störungen	0	0,6
Sucht	1,7	2,3
Psychosen	1,7	1,2
Affektive Störungen	24,8	22,8
Angst-, Zwangs-, Konversions- und Anpassungsstörungen	25,6	22,2
Essstörungen	6,6	5,8
Sexuelle Deviation	1,7	12
Persönlichkeitsstörungen	38,0	43,9

Psychotherapeutische Vor- oder Nachbehandlung

45% der Patienten hatten psychotherapeutische Vorerfahrung. Sie durchliefen zwischen einer und fünf Psychotherapien. Die Gesamtdauer der absolvierten Psychotherapie für die Patienten mit Therapieerfahrung vor der psycholytischen Therapie betrug im Durchschnitt 2,5 Jahre. 7% der Patienten waren schon psychiatrisch hospitalisiert. Einer davon dreimal, die andern einmal, mit einem Durchschnitt von 8,2 Monaten Hospitalisationsdauer.

13% der Patienten beanspruchten nach Beendigung der psycholytischen Therapie erneut eine Psychotherapie, teilweise allerdings im Rahmen einer weiterbildungsbedingten Selbsterfahrung. 1,6% mussten psychiatrisch hospitalisiert werden. Während der Therapie kam es bei

keinem der untersuchten Patienten zu stationärer psychiatrischer Behandlung.

Grund für die Aufnahme der Therapie

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. 28,9% bzw. 66,9% der Patienten litten bei Aufnahme der Therapie an manifesten körperlichen bzw. seelischen (z.B. depressiven) Symptomen. 65,3% geben an soziale oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten gehabt zu haben. Sucht wird in 21,5% genannt, wobei hier auch Arbeitssucht oder Sexsucht genannt werden. Bei «andere Gründe» (18,2%) der Nennungen sind unter anderem die «Therapie des Partners» oder «Familientherapie», «angeordnete therapeutische Massnahme», «Probleme im Militärdienst» und «HIV-Infektion» angegeben. Den Wunsch nach Selbsterfahrung nennen 57,0%, wobei dieser Wert durch die retrospektive Sicht möglicherweise zu hoch ist.

Subjektive Veränderungen

Die Patienten wurden befragt zu subjektiv verspürten Veränderungen während und nach der Therapie. 5,0% der Patienten bezeichnen den Verlauf während der Therapie als stark schwankend mit Besserung und Verschlechterung. Dieser Wert geht auf 2,5% zurück nach Beendigung der Therapie. Eine gute Besserung verzeichnen 65,0% der Patienten nach der Therapie. Während dieser betrug der Wert noch 46,3%. Korrespondierend dazu sind während der Therapie 38,8% die leichte Besserung verzeichnen und nach der Therapie nur noch einen Wert von 25,6% ausmachen. Die Nennungen «leichte Besserung» und «gute Besserung» sind zusammen sowohl während (85,1%) als auch nach der Therapie (90,9%) hoch. In der Arbeit von Mascher (10) geben 62% der befragten Patienten «wesentliche Besserung» oder «gute Besserung» an. In der vorliegenden Studie geben «keine Veränderung» durch die psycholytische Therapie retrospektiv 5,8% während und 4,1% nach der Therapie an. Starke Verschlechterung geben 1,7% an sowohl für die Zeit während als auch nach der Therapie. Leichte Verschlechterung wird von 2,5% während und 0,8% nach der Therapie angegeben.

Einfluss auf verschiedene psychische Bereiche

Eine erste Teilfrage richtete sich auf die emotionale Erfahrung als einer Grundvoraussetzung der Wahrnehmung psychischer Vorgänge. Im weiteren wurde zur Beziehungsgestaltung zur Familie oder anderen Mitmenschen sowie über Einsichten in die eigene Biografie gefragt. Dann sollten die Patienten auch angeben, ob sie aufgrund psycholytischer Sitzungen Entscheidungen getroffen haben (Tabelle IV).

Bei «sehr wichtigen anderen Erfahrungen» (28,9%) werden u.a. «spirituelle und religiöse Erfahrungen» (4,9%), «mehr Selbstwert und Selbstvertrauen» (6,6%),

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

	keine Bedeutung	wenig wichtig	wichtig	sehr wichtig
Emotionale Erfahrung	2,5	5,8	27,3	64,5
Beziehung zu Anderen	2,5	6,6	34,7	56,2
Biografische Einsichten	7,4	23,1	20,7	48,8
Wichtige Entscheidungen	36,4	10,7	16,5	36,4
andere	57,9	2,5	10,7	28,9

«mehr Kreativität und Sensibilität» (2,5%) genannt. Als Einzelnennungen kommen unter anderem vor, dass die Erfahrungen wichtig gewesen seien als «Hintergrund für die eigene Arbeit mit Süchtigen», «verbesserte Beziehung zur Natur», «Aufgeben alter Verhaltensmuster» aber auch «Wecken grosser Erwartungen und damit verbunden grosser Stress». 36,4% geben an, für wichtige Entscheidungen massgebliche Hilfen aus dem psycholytischen Prozess gewonnen zu haben. Davon geben 12,4% an, sich beruflich verändert zu haben, meist im Sinne einer schulischen Weiterbildung oder beruflichen Weiterausbildung. 10,7% geben an, sich aus einer Beziehung getrennt oder geschieden zu haben. 8,3% Patienten geben an, sich auf dem Hintergrund der psycholytischen Erfahrung für eine Partnerschaft oder eine Vertiefung derselben entschieden zu haben.

Erfahrungsinhalte, Gefühlsqualitäten

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

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

Bei der Frage nach den Erfahrungen in den psycholytischen Sitzungen versuchte ich rein summarisch die von Dittrich (11) beschriebenen Strukturen veränderter Wachbewusstseinszustände zu erfragen, nämlich angstvolle Ich-Auflösung, ozeanische Selbstentgrenzung und visionäre Umstrukturierung. Obwohl das Erleben von

körperlicher Angst und Horror von Leere und Sinnlosigkeit für gut einen Drittel der Befragten wichtige oder sehr wichtige Bedeutung hatte, schreibt bei den Anmerkungen nur ein einziger Antwortender, dass diese schwierigen Erfahrungen oder «bad-trips» eine nachhaltige, schädliche Auswirkung für den therapeutischen Prozess und die Zeit danach gehabt hätte.

In bedeutendem Ausmass waren die intensiven sonst unbekanntes Sinneswahrnehmungen wichtig oder sehr wichtig. Damit sind wohl weniger halluzinatorische oder illusionäre Verkennungen gemeint als viel mehr der Umstand einer bis anhin ungekannten Intensität in allen Wahrnehmungsqualitäten und damit verbunden einer besonderen Beachtung derselben.

Lebensgestaltung

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

Tabelle VI: Selbstbild und soziales Verhalten (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

	schlechter A	gleich	besser	keine Angabe
- Selbstannahme	2,5	15,7	81,8	0
- Autonomie	2,5	28,9	67,8	0,8
- Lebensqualität	3,3	11,6	84,3	0,8
- fam. und partner. Beziehung	3,3	15,8	81,0	0
- Engagement am Arbeitsplatz	2,5	33,1	57,0	7,4

67,8% empfinden sich selbständiger und 81% bezeichnen ihre familiären und sozialen Beziehungen besser als vor der Therapie. Bezogen auf die Daten wie Partnerschaft, Erwerbsmöglichkeiten und Wohnsituation ist die Stichprobe wie beschrieben recht stabil, so dass das Empfinden von Selbständigkeit wohl mehr eine innere Einschätzung ist, die sich in den recht groben soziographischen Parametern gar nicht niederschlägt.

Tabelle VII: Suchtmittelkonsum (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

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

Der Umgang mit Suchtmitteln wird insgesamt verantwortungsvoller, sparsamer. Allerdings schätzen sich die Hälfte der Patienten als von Alkohol- und Nikotinkonsum nicht betroffen ein. Die beschriebene Stichprobe umfasst kaum Konsumenten von harten Drogen. 98,3% geben an, keine Erfahrung mit solchen zu haben.

Tabelle VIII: Spiritualität (Prozentwerte; N = 121 Pat.)

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

Etwa sieben von zehn Patienten geben an, einen besseren Zugang zum Göttlichen zu haben und sechs von zehn empfinden weniger Angst vor Tod und Sterben. Dieser Zugang zur spirituellen Dimension scheint hauptsächlich in den psycholytischen Sitzungen entstanden zu sein, da sich alle drei Therapeuten als Psychotherapeuten verstehen (Benz [8]) und nicht als Meditationslehrer, religiöse Führer oder ähnliches.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Neun von zehn Patienten geben an, durch die psycholytische Therapie leicht oder gut gebessert zu sein bezüglich ihrer Grundproblematik. Sie haben aus dieser Behandlung einen persönlichen Sinn und Nutzen gezogen. Die vorliegende Arbeit macht keine Aussage darüber, wie es diesen oder vergleichbaren anderen Patienten mit einer vergleichbaren Psychotherapiemethode ergangen wäre. Immerhin ist es aber ein Hinweis auf eine für den Betroffenen wertvolle Behandlung. Es stellt sich natürlich die Frage, ob die relativ guten Resultate dadurch zustande kamen, dass die Antwortenden eine positiv eingestellte Auswahl der ehemaligen Patienten seien und die Unzufriedenen nicht geantwortet hätten (bias). Diese Frage lässt sich mit dieser Art retrospektiver Studie nicht beantworten, wenn dem so wäre, käme es durch Zufall zustande und nicht aufgrund eines Methodenfehlers. Immerhin ist der Anteil der Patienten, die sich gebessert einschätzen immer noch gross, selbst wenn man ihn auf die Gesamtzahl der 170 Patienten aufrechnet (64,7%)

Aus den Rückmeldungen der Patienten lässt sich schliessen, dass die psycholytische Psychotherapie eine sichere Behandlung ist. In den persönlichen Mitteilungen wird ausser in einem Fall, in dem über andauernde, schwere depressive Verstimmungszustände nach der letzten psycholytischen Sitzung drei Monate vor Therapieende geklagt wird, von keinem Patienten über länger dauernde nachteilige Erfahrungen geschrieben. Auch kam es während der psycholytischen Psychotherapie in keinem Fall zu psychiatrischer Hospitalisation, zu psychotischer Dekompensation oder zu Suizid. Dieses Resultat deckt sich mit den Erfahrungen anderer Autoren. In der Studie von Cohen (12) wurden Angaben über Komplikationen bei 44 Therapeuten, die insgesamt fast 5000 Patienten in 25 000 Sitzungen mit LSD oder Mescaline behandelten, gesammelt. Die Suizidrate lag bei 0,04%, das Risiko länger als 48 Stunden an einer Psychose zu erkranken bei 0,18%. In der Arbeit von

Malleson (13) wurden die Komplikationen bei 4300 Patienten und 49 500 Applikationen von LSD für Suizid bei 0,07% und für eine länger als 48 Stunden dauernde Psychose bei 0,9% beschrieben.

1993 ist ein wertvolles Experiment vorerst unterbrochen worden, nämlich die Möglichkeit unter psychotherapeutischen Bedingungen mit psychedelischen Stoffen zu arbeiten und Erfahrungen zu sammeln.

Die Erforschung psycholytischer Therapie ist in anderen Ländern wieder zaghaft angelaufen. In Russland läuft eine Ketaminstudie bei Alkoholikern, in den USA läuft ein Projekt, bei dem in der Sterbebegleitung MDMA eingesetzt wird, ebenfalls in den USA ist eine LSD-Studie bei schwer Alkoholabhängigen in Vorbereitung. Fragen der Sicherheit oder der Indikationen dieser Behandlung müssten noch gründlicher oder wieder neu geklärt werden. Dazu ist es aber notwendig, dass auch in Zukunft psycholytische Therapie von den zuständigen Stellen ermöglicht wird. Immerhin gibt es in der Schweiz bereits eine fast fünfzigjährige Tradition in der therapeutischen Erforschung psychedelischer Substanzen. Ohne weitere Forschung kann unser Wissen über diese Behandlungsweise nicht vergrössert werden, die, wie diese Arbeit zu zeigen versuchte, innerhalb der Psychotherapie durchaus einen Platz haben könnte. Bei sorgfältiger Handhabung durch gut ausgebildete Therapeuten, so scheint mir, ist die psycholytische Therapie ethisch vertretbar und für eine gewisse Auswahl von Psychotherapiepatienten nutzbringend anwendbar.

Ich sehe auch noch einen weiteren Ansatz, warum es sinnvoll wäre, die psycholytische Therapie weiter zu erforschen. Psychedelische Substanzen sind populär geworden. Sie werden in grossen Mengen unter unkontrollierten, teilweise fahrlässigen und gefährlichen Bedingungen konsumiert. Dies trifft zur Zeit vor allem für das MDMA zu. Schlüpf (14) warnt in einem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung vor der unkontrollierten Einnahme von MDMA (Ecstasy) wie dies in den Raves der Technomusikszene der Fall ist. Ricaurte (15, 16) beschrieb eine neurotoxische Wirkung von MDMA an Primaten bei Verabreichung von hohen repetitiven Dosen (mindestens 2,5 mg/kg KG zweimal täglich an vier aufeinander folgenden Tagen). Laut einer brieflichen, unveröffentlichten Mitteilung von Ricaurte kommt es bei Dosierungen, wie sie dem Setting der psycholytischen Therapie entsprechen (1,5mg/kg KG in mindestens vierwöchigen Abständen) bei Primaten zu keinen neurotoxischen Effekten.

Ich sähe es als eine Chance, unter kontrollierten und vor allem für den Patienten schützenden Bedingungen unser Wissen und unsere Erfahrung im Umgang mit den psychedelischen Substanzen zu vergrössern. Es gibt diese Substanzen nun einmal und so empfinde ich es wertvoller, sie, ihr Potential, die Risiken und Möglichkeiten zu erforschen als sie zu verbannen und damit im Untergrund wühlen zu lassen.

Verdankungen

Ich danke an dieser Stelle den drei Therapeuten Dres. Marianne Bloch, Juraj Styk und Samuel Widmer für Ihre Zusammenarbeit, Prof. Adolf Dittrich für die Hilfe bei Methodenfragen und meinem vorgesetzten Chefarzt Dr. Franz Vadasz für die finanzielle Unterstützung.

Literaturliste

1. Leuner, H. (1981): Halluzinogene. Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie. Huber, Bern.
2. Grof, S. (1983): LSD-Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
3. Hofmann A. (1979): LSD - mein Sorgenkind. Klett-Cotta, Stuttgart.
4. Stoll, W. A. (1947): Lysergsäure-diäthylamid, ein Phantastikum aus der Mutterkomgruppe. Schweiz. Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie. 40, 279-323.
5. Condrau, G. (1949): Klinische Erfahrungen an Geisteskranken mit Lysergsäure Diäthylamid. Acta Psychiat. Neurol. 24, 9-32.
6. Widmer, S. (1989): Ins Herz der Dinge lauschen. Vom Erwachen der Liebe. Die unerwünschte Psychotherapie: Über MDMA und LSD. Nachtschatten-Verlag, Solothurn.
7. Saunders, N. (1993): E for ecstasy. Saunders, London.
8. Benz, E. (1989): Halluzinogen-unterstützte Psychotherapie. Erhebung bei der Schweizerischen Aerztegesellschaft für Psycholytische Therapie. Dissertation. Zürich.
9. Dilling, H. et al. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Huber, Bern.
10. Mascher, E. (1966): Katamnestiche Untersuchung von Ergebnissen der Psycholytischen Therapie. Dissertation. Göttingen.
11. Dittrich, A. (1985): Ätiologie - unabhängige Strukturen veränderter Wachbewusstseinszustände. Enke, Stuttgart.
12. Cohen, J. (1960): Lysergic acid diethylamide: Side effects and complications. J. of Nervous and Mental Disease. 130, 30-40.
13. Malleson, N. (1971): Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom. British J. of Psychiatry. 118, 229-230.
14. Schläpfer, T. (1994): Zur Gefährlichkeit von Ecstasy. Schweiz. Ärztezeitung. 75, 1688-1690.
15. Ricaurte, G. A. (1988): 3,4-Methylenedioxymethamphetamine Selectively Damages Central Neurons in Nonhuman Primates. JAMA. 260, 51-55.
16. Ricaurte, G. A. et al. (1992): Neurotoxic Amphetamine Analogues: Effects in Monkeys and Implications for Humans. Annals of the New York Academy of Sciences. 648, 371-382.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Peter Gasser, Externer Psychiatrischer Dienst, Dornacherplatz 19, CH-4500 Solothurn