

Dynamische
Psychiatrie

Sonderheft

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

„Bewußtseinserweiternde“ Drogen
in psychoanalytischer Sicht

Herausgegeben
von Günter Ammon

SONDERHEFT

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

1

Dynamische Psychiatrie

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e.V. (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG)

4. Jhg., 1971, Sonderheft 1

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

N. Ackerman, New York — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — J. Cremerius, Gießen — Th. Dosůžkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hacker, Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — W. Schulte, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — V. Smirnoff, Paris — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem.

	Seite
Einleitung	1
<i>Hans-Joachim Hameister, Dietrich v. Kries</i> (Berlin)	
<i>Günter Ammon, Mohamed Said El-Safti</i> , Bewußtseinsweiternde oder bewußtseinszerstörende Drogen?	4
<i>Havelock Ellis</i> † Zum Phänomen der Meskalin-Intoxikation	17
<i>Günter Ammon</i> und <i>Jürgen Götte</i> (Berlin) Ergebnisse früher Meskalin-Forschung	23
<i>Günter Ammon</i> (Berlin) und <i>Paul G. R. Patterson</i> (Toronto) Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen	47
<i>Kenneth E. Godfrey</i> (Topeka, Kansas) LSD in Forschung und Therapie	72
<i>Kenneth E. Godfrey</i> und <i>Harald M. Voth</i> (Topeka, Kansas) LSD als zusätzliches Mittel zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie	94
<i>Gilbert J. Rose</i> (Rowayton, Conn.) Ein Fall von narzißtischer Identitätsstörung mit LSD-Psychose	116
<i>Anke Meilicke</i> (Berlin) Bericht über Eigenerfahrungen mit LSD und Haschisch	128
<i>Gabriel de la Vega</i> (New York) Die Heroin-Sucht: Ein Abwehrmechanismus	139
Namensregister	153
Sachregister	155
Biographische Notizen	161

Einleitung

Mit dieser Sonderheft will die „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ zu einer Versachlichung der Diskussion über halluzinogene Drogen beitragen.

Der in allen westlichen Ländern sprunghaft sich ausbreitende Konsum dieser Drogen und insbesondere sein Übergreifen auf immer jüngere Konsumentengruppen hat das Drogenproblem in den letzten Jahren zu einem sozialen Reizfaktor ersten Ranges werden lassen und dieses Thema in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt.

Eine täglich anwachsende Flut von Veröffentlichungen, wissenschaftlichen Forschungen, soziologischen Analysen, statistischen Informationen, amtlichen Stellungnahmen und mehr oder weniger sensationshaschenden Berichten in den Massenmedien, läßt die Unruhe deutlich erkennen, welche das Drogenproblem provoziert, eine Unruhe, die durch viele dieser Veröffentlichungen zur Verwirrung gesteigert wird.

Dazu scheint vor allem der Umstand beizutragen, daß die sozialen Koordinaten der neuen „Drogenszene“ mit denen der bekannten Suchterrscheinungen nicht länger in Übereinstimmung gebracht werden können. Haschisch und LSD sind in gewisser Hinsicht „Wohlstandsdrogen“, und ihr Konsum läßt sich nicht durch den Zusammenhang offensichtlicher sozialer Elendssituationen erklären, wie dies für die klassischen Suchtmittel Alkohol und Opium möglich ist. So hat denn auch die Existenz von 600 000 Alkoholsüchtigen in der Bundesrepublik ein öffentliches Problem und eine öffentliche Diskussion bisher nicht entstehen lassen, obwohl Alkohol am Steuer an einem Viertel aller Verkehrsunfälle mit beteiligt ist. Aber auch andere Formen suchartiger Drogenabhängigkeit haben bisher ein öffentliches Interesse nicht provozieren können. Weder die 30 Mrd. DM, die in der Bundesrepublik jährlich für Alkohol und Tabak — zwei erwiesenermaßen gefährliche Drogen — ausgegeben werden, noch die 45,2 Mill. DM, die z. B. 1970 für Tranquilizer ausgegeben wurden — das Präparat Valium ist an die vierte Stelle des Medikamentenkonsums in der Bundesrepublik gerückt — haben bisher öffentliche Unruhe bewirkt, ebensowenig, wie die bei Dauergebrauch suchtbildenden Barbiturate, von denen 1968 mehr als 30 Mill. Packungen verschrieben wurden.*

Auf diesem Hintergrund erscheinen die Abwehrmaßnahmen der staatlichen Behörden, die Ausdehnung des Opiumgesetzes auf Haschisch und LSD und die Verstärkung der mit dem Kampf gegen die Droge betrauten Abteilungen der Polizei als ein Abwehrmechanismus im spezifischen Sinne.

* zit. nach Schmidbauer, vom Scheidt: Handbuch der Rauschdrogen (1971)

Angstvolle Abwehr spricht vor allem aus den vielfältigen Bemühungen, die Wirkung der Drogen ausschließlich in der körperlichen Abhängigkeit vom gebrauchten Mittel zu sehen. Abgewehrt werden die „unheimlich“ erscheinenden psychischen Vorgänge, welche die Drogen auslösen, ebenso wie die undurchsichtigen sozialen Vorgänge, welche eine steigende Anzahl junger Menschen zur Droge greifen lassen.

Ähnlich wie in der traditionellen psychiatrischen Theorie, welche die sogenannten „Geisteskrankheiten“ allein als Stoffwechselkrankheiten verstehen will, wird die psychische Dimension und die psychische Dynamik des Geschehens verdrängt, und diese Verdrängung betrifft nicht allein die psychische Dynamik der sogenannten Geisteskranken oder Drogenabhängigen, sondern auch die psychische Dynamik der betroffenen administrativen Apparate und verfolgenden Behörden.

So sieht denn auch das neue „Aktionsprogramm“ der Bundesregierung in erster Linie eine Verschärfung der gesetzlichen Maßnahmen gegen den Konsum von „Rauschgiften“ und die verstärkte Bekämpfung des Drogenhandels durch die Kriminalpolizei vor. Drogen, wie Haschisch, LSD, Meskalin, die keine physiologische Sucht hervorrufen, werden dabei unterschiedslos unter das Opiumgesetz subsumiert. Aufklärungs- und Forschungsarbeit aber erscheint, schmal dotiert, erst an dritter Stelle.

Daß der Mißbrauch von Drogen eingedämmt werden muß, soll hier nicht bestritten werden. Die Wirksamkeit gesetzlicher Kampfmittel aber, Verbot und Strafandrohung, muß nachdrücklich in Zweifel gezogen werden. Es ist bekannt, daß die Prohibitionsgesetzgebung in den USA weniger den Abstinenzbemühungen, als der Mafia zu einer sozialen Basis verholfen hat, und ähnliche Wirkung hat in Europa die Abtreibungsgesetzgebung entfaltet.

Das gesetzliche Verbot geht von der generellen Annahme aus, daß der Konsum von Rauschdrogen psychische, physische und soziale Zerrüttung zur Folge hat. Gerade diese generelle Annahme aber gälte es, unvoreingenommen zu erforschen.

Zu fragen wäre: Welche Störungen treten auf, woher rühren diese Störungen und auf welche Weise können sie behoben werden?

Die einfache Behauptung, der Drogenkonsum bewirke ein Ansteigen der Kriminalität, entbehrt bisher jeden Beweises. Umgekehrt wird die eindringende Analyse dafür Beweise erbringen, daß die Kriminalisierung des Drogenkonsums, weit entfernt davon, die Gesellschaft und ihre Drogenanfälligen vor dem Mißbrauch zu schützen, selbst erst die Situation entstehen läßt, in welcher der Drogenkonsum zur Basis krimineller Entwicklungen wird.

Eine solche Analyse aber wird sich nicht an der Oberfläche der Fakten bewegen dürfen, sondern wird sich gerade mit der verborgenen psychischen und sozialen Dynamik des Drogenkonsums und seines Mißbrauchs

auseinandersetzen müssen. Es liegt daher auf der Hand, daß die Schutzmaßnahmen der Gesellschaft erst dann eine konstruktive Wirksamkeit werden entfalten können, wenn sie der psychischen und sozialen Dynamik des Drogenproblems tatsächlich Rechnung tragen.

Damit ist der Stellenwert der psychoanalytischen Drogenforschung umrissen, zu deren Entwicklung die folgenden Arbeiten Beiträge leisten wollen.

Berlin, Mai 1971

Der Herausgeber

Bewußtseinsweiternde oder bewußtseinszerstörende Drogen?

Eine psychoanalytische Betrachtung

Günter Ammon, Mohamed Said El-Safti,
Hans-Joachim Hameister, Dietrich v. Kries

Die Autoren weisen darauf hin, daß die Wirkungen, welche die halluzinogenen Drogen entfalten, abhängig sind von der psychischen Disposition und der sozialen Situation der Drogenesser. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf die rituelle Absicherung und Organisation des Drogengenusses in den meisten der bekannt gewordenen Kulturen. Bewußtseinsweiternde Qualität können die Drogen bekommen, wo sie bei stabiler psychischer Konstitution und in gesicherter sozialer Situation genossen werden. In diesem Sinne können sie mit Erfolg in der psychotherapeutischen Behandlung angewandt werden und sind ein wichtiges Instrument zur Erforschung der verschiedenen Ich-Zustände, insbesondere der schöpferischen Bewußtseinsleistungen. Bewußtseinszerstörende Wirkung können die halluzinogenen Drogen dort entfalten, wo sie eine präpsychotische Persönlichkeitsstruktur aufdecken, bzw. Personen mit labiler und unentwickelter Ich-Struktur als Flucht- und Abwehrmechanismus gegen ungelöst gebliebene und unbewußt gewordene Konflikte dienen.

Die pathologische Abhängigkeit von der Droge wird von den Autoren als primär psychisch und sozial bedingt aufgefaßt. In der pauschalen Kriminalisierung des Drogengenusses sehen die Autoren eine der Ursachen für die mit dem Drogenkonsum in den westlichen Ländern verbundene individuelle und soziale Pathologie, die noch verstärkt wird durch die sozial nicht allein gebilligte, sondern manipulativ provozierte Ausbreitung gefährlicher und häufig suchtbildender Drogen, wie Alkohol, Tabak, Tranquilizer und Barbiturate.

Das Drogenproblem und die Art und Weise seiner Erörterung in der Öffentlichkeit der westlichen Länder erscheint als Indiz für eine tiefgehende allgemeine Identitätskrise der spätkapitalistischen Gesellschaft und wird als paradigmatisch für die destruktive Dynamik angesehen, welche eine Verdängung dieser Identitätskrise entfaltet.

In diesem Sinne fordern die Autoren eine verstärkte Erforschung der psychischen und sozialen Dynamik der zerstörerischen Drogenabhängigkeit und eine intensivere Bearbeitung des Problems der Ich-Entwicklung in der Gruppe, worin die Drogenforschung einen wichtigen Platz einnehmen sollte.

H.-J.H.

I. Der Genuß bewußtseinsweiternder Drogen ist mit der Geschichte menschlicher Gesellschaften seit ältesten Zeiten verbunden. Die ethnologische und kulturhistorische Forschung hat eine Fülle von Material über die rituelle Verwendung von Rauschdrogen und ihre soziale Bedeutung bei den meisten der bekannt gewordenen historischen und lebenden Gesellschaften erbracht. Der Genuß von Alkohol, Opium, Cannabis, Fliegenpilz, Psilocybin, Peyote, Kokain und vieler anderer Drogen läßt sich über tausende von Jahren zurückverfolgen.

Mit der Entwicklung sozialer Organisationen und religiöser Systeme sind viele dieser Drogen auf das engste verbunden gewesen und zum Teil auch heute noch verbunden, wie in der Kultgemeinschaft der nordamerikanischen Peyote-Indianer, die sich 1918 in der „Native American Church“ zusammenschlossen.

Die wichtige Rolle, welche der Alkohol in der Entwicklung der europäischen Gesellschaften gespielt hat, wird erhellt aus den Zeugnissen und Überlieferungen der dionysischen Kulte des Mittelmeerraumes ebenso, wie aus der Tatsache, daß Brot und Wein im Zentrum des christlichen Kultus stehen.

Die bewußtseinerweiternden Wirkungen der aufgeführten Drogen pauschal als suchtbildend und zerstörerisch begreifen zu wollen, geht also an der historischen Wirklichkeit einfach vorbei. Alle ethnologische und kulturhistorische Forschung weist vielmehr darauf hin, daß die Wirkung, die eine Droge entfaltet, in ihrer individuell psychischen und in ihrer sozialen Dynamik, in engem Zusammenhang mit der sozialen, religiösen und psychischen Organisation der Menschengruppe steht, in deren Rahmen sie konsumiert wird.

Die selbstzerstörerische Abhängigkeit von der Droge, die den Süchtigen zum Mißbrauch treibt, ist daher nicht allein determiniert durch biochemische und physiologische Prozesse, welche die Droge im Konsumenten hervorruft — bei einer ganzen Reihe von Rauschdrogen hat ein solcher Mechanismus sich bisher nicht finden lassen —, die zerstörerische Wirkung, welche diese Drogen entfalten können, hat ihre Ursache vielmehr in der sozialen Situation und der psychischen Disposition der Konsumenten selbst und der Gruppe, zu der sie gehören. In einer veränderten Situation und bei unterschiedlicher psychischer Konstitution dagegen, kann die Droge eine Wirkung entfalten, die als Bereicherung und als Bewußtseinerweiterung durchaus erfahren und verstanden werden kann.

Neuere wissenschaftliche Untersuchungen (*Kielholz*, 1970) haben z. B. ergeben, daß Drogenkonsumenten, bei denen Mißbrauch und Abhängigkeit von der konsumierten Droge besteht, überwiegend aus gestörten Familienverhältnissen stammen und eine labile psychische Konstitution aufweisen. Damit wird ein Zusammenhang zwischen dem Drogenmißbrauch und persönlichen Konflikten der Drogenkonsumenten deutlich.

Dieser Zusammenhang wird durch die unbewußten Prozesse erhellt, welche die psychotherapeutische Behandlung von Drogenabhängigen aufgedeckt hat (vgl. *de la Vega*, 1971).

Wir stoßen dann auf psychische Konflikte, die in der frühen Kindheit der Betroffenen entstanden und ungelöst geblieben sind. Während der Lebenskrisen, zu deren Verständnis *Erikson* (1959) mit seinem Konzept aufeinanderfolgender Identitätskrisen viel beigetragen hat, werden die ungelöst gebliebenen Konflikte erneut virulent. Die in ihrer Ich-Integra-

tion bedrohte Person versucht, den bedrohlichen und als übermächtig erlebten Konfliktsituationen durch Abwehrmechanismen zu entfliehen. Der realitätsferne Rauschzustand stellt für den Drogenbenutzer in diesem Fall einen Versuch dar, dem als unerträglich empfundenen Konflikt zu entgehen. Die Neigung, vor dem Konflikt zu fliehen, wird um so stärker sein, je schwächer das Ich des Kranken ist, und es ist hier nicht die Droge, welche das Ich des Kranken zerstört, sondern das schwache Ich greift zur Droge, um sich dem Konflikt zu entziehen. Auch ohne die Anwendung von Drogen kann eine Person mit geringer Ich-Stärke in einen dem Rausch vergleichbaren halluzinatorischen Zustand geraten, wie zum Beispiel in einer psychotischen Reaktion.

Wie die Arbeit von *de la Vega* zeigt, kann ein Patient, der im Verlauf einer Therapie eine nachholende Ich-Entwicklung erlebt, auf die Flucht mit Hilfe der Droge verzichten. Indem die Therapie dem Patienten ermöglicht, die unbewußten Konfliktsituationen wiederzuerleben und bewußt werden zu lassen, kann sie ihm helfen, sich bewußt mit seinen Konflikten auseinanderzusetzen und sich aus der Drogenabhängigkeit zu befreien.

Auf der Basis solcher und vergleichbarer psychoanalytischer Untersuchungen können wir denn auch immer wieder feststellen, daß hinter der Abhängigkeit von der Droge immer eine Abhängigkeit von ungelöst gebliebenen infantilen Konflikten steht. Diese Hypothese einer psychogenen Ursache auch der später sich physiologisch manifestierenden Sucht, wird bestätigt durch den Umstand, daß die Heilungsquote der konventionellen Entzugsstationen gleich null ist. Hier, wo die Drogenabhängigkeit allein als ein physiologisches Problem behandelt wird, wird mit der körperlichen Abhängigkeit von der Droge nur das Symptom beseitigt, ohne daß der zugrundeliegende Konflikt auch nur berührt würde.

Der rapide ansteigende Drogenkonsum in unserer Gesellschaft, in der nach vorsichtigen Schätzungen mindestens 10% der Bevölkerung an psychischen Störungen unterschiedlicher Schwere leiden, ist dann auch weniger ein Indiz für die Gefährlichkeit der Drogen, als für die menschenfeindliche Organisation unserer Gesellschaft, die ihren kranken Mitgliedern eine Therapie nicht ermöglicht und sie zur ständigen Flucht mit Hilfe der Drogen geradezu treibt.*

Auf der anderen Seite bestätigen Versuche, in denen Ich-starke Personen unter therapeutischer Kontrolle Drogen konsumierten, daß psychisch

* Mit nicht zu überbietendem Zynismus preist die pharmazeutische Werbung einen suchtbildenden Tranquilizer als das „Molekül des Jahrhunderts“ an, das „keine Scheinlösung für Probleme, sondern eine Lösung für Scheinprobleme“ bewirke. Eine solche Parole, vorgetragen mit der Macht und dem Nachdruck eines der großen Apparate der Bewußtseinsindustrie, wirkt sicherlich bewußtseinszerstörend und bereitet den Boden für eine suchtarartige Abhängigkeit.

gesunde Menschen aus dem durch die Droge veränderten Bewußtseinszustand zurückzukehren vermögen, während der Ich-Kranke in diesem Zustand gefangen bleibt, bzw. zur dauernden Wiederholung gezwungen ist (vgl. Ammon, 1971). In welchem Sinne diese Rauscherlebnisse für den Gesunden eine bewußtseinsweiternde Qualität bekommen können, darüber wird weiter unten noch ausführlich zu sprechen sein.

Auf jeden Fall widerlegen diese Beispiele die Behauptung, daß der Genuß halluzinogener Drogen genuine psychische Schädigungen hervorrufen kann. Die Wirkung der Droge kann vielmehr umgekehrt als ein Indiz für die psychische Konstitution der Konsumenten gewertet werden. In den Fällen, wo Drogenbenutzer zu Drogenabhängigen werden, bzw. aus dem induzierten Halluzinationszustand nicht wieder zurückkehren können, werden latent bereits vorhandene Ich-Schädigungen sichtbar. Daß der wiederholte Drogenkonsum sekundär zu einer fortschreitenden Desintegration führen kann, die sich dann auch physiologisch manifestiert, daran besteht kein Zweifel. Aber diese Wirkung ist nicht so sehr drogenspezifisch. Denn auch der Ich-Kranke, der nicht zum Drogenabhängigen wurde, wird auf die ständige und zwanghafte Wiederholung seiner traumatischen Situation mit psychischem und körperlichem Verfall antworten.

Die Eigenschaft der halluzinogenen Drogen, latente psychische Konfliktsituationen zur Erfahrung werden zu lassen, hat die Droge zu einem unter geeigneten Umständen außerordentlich wertvollen Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Arbeit gemacht. Unter der Voraussetzung, daß der Therapeut selbst über eine ausreichende Ich-Stärke und Drogen Erfahrung verfügt und eine geeignete Dosierung der Droge wählt, kann die Droge einem Patienten, der diese Methode akzeptiert, den Zugang zu seinen unbewußten Konflikten erleichtern und damit das Fortschreiten des therapeutischen Prozesses beschleunigen. Insbesondere gilt dies für die Therapie der rigiden Abwehrmechanismen der Zwangsneurose, die häufig über Jahre hinweg therapieresistent bleiben.

Der therapeutische Gebrauch der halluzinogenen Drogen weist hin auf einen Umstand, der für die Diskussion des Drogenproblems überhaupt entscheidende Wichtigkeit hat: Die Gestaltung der den oder die Drogenkonsumenten umgebenden Situation. Der therapeutische Nutzen, der aus der Anwendung halluzinogener Drogen gezogen werden kann, ist nämlich direkt abhängig davon, wie weit es dem Therapeuten, bzw. dem therapeutischen Stab gelingt, ein Milieu zu schaffen, in dem die Erfahrungen, welche der Drogenbenutzer unter dem Einfluß der Droge macht, auch tatsächlich aufgefangen und verarbeitet werden können, um schließlich in die psychische Struktur des Drogenkonsumenten integriert zu werden.

Es sind weniger die durch den Drogengenuß ausgelösten Bewußtseinsveränderungen, die Desintegration der geläufigen Erfahrungsmuster,

bzw. der Abwehrmechanismen, welche den Drogengebrauch zum Problem haben werden lassen. Das Drogenproblem ist vielmehr ein Problem der Aneignung der durch die Droge freigesetzten Erfahrungsmöglichkeiten, ein Problem der Integration dieser Erfahrungen in das Ich und das Bewußtsein der Drogenbenutzer.

Gerade die therapeutische Anwendung der Drogen zeigt uns, wie wichtig für den Drogenkonsumenten die Situation ist, in deren Rahmen er seinen Rausch erlebt und auf die er trifft, wenn er von seinem *trip* zurückkehrt*.

Es ist vor allem die Dynamik der den Drogenesser umgebenden Gruppe, welche die Situation bestimmt, und zwar sowohl die Intensität und den Verlauf der Drogenhalluzination, als auch die Art und Weise, in der diese vom Drogenkonsumenten erfahren wird.

So erleben nach *Ammons* Berichten (1971) die Peyote-Indianer angstfrei ausgedehnte Halluzinationen mit anschließenden, stark positiven Gefühlen der Harmonie. Der Drogengenuß ist für diese Gruppe Teil ihrer philosophisch-religiösen Überzeugungen und ist in ihr gesellschaftliches Leben voll integriert. Ein Großteil der *bad trips* und der Ängste und Depressionen nach dem Rausch, die wir bei den Gruppen in den westlichen Industrieländern beobachten können, ist unseres Erachtens weniger als eine Wirkung der Droge selbst zu verstehen, sondern beruht auf dem starren gesellschaftlichen Verbot des Drogengenusses, der nicht in das gesellschaftliche Leben integriert ist, sondern eine Flucht aus der Gesellschaft und eine Revolte gegen sie darstellt, verbunden mit all den Schuldgefühlen, welche die Kriminalisierung des Drogengenusses bewirkt.

Der sich ausbreitende Genuß halluzinogener Drogen kann verstanden werden als ein Versuch, im Rausch jene Identität zu finden und zu erleben, welche die Gesellschaft ihren Minoritätsgruppen verweigert. Besonders deutlich wird dies in den psychedelischen Bewegungen, wie sie von *Leary* (1964) und anderen initiiert wurden. Ob allerdings eine Drogenreligion, wie sie hier in Anlehnung an die orientalische Mystik entwickelt wird, die mit dem Drogengenuß verbundene soziale und psychische Problematik tatsächlich auffangen und konstruktiv lösen kann, das muß nachdrücklich bezweifelt werden.

Die Drogenmythologie dieser Gruppen ist von ganzen Zweigen der Bewußtseinsindustrie nachhaltig kommerzialisiert und verharmlost worden. Halluzinogene, wie Haschisch und LSD, erschienen als Schlüssel zur

* Hier findet sich eine gewisse Parallele zu der in der traditionellen Psychiatrie angewandten Insulin-Schock-Therapie, deren therapeutische Erfolge wahrscheinlich weniger auf die bewußtseinsverändernde Wirkung der injizierten Drogen zurückzuführen sind, als auf die gesteigerte Aufmerksamkeit und Zuwendung, welche der aus dem Koma Erwachende von Seiten der Ärzte und Pfleger erfährt.

bunten psychedelischen Verrücktheit, bzw. als chemische Psychoanalyse oder „instant analysis“.

Besonders gravierend wirkt diese Verharmlosung sich bei pubertierenden Jugendlichen aus. Die Pubertät ist eine der tiefgehendsten Lebens- und Identitätskrisen, die der Mensch durchlebt, verbunden mit einer nachhaltigen Erschütterung der integrativen Ich-Kräfte. Die sexuelle und soziale Identität muß während dieser Zeit ganz neu gewonnen werden, und die psychische Situation des pubertierenden Jugendlichen ist daher, jenseits aller Pathologie, per definitionem labil und ungefestigt.

Der Drogengenuss dient in diesem Zusammenhang nicht der Bewußtseinsweiterung im Sinne einer Differenzierung der Ich-Funktionen, er hat hier zumeist bewußtseinszerstörende Wirkung in dem Sinne, daß er die durch die Pubertätssituation geforderte Ich-Entwicklung arretiert und entdifferenziert, d. h. eine pathologische Situation entstehen läßt.

Die Reaktion auf diese Situation trägt denn auch meist deutliche Zeichen der Identitätsdiffusion und äußert sich in einer Borderline-Symptomatik (*Rosen, 1953*). Das schwache Ich bemüht sich um eine Reintegration seiner desintegrierten Anteile, indem es die bedrohlichen Konflikte entweder traumhaft in die Realität hinein auslebt oder aber sich durch den Aufbau einer überangepaßten Fassade vor den andrängenden Konflikten zu schützen versucht. Hierfür gibt der Bericht von *Patterson* ein anschauliches Beispiel (vgl. *Ammon/Patterson, 1971*).

Es mag in diesem Zusammenhang nicht unwichtig sein, daß in neuerer Zeit sich ganz allgemein ein Wandel in der vorherrschenden Symptomatik psychischer Erkrankung abzeichnet, die Borderline-Symptomatik mehr und mehr in den Vordergrund tritt und die klassische Neurose verdrängt.

Dieser Wandel in der vorherrschenden Symptomatik aber ist unabhängig von dem sich ausbreitenden Konsum der halluzinogenen Drogen aufgetreten, und wenn auch heute die Drogenabhängigkeit häufig zur Borderline-Symptomatik hinzutritt, so kann doch die psychische Störung nicht auf die Droge zurückgeführt werden. Umgekehrt muß gesagt werden, daß die Droge überall dort schädliche Wirkungen entfalten wird, wo sie auf ein soziales und psychologisches Vakuum trifft, bzw. auf eine geschwächte soziale und psychische Struktur. Ein solches Vakuum aber ist kein biochemisches oder pharmakologisches Problem, sondern eine Frage der psychischen und sozialen Dynamik.

II. Eine psychoanalytische Auseinandersetzung mit der Frage, ob der Genuss halluzinogener Drogen bewußtseinsweiternde oder bewußtseinszerstörende Wirkung hat, muß davon ausgehen, daß gerade die

psychoanalytische Forschung und Praxis unsere Vorstellung von dem, was Bewußtsein ist, außerordentlich differenziert hat.

Wie besonders *Ammon* (1969a, 1970, 1971) ausgeführt hat, findet die Ich-Entwicklung der Kinder in der wechselseitigen Kommunikation mit der Mutter und der umgebenden Gruppe statt, deren Mitglied die Mutter ist und die von der Mutter dem Kinde gegenüber repräsentiert wird.

Dabei ist es für die Ich-Entwicklung des Kindes von ausschlaggebender Bedeutung, in welchem Maße Mutter und Gruppe in der Lage sind, mit ihm auf der Ebene seines sich entwickelnden Ichs zu kommunizieren. Insbesondere die Forschungen von *Spitz* (1956) und *Harlow* (1959) haben gezeigt, wie wichtig z. B. der wechselseitige affektive Körperkontakt zwischen Mutter und Kind für die Entwicklung des infantilen Körper-Ichs ist, der ersten Ich-Organisation überhaupt. Und *Erikson* (1965) hat die Erfahrungsfähigkeit der Eltern gegenüber dem Kinde als Voraussetzung für die gelingende Ich-Entwicklung angesehen.

Die schwerwiegenden Folgen, welche eine Erfahrungsunfähigkeit der Eltern für die Ich-Entwicklung des Kindes hat, sind besonders im Rahmen der psychoanalytischen Schizophrenieforschung (*Ammon*, 1970, 1971, *Searles*, 1965, *Sullivan*, 1953, 1962) deutlich geworden. Die schizophrene Reaktion erscheint danach als ein Versuch, durch eine Regression zu frühkindlichen Erfahrungsweisen eine durch übermäßige Konflikte drohende Desintegration des Ichs abzuwehren.

Auf die Ähnlichkeit der Rauscherfahrungen unter dem Einfluß halluzinogener Drogen mit dem Erleben in der schizophrenen Reaktion ist nun von vielen Autoren immer wieder hingewiesen worden. Schon *Kraepelin* (1892) erhoffte sich von der pharmako-psychiatrischen Forschung Aufschluß über das „Toxin“, das er als Ursache der „Dementia praecox“ vermutete.

Wir stoßen hier auf einen Zusammenhang, dessen Erörterung auf das Drogenproblem einiges Licht zu werfen vermag. Die traditionelle Psychiatrie, die in der Nachfolge *Kraepelins* die schizophrene Reaktion als Ausdruck eines durch Stoffwechselgifte ausgelösten Verfallsprozesses versteht, betrachtet auch die Wirkungen der Droge vor allem als Störung, bzw. Zerstörung der „normalen“ Bewußtseinsprozesse.

Die psychodynamische Erforschung der schizophrenen Reaktion dagegen hat uns gelehrt, in den Halluzinationen der Kranken nicht allein einen Verfallsprozeß zu sehen, sondern darin den Versuch der Neuintegration bedrohlicher und überwältigender Erfahrungen zu erkennen, d. h., die schizophrene Reaktion zeigt ebenso sehr die Desintegration des Ichs an, wie die Bemühung seiner gesunden Anteile zu einer neuen Integration zu gelangen.

Die Basis der schizophrenen Reaktion sind ungelöst gebliebene und unbewußt gewordene Konflikte aus den Anfängen der Ich-Entwicklung.

Die Bewußtseinsveränderung in der Psychose ist daher immer mit starker archaischer Angst verbunden. Die mit dem Drogenrausch verbundenen Halluzinationen dagegen müssen eine solche Angst keineswegs notwendig hervorrufen. Daß die Wahnvorstellungen psychotisch reagierender Patienten weit eher konfliktspezifisch sind und als Stoffwechselstörung nicht begriffen werden können, haben u. a. auch die Versuche gezeigt, in denen schizophren reagierende Patienten in einen Drogenrausch versetzt wurden. Die Kranken vermochten dabei deutlich zu unterscheiden zwischen dem psychotischen Erleben und den durch die Droge ausgelösten Bewußtseinsvorgängen. Genauso verhält es sich mit der Wirkung der sogenannten Tranquilizer, die wohl beruhigen mögen, aber eben nicht konfliktspezifisch sind und die daher dem Patienten seine Konflikte zwar verbergen können, ihn aber nicht davon zu befreien vermögen.

Das angstfreie Erleben der durch halluzinogene Drogen hervorgerufenen Bewußtseinsveränderungen setzt daher voraus, daß das „normale“ Bewußtsein der Konsumenten nicht gänzlich determiniert ist durch die Abwehr unbewußter Konflikte und der damit verbundenen Angst. Daß ein solches Erleben möglich ist, dafür spricht neben einigen Arbeiten des vorliegenden Heftes eine Vielzahl von Zeugnissen historischer und zeitgenössischer Drogenkonsumenten. In diesen Fällen kann von einer bewußtseinsweiternden Wirkung der Droge mit Recht gesprochen werden. Der Einwand, der in diesem Zusammenhang immer wieder auftaucht, das erhöhte und intensiviertere Lebensgefühl, welches die Droge hervorruft, sei eine Täuschung und beruhe auf Autosuggestion, geht unseres Erachtens an der entscheidenden Dimension der Drogenerfahrung vorbei.

Indem die Droge auf bisher weitgehend ungeklärte Weise die normalen Bewußtseinsprozesse verändert und die Hierarchie der Ich-Funktionen im Wachzustand aufhebt, ermöglicht sie nicht allein die Regression zu archaischen Erlebnisweisen, sie bewirkt auch eine größere Beweglichkeit zwischen den verschiedenen Ich-Zuständen jenseits der kulturellen Kanalisierungen der primären und der sekundären Ich-Funktionen.

Diese Beweglichkeit zwischen verschiedenen Ich-Zuständen, wie z. B. der hellen Bewußtseinsklarheit des sogenannten logischen Denkens im Wachzustand und den Zuständen von Einschlafen, Schlaf, Traum und Erwachen, aber ist spezifisch für die kreativen Bewußtseinsprozesse, die *Kris* (1952) als „Regression im Dienste des Ichs“ beschrieben hat, und denen *Rapaport* (1951) mit seinem Konzept der verschiedenen Bewußtseins- und Ich-Zustände gerecht zu werden versucht hat.

Eine psychoanalytische Theorie der Regressionsprozesse, die eine klare Differenzierung der pathologischen Regression — etwa in der Psychose — von der schöpferischen Regression unter Kontrolle und im Dienste des Ichs ermöglichen könnte, steht bisher noch aus und kann hier auch nicht entwickelt werden. Auf jeden Fall aber kommt der Erforschung der

Rauschzustände, welche die halluzinogenen Drogen hervorrufen, und dem Studium der hypnotischen Zustände — hier ist besonders die Forschung von *Gill* und *Brenman* (1961) zu erwähnen — in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zu.

Einem Hinweis *Rapaports* möchten wir hier folgen. Er ordnet den verschiedenen Ich-Zuständen verschiedene Bewußtseinszustände zu, die jeweils als eigene psychische Strukturen verstanden werden — mit jeweils spezifischer Dynamik und Geschichte —, die jedoch voneinander nicht klar getrennt sind, sondern ein Kontinuum mit graduellen Übergängen bilden. Besonders fruchtbar aber scheint uns *Rapaports* Vorstellung zu sein, daß diesen verschiedenen Ich- und Bewußtseinszuständen jeweils auch spezifische Anpassungs- und Lernmöglichkeiten zugeordnet werden müssen, welche für die jeweilige Stabilisierung des Bewußtseinszustandes sorgen.

So ist z. B. bei vielen Drogen bekannt, daß der Rausch, den sie hervorbringen, erst gelernt werden muß, ebenso wie schöpferische Menschen lernen, ihre Inspirationen zu verfolgen, bzw. sich die Situation zu schaffen, in der ihnen „etwas einfällt“. Wir haben es hier mit hochdifferenzierten Entwicklungen der Ich-Kontrollfähigkeit zu tun und auch in diesem Sinne können wir von einer möglichen bewußtseinserweiternden und differenzierenden Wirkung der halluzinogenen Drogen sprechen.

Eine Regression im Dienste des Ichs oder eine schöpferische Regression aber wird sich nur derjenige gestatten können, dessen Ich über eine ausreichende Stabilität und differenzierte Elastizität verfügt, und dies auch nur dann, wenn die äußere Situation gesichert ist. Erst dann ist die Möglichkeit gegeben, die Realitätskontrolle zu dispensieren, die Selbstkritik aufzuheben und die Gedanken dem Lustprinzip folgen zu lassen. Ähnlich wie die analytische Situation, die darauf abzielt, dem Patienten die freie Assoziation seiner Vorstellungen zu ermöglichen, ist deshalb auch die Situation des Drogengenusses angewiesen auf eine gesicherte Struktur.

In allen Kulturen ist daher der Genuß bewußtseinserweiternder Drogen verbunden gewesen mit einer rituellen Gestaltung der Situation, die dem Drogenkonsumenten die unentbehrliche Sicherheit für eine gelingende halluzinatorische Reise garantieren sollte.

In einer Gesellschaft aber, die den Drogenkonsum kriminalisiert und unter Strafe stellt, die in der Drogenerfahrung vor allem die Gefahr für das System der gesellschaftlichen Kanalisierung und Verdrängung sieht und verfolgt, in einer solchen Gesellschaft ist der Drogengenuß von vornherein mit Risiken belastet. So treffen wir in der psychotherapeutischen Praxis immer häufiger auf Patienten, die auf ihre Drogenerfahrungen mit einer psychotischen Reaktion geantwortet haben, dies aber nicht in dem Sinne, daß die Droge selbst eine Psychose induziert hätte, vielmehr läßt sich in all diesen Fällen zeigen, daß die Drogen hier eine bestehende prä-

psychotische Situation aufgedeckt haben. Die therapeutische Verwendung halluzinogener Drogen erfordert aus diesem Grunde eine genaue differentialdiagnostische Untersuchung. Einem präpsychotischen Patienten mit Borderline-Struktur wird die Droge keine Bewußtseinserweiterung bringen, seine bereits angeschlagene Ich-Struktur wird auf die Drogenerfahrung eher mit archaisch-psychotischer Abwehr reagieren. Ein schwer zwang-neurotischer Patient dagegen, dessen Ich-Struktur eher zu rigide und fest als zu brüchig ist, wird die Drogenerfahrung dagegen als befreiende Auflockerung erleben und nutzen können.

Die Erörterung des gegenwärtigen Drogenproblems kann nicht von dem Umstand absehen, daß in fast allen bisher bekannt gewordenen Kulturen die halluzinogenen Drogen als „Pforten der Wahrnehmung“, um *Huxleys* treffende Formulierung zu benutzen, eher gesucht als gefürchtet wurden, daß dagegen in unserer Gesellschaft die Tranquilizer im Vormarsch sind, die keine neuen Erfahrungen erschließen, sondern im Gegenteil rein als Betäubungsmittel wirken und bestehende Erfahrungen verdrängen.

Dies mag nicht überraschen in einer Gesellschaft, die auf der beinahe vollständigen Verdrängung der alten dionysischen Kulte beruht, deren Religion Erleuchtung und Lustempfindung systematisch zu trennen versucht hat, und deren Zivilisationsprozeß auf der Basis eines Menschenbildes sich entfaltete, das den Menschen als Maschine konzipiert und ihm allein als Produktionsmittel eine Daseinsberechtigung zugesteht.

Es ist von großer Bedeutung für unseren Zusammenhang, daß das gegenwärtige Drogenproblem der westlichen Industrieländer nicht die erste Konfrontation mit den halluzinogenen Drogen darstellt. Die Kolonisierung der Länder, die heute als die Dritte Welt bezeichnet werden, ist verbunden gewesen mit heftigen Drogenkriegen, und der Alkohol ist eine der wichtigsten Waffen für die Ausbreitung der christlichen Herrschaft gewesen. Der Elendskokainismus der südamerikanischen Indios, die Alkoholsucht der nordamerikanischen Indianer, ist das Ergebnis der Zerstörung der autochthonen Drogenrituale und der sozialen und religiösen Zusammenhänge, deren Teil diese Rituale waren.

Lanternari (1960) und *Mühlmann* (1964) haben darauf hingewiesen, welche große Rolle die Wiederbelebung dieser alten Rituale für die chiliastisch-nativistischen Befreiungsbewegungen der unterdrückten Völker hat. Die halluzinogenen Drogen erscheinen hier noch einmal in ihrer soziale und psychische Gemeinschaft stiftenden Funktion, so z. B. bei den nordamerikanischen Peyote-Indianern. Die Droge, Vater und Mutter Peyote genannt, wird erlebt als eine gute Mutter, jenseits der Ich-fremden kulturellen Kanalisierung durch die Unterdrücker. Um den Drogenkult herum konstituiert sich die Gruppe, welche erst die Situation schafft, in

deren Rahmen die Regression unter dem Einfluß der Droge gewagt werden kann und die den Rauscherfahrungen ihre Bedeutung gibt.

Die psychoanalytische Gruppenforschung hat uns gezeigt, daß die Gruppe von ihren einzelnen Mitgliedern als Mutter erfahren wird. Als Mutter Gruppe garantiert sie den Einzelnen die Identität und erlaubt ihnen, in ihrem Rahmen die archaischen Bereiche der Muttererfahrung wieder aufzusuchen, d. h. zurückzukehren in den Zustand des frühkindlichen primären Narzißmus, in den Zustand der Allmacht von Wünschen und Gedanken, verbunden mit der Sicherheit des mütterlichen Schutzes. In dieser Regressionsbewegung im Dienste des Ichs und im Schutze des Gruppen-Ichs liegt unseres Erachtens die entscheidende bewußtseins-erweiternde Wirkung der halluzinogenen Drogen. Es leuchtet ein, daß sie diese Wirkung nur dann entfalten können, wenn sie in einer solchen Gruppe genossen werden können (vgl. *Ammon*, 1971, *Godfrey*, 1971).

Die Drogenrevolte der Jugendlichen in den westlichen Industrieländern leidet darunter, daß sie in die Asozialität getrieben und damit zur gesellschaftlichen Irrealität verurteilt wurde. Für viele der jugendlichen Drogenkonsumenten, deren Eltern Tranquilizer schlucken, wird die Droge zur vergifteten Muttermilch. Die Erfahrungen, die sie eröffnet, rufen die Konflikte mit der Mutter wach, Verlassensangst und Ohnmacht, die von den Gruppen nicht mehr aufgefangen werden können. Die Hysterie, mit welcher die gesellschaftliche Hexenjagd sich auf die Drogenkonsumenten konzentriert und die am ehesten noch eine Parallele in der Entrüstung findet, mit der die wilhelminische Gesellschaft auf die Entdeckungen der Psychoanalyse, insbesondere die infantile Sexualität, antwortete, verschlimmert weiterhin die Situation. Offensichtlich handelt es sich bei dem sich ausbreitenden Drogenkonsum um ein sehr komplexes Phänomen, dem wir mit den Vorstellungen des 19. Jahrhunderts, mit Begriffen wie Seuche, Sucht und Epidemie nicht beikommen können.

Die schädliche und zerstörerische Wirkung der Drogen auf die Gruppe präpsychotischer Persönlichkeiten steht außer Zweifel. Diese Gruppe ist in unserer Gesellschaft erstaunlich groß und viele Anzeichen deuten darauf hin, daß hier eine allgemeine Syndromverschiebung von der klassischen Neurose hin zur vielfältigen Borderlinesituation sich abzeichnet (vgl. *Ammon*, 1970, 1971).

Die bewußtseins-erweiternde Wirkung der halluzinogenen Drogen auf Ich-gesunde Persönlichkeiten ist ebenfalls eine Tatsache, ebenso wie die positive Wirkung der Drogen in der psychotherapeutischen Arbeit. In beiden Bereichen erlauben die Drogen eine systematische Erforschung der Ich-Zustände und Bewußtseinstätigkeiten, die für die Wissenschaft vom Menschen eine gar nicht zu überschätzende Bedeutung hat.

Daß es aber gerade die Jugendlichen sind, die in unserer Gesellschaft zur Droge greifen, und daß es hier immer jüngere Altersgruppen sind, die

von dieser Bewegung erfaßt werden, deutet darauf hin, daß hier ein Aufstand der im eigenen Lande Kolonisierten stattfindet, eine Revolte, deren selbstzerstörerische Folgen wir nur dann abwenden können, wenn wir dem Problem der Ich-Entwicklung in der Gruppe endlich die ihm gebührende praktische und theoretische Aufmerksamkeit widmen.

Psychedelic Drugs: Widening or Destroying Consciousness?

Günter Ammon, Mohamed Said El-Safti,
Hans-Joachim Hameister, Dietrich v. Kries

The authors state that the effects of taking hallucinogenic drugs depend on the dynamics of the psychological and social situation of the drug eater. They refer to the ritual character of drug taking in most of the known cultures. The drugs will unfold their potential for widening the human experience beyond the culturally narrowed expectations, when both the psychic constitution and the social situation of the drug taker are stable and differentiated. In this sense hallucinogenic drugs may be used successfully in psychotherapeutic treatment and as a means of research in creative states of the mind.

The drugs may have destructive effects, when they uncover a pre-psychotic structure of personality or when used as a defence-mechanism against conflicts that have remained unsolved and have become unconscious.

The authors conceive of pathological drug addiction to be primary dependent on psychological and social dynamics.

Responsible for the individual and social pathology that follows drug taking in western societies is to a large extent the undifferentiated criminalization of drug taking at all. An effect that is intensified by the fact, that the use and abuse of dangerous drugs like alcohol, tobacco, tranquilizing and barbiturate containing pharmaca is not only approved but is moreover provoked by manipulative advertising.

Literatur

- Ammon, G.* (1969a): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität, in: *Dyn. Psych.*, 2. Jhg., H. 1/2
 — (1969b): Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion, in: *Confinia Psychiatrica*, Vol. 12, No. 1.
 — (1970): Gruppendynamik der Aggression, insbes. Kap. VI: Ich-Struktur und Gesellschaft (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., H. 10
 —, *Götte, J.* (1971): Ergebnisse früher Meskalin-Forschung, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., 1. Sonderheft
 —, *Patterson, P. G. R.* (1971): Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen, *ibid.*
Erikson, E. H. (1959): Identität und Lebenszyklus (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
 — (1965): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Klett)
Gill, M. M., Brenman, M. (1961): Hypnosis and Related States (New York: Int. Univ. Press)
Godfrey, K. E. (1971): LSD in Forschung und Therapie, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., 1. Sonderheft
Harlow, H. F. (1959): Basic Social Capacity of Primates, in: *The Evolution of Man's Capacity of Culture*. Ed. by J. N. Spuler (Detroit: Wayne State Univ. Press)
Huxley, A. (1954): Die Pforten der Wahrnehmung (München: Piper)
Kielholz, P., Ladewig, D. (1970): Über Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, in: *Dt. med. Wochenschrift* 95, p. 101—105
Kraepelin, E. (1892): Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel (Jena)
Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (New York: Int. Univ. Press)
Lanternari, V. (1960): Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi (Mailand: Feltrinelli)
Leary, T. (1964): *The Psychedelic Experience* (New York)
 — (1968): *High Priest* (New York)
Mühlmann, W. (1964): *Rassen, Ethnien, Kulturen* (Neuwied: Luchterhand)
Rapaport, D. ed. (1951): *Organization and Pathology of Thought* (New York: Columbia Press)
Rosen, J. N. (1953): *Direct Analysis. Selected Papers.* (New York: Grune & Stratton)
Searles, H. (1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (London: The Hogarth Press)
Spitz, R. (1965): *Die Entstehung der ersten Objektbeziehung* (Stuttgart: Klett)
Sullivan, H. S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (New York: W. W. Norton)
 — (1962): *Schizophrenia as a Human Process* (New York: W. W. Norton)
de la Vega, G. (1971): Heroin-Sucht: Ein Abwehrmechanismus, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., 1. Sonderheft

Zum Phänomen der Meskalin-Intoxikation*

Bemerkungen zum Problem der Meskalin-Intoxikation

Havelock Ellis †

Havelock Ellis gehörte zu den ersten Wissenschaftlern, die den Mut hatten, die Drogenwirkung selbst zu erfahren. Der folgende Bericht ist nicht nur eine genaue Beschreibung der Meskalin-Intoxikation, sondern stellt auch den Versuch dar, die Wirkung des Meskalin von anderen Drogen zu differenzieren. M. S.

Meskalin-Kapseln (die Frucht des *Anhalonium Lewinii*) werden von den Kiowas und anderen Neu-Mexiko-Indianern bei religiösen Zeremonien genommen. Kürzlich wurden die außerordentlichen Visionen erzeugenden Eigenschaften dieser Pflanze von *Prentiss* und *Morgan* (1895) in Amerika untersucht, eingehender aber noch von *Weir Mitchell* (1896), der einen sehr interessanten Bericht über die wundervollen Farbvisionen veröffentlicht hat, die ihn unter Einfluß von Meskalin überkamen. Auf unserer Seite des Atlantiks scheint es zur Zeit noch keinen Bericht über Meskalin-Versuche zu geben. Das Phänomen ist zweifelsohne höchst interessant — vielleicht noch mehr für den Psychologen, als für den Mediziner, wobei man die erstaunlichen Ergebnisse in der Behandlung der Neurasthenie usw. nicht außer Acht lassen darf —, und es könnte deshalb von Wert sein, wenn ich einen kurzen Bericht über meine persönlichen Erfahrungen mit Meskalin gebe. Ich will hier davon absehen, die Visionen selbst zu beschreiben, die bei mir vielleicht weniger wunderbar waren, als im Falle des Dr. *Weir Mitchell* (der, wie er zugibt, Visionen besonders leicht zugänglich ist, was ich von mir nicht behaupten kann) und berichte hauptsächlich von anderen Phänomenen, die von den amerikanischen Beobachtern entweder nicht registriert oder nicht erlebt wurden.

An einem Karfreitag, als ich ganz allein in meiner ruhigen Londoner Wohnung weilte, nahm ich drei Kapseln (eine volle Dosis) in drei Portionen im Abstand von jeweils einer Stunde in der Zeit zwischen 14.30 h und 16.30 h ein.

Ich schnitt zuerst die Kapseln in kleine Stücke und goß zweimal heißes Wasser darüber; eine einzige Einnahme ist wirkungslos, wie es sich bei anderen Personen herausgestellt hatte.

Das erste erwähnenswerte Resultat (und das einzige von therapeutischem Interesse, über das ich zu berichten habe) war, daß die Kopfschmer-

* Originalveröffentlichung 1897: A Note on the Phenomena of Mescal Intoxication, in: *The Lancet* 1, p. 1540—1542

zen, unter denen ich schon seit einigen Stunden zu leiden hatte und die sich zu verschlimmern drohten, sofort Besserung zeigten und schnell schwanden. Vor der dritten Dosis zeigte sich eine leichte Benommenheit, die aber schnell verschwand und einem deutlichen Bewußtsein ungewöhnlicher Energie und intellektueller Kraft Platz machte, das ebenso schnell vorüberging und nicht, wie bei Dr. Weir *Mitchell*, konkretere Formen annahm und anhielt. Bis dahin war kein visuelles Phänomen aufgetaucht, selbst wenn ich die Augen für einige Minuten schloß, auch bemerkte ich kein zunehmendes Kniezittern; jedoch konnte ich eine steigende Reizbarkeit meiner Muskeln beobachten, wie nach einer ungewöhnlich langen Zeit der Schlaflosigkeit; auch der Pulsschlag senkte sich.

Nach der dritten Dosis fühlte ich mich noch im Ganzen besser, als vor Beginn des Experiments. Aber um 17.00 h überkam mich ein leichtes Schwindelgefühl und es fiel mir schwer, mich auf das Lesen zu konzentrieren; ich legte mich hin und stellte fest, daß der Puls nicht auf 48 gefallen war, und keine Visionen aufgetaucht waren. Um 18.00 h bemerkte ich im Liegen (in dieser Position war es mir möglich zu lesen), daß ein schwacher violetter Schatten über die Seite huschte. Ich hatte schon bemerkt, daß Gegenstände, die nicht im direkten Blickwinkel lagen, dazu neigten, in leuchtender Farbe, vergrößert und aufdringlich zu erscheinen, während die Nachbilder klar und deutlich anhielten. Um 18.00 h fühlte ich leichte Schwäche und Übelkeit, und die ersten Symptome von Kontrollverlust über die Muskelfunktionen tauchten auf, ohne daß sich jedoch Unbehagen bemerkbar machte. Gegen 19.00 h kam es bei geschlossenen Augen zu Visionen, vage, konfus, kaleidoskopartig. Auch die Visionen mit offenen Augen wurden jetzt bestimmter, hinzu kam, daß zu den sehr deutlichen violetten blasse grüne Schatten traten. Die vielleicht angenehmste Erfahrung dieses Experiments machte ich um 19.30 h, als die Farbvisionen bei geschlossenen Augen lebendig und bestimmt wurden und ich zur gleichen Zeit Geruchshalluzinationen hatte, die Luft schien angefüllt mit unbestimmbaren Parfüm. Inzwischen war der Pulsschlag wieder angestiegen, und um 20.30 h hatte er seinen normalen Schnitt erreicht (im Sitzen 72).

Zur gleichen Zeit war der Kontrollverlust über die Muskelfunktionen so weit fortgeschritten, daß es mir nahezu unmöglich war, meinen Stift zu handhaben, mit dem ich unbedingt schreiben mußte, was ich bald auch immer nur noch für wenige Minuten konnte; wenn ich dann schrieb, hatte das Papier einen goldenen Ton, der Stift schien in goldener Schrift zu schreiben, während meine Hand, bronzen, schuppig und rot angelaufen aussah. Abgesehen von einer leichten Übelkeit fühlte ich mich weiter wohl, und die Klarheit und Schärfe des Verstandes waren keineswegs eingeschränkt.

Wenn ich bei geschlossenen Augen die Visionen betrachtete, bemerkte ich gelegentlich Kopfschmerzen an der rechten Stirn, aber da ich das immer nur in diesen Augenblicken bemerkte, führe ich sie hauptsächlich auf meine angespannte Konzentration bei der Betrachtung zurück. In einer sehr wichtigen Besonderheit unterscheidet sich meine Erfahrung von der Dr. *Mitchells*. Ihm war es selbst im dunkelsten Raum unmöglich, die Visionen bei geöffneten Augen wahrzunehmen. Mir gelang es ohne weiteres, wenngleich die Visionen nicht so klar waren, wie mit geschlossenen Augen. Als sich um 22.00 h die Übelkeit und Schwäche verstärkt hatten, legte ich mich zu Bett, wobei ich beim Entkleiden beeindruckt war von dem bronzenen und farbigen Aussehen meiner Glieder. Als ich im Bett lag, verschwand die Übelkeit gänzlich, ohne wieder aufzukommen. Das einzig Störende blieb ein Druck auf der Brust und gelegentliche Seufzer, die augenscheinlich von der schwachen Atmung herrührten, die zugleich mit Auftauchen der Visionen begonnen hatten. Ich verspürte jedoch nicht die geringste Benommenheit. Die Schlaflosigkeit schien weniger auf die dauernd wechselnden Visionen, die durchweg schön und angenehm waren, zurückzuführen zu sein, als auf die Unruhe, die durch die Brustbeklemmung und besonders durch die Überempfindlichkeit meines Gehörs verursacht wurde. Ich war unangenehm empfänglich für Geräusche aller Art, und immer, wenn ich gerade eingeschlafen zu sein schien, wurde ich entweder aufgeschreckt durch den übertriebenen Widerhall des entfernten Straßenlärms (obwohl es in der Nachbarschaft ruhiger als gewöhnlich war), oder wieder durch die Vorstellung (keiner Halluzination) eines lauten Geräusches, oder wieder durch, wie ich anzunehmen geneigt war, schwache halluzinatorische Geräusche, deren Ursprung jedoch schwer zu überprüfen war. Später klingelte es mir in den Ohren. Die großen Muskeln der Beine verkrampften sich leicht, und bevor ich zu Bett ging, hatte ich festgestellt, daß das Kniezittern sich verstärkt hatte. Meine Haut war heiß und trocken. Die Visionen dauerten an. Nach einigen Stunden war ich es leid, sie zu betrachten und machte Licht.

Jetzt beobachtete ich Serien lebendiger Phänomene, über die frühere Beobachter nichts berichteten. Die Gasleuchte, ein gewöhnlicher, flackender Brenner, schien mit strahlender Helligkeit zu leuchten, wobei er enorm übersteigert rhythmisch sich ausdehnende und zusammenziehende Lichtwellen aussandte. Was mich jedoch am meisten beeindruckte, waren die durch rote, grüne und besonders durch violette Blitze aufgehellten Schatten, die aus allen Richtungen kamen. Das ganze Zimmer war schön und voller Leben, und die geweißte, aber nicht strahlend weiße Decke war herrlich veredelt. Der Unterschied zwischen dem Zimmer, wie ich es jetzt sah, und seinem normalen Zustand war vergleichbar mit dem Bild eines Zimmers und seiner tatsächlichen Beschaffenheit. Die Schatten, die ich sah, waren die Schatten, die der Künstler setzt und die dem

beiläufigen Betrachter nicht sichtbar sind. Die violetten Schatten erinnerten mich besonders an *Monets* Bilder, und wie ich sie so anstarrte, kam mir in den Sinn, daß Meskalin die gleiche visuelle Überreizung, oder besser Erschöpfung schafft, die auch sicher beim Künstler durch lange visuelle Anspannung hervorgerufen wird (obwohl diesem Gesichtspunkt bisher von den Psychologen noch keine Beachtung geschenkt worden ist). Diese vorherrschend violetten Schatten scheinen durch die Weitung der Pupillen, wie sie bei Meskalin-Einnahme von den amerikanischen Beobachtern schon bemerkt wurde, zu einem gewissen Grad hervorgerufen zu werden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, daß violette Visionen nach Augenoperationen festgestellt worden sind; und *Dobrowolsky* folgert, daß notwendige Bedingung für eine solche Vision die durch Atropin hervorgerufene Pupillenerweiterung ist, sodaß die Farbvisionen (hauptsächlich violett, wenngleich in einem gewissen Umfang auch andersfarbig) tatsächlich den Charakter eines durch helles Licht hervorgerufenen Nachbildes haben. *Dobrowolskys* Erklärung scheint genau mit meinen Meskalin-Erfahrungen übereinzustimmen.

Ich wollte mich vergewissern, wie das gedämpfte und beständige elektrische Licht auf die Visionen einwirken würde, und ging in das benachbarte Zimmer. Hier waren die farbenreichen Schatten nicht so aufdringlich, die augenscheinlich vorher von dem flackernden Licht angeregt wurden; alles jedoch, was ich intensiv betrachtete, schien zu schwanken und zu pulsieren. Die Vorhänge wehten außerordentlich. Bei näherer Prüfung bemerkte ich tatsächlich eine leichte Bewegung, die zweifelsohne die gröbere imaginäre verstärkte; diese schien später auf die Wände überzugehen. Zu gleicher Zeit zeichnete sich auf den Fußbodenmatten ein sehr reiches Muster ab. Die Matten schienen dick und verfilzt zu sein und das Muster erhob sich in kleinen Wellen. Diese Effekte waren klar auf das Spiel der hellen Schatten an der Grenze des Blickfeldes zurückzuführen. Um 3.30 h bemerkte ich das langsame Schwinden der Phänomene und schlief bald ein. Ich schlief ausgesprochen ruhig und traumlos, und zur gewohnten Zeit stand ich auf, ohne auch nur die leiseste Müdigkeit zu spüren, obgleich ich leichte Kopfschmerzen hatte. Einige wenige der schwachen visuellen Phänomene, die ich bei Beginn meines Experiments wahrgenommen hatte, dauerten noch wenige Stunden an.

Unkoordinierte Muskeltätigkeit, sowie Herz- und Atembeklemmung waren in meinem Fall die einzigen wirklich unangenehmen Symptome gewesen. Die amerikanischen Beobachter, die die gastrischen Symptome und die Kopfschmerzen betonten, die bei Dr. Weir *Mitchell* einige Tage dauerten, haben sie kaum bemerkt. In meinem Falle zeigten sich praktisch keine unangenehmen Nachwirkungen. Ich kann nicht sagen,

inwiefern die Art der Verabfolgung das Ergebnis beeinflusst. Ich nahm die Droge in heißem Wasser; meine Vorgänger benutzten einen Extrakt oder eine Tinktur, oder sie aßen die Kapseln.

Man kann nicht sagen (jedenfalls meiner Erfahrung nach), daß das Vergnügen bei der Meskalin-Einnahme in der Erreichung eines passiven Gefühlzustandes, wie bei Tee oder Alkohol, liegt, sondern es besteht einzig in der Freude an den Farbvisionen. Die Aufmerksamkeit wird beeinträchtigt (und unter dem Einfluß von Meskalin kann man erkennen, wie sehr Aufmerksamkeit von der Koordinierungsfähigkeit abhängt), nicht jedoch die intellektuelle Urteilsfähigkeit. Wenn ich mir die Visionen ins Gedächtnis zurückrufe, erscheinen sie mir (anders als es bei den meisten Traumvisionen ist) genauso schön, wie zu dem Zeitpunkt, als ich sie erfahren habe. Die sensorischen Phänomene scheinen auf die starke und umfassende Desintegration und Erschöpfung des Sinnesapparates zurückzuführen zu sein. In einem geringeren Grad findet man die gleichen Phänomene auch, was die Farbvisionen betrifft, in der Neurasthenie. Ich bin überzeugt, daß alle Sinne mehr oder weniger beeinflusst werden. Ich bemerkte eine leichte Hautreizung, und bei jeder Berührung schien der Körper unbekannt zu sein, so wie alles visuell Wahrgenommene angenehm entfremdet schien. Ich bemerkte auch, daß gelegentliche Hautreizungen andere sensorische Phänomene hervorriefen — eine Verstärkung von Visionen oder von Geräusch-eindrücken. Dieses Phänomen wirft ein interessantes Licht auf die Synästhesien oder „sekundären Körperwahrnehmungen“.

In erster Linie sind die Phänomene bei der Meskalin-Einnahme Schwelgereien der einzelnen Sinne und hauptsächlich visuelle Orgien. Ich persönlich habe den Nachteil einer einzigen Dosis erstaunlich gering empfunden, obwohl ich nach dieser Erfahrung wenig Interesse an ihrer Wiederholung habe. Ich stimme jedoch voll mit Dr. Weir *Mitchell* überein in der Ansicht, daß der Meskalin-Gebrauch sich aller Wahrscheinlichkeit nach durchsetzen wird. Es wird sicher bei jenen, die visionserzeugende Drogen schätzen, eine große Zukunft haben. Gleichzeitig ist es von nicht unbedeutendem Interesse für Physiologen und Psychologen.

A Note on the Phenomena of Mescal Intoxication

Havelock Ellis †

The author, one of the first men of science who had the courage to experience the effect of drugs gives a report about his self-experiment of mescal intoxication in the year 1897. The most noteworthy results

at first were the vanishing of a headache and the feeling of more intellectual power. Then followed a phase of slight weakness in attention, as well as nausea and muscular incoordination. The author states how he had shifting visions, a vague confused mass of kaleidoscopic character. He remarked also olfactory and auditory hallucinations, but most impressive to him was the great vivacity and brilliance of light and shadows with many colours especially violet. It was something like impressionist painting. He had insomnia and fell asleep very late, but his sleep was peaceful and dreamless. He rose up without any sense of fatigue. Faint visual phenomena still persisted for a few hours. Comparing his experience to others the author notes that motor incoordination and the thoracic symptoms of cardiac and respiratory depression were the only unpleasant symptoms of the experiment. He concludes that the pleasure of mescal intoxication lies strictly in the enjoyment of the colour visions produced and not in an emotional state such as is produced by tea or alcohol. He calls this phenomenon „a saturnalia of the specific senses, and chiefly an orgy of vision“.

Literatur

- Dobrowolsky*: Über die Ursache der Erythroptie, in: Archiv für Ophthalmologie, Vol. XXIII, p. 213
- Mitchell*, S. W. (1896): The effects of Anhalonium Lewinii (the mescal button), in: Brit. Med. Jour. 11, p. 1625
- Prentiss*, D. W., *Morgan* (1895): Anhalonium Lewinii (Mescal buttons): A Study of the drug with especial reference to its physiological action upon man with report of experiments, in: Therapeut. Gazette 19, p. 577

Ergebnisse früher Meskalin-Forschung

Günter Ammon und Jürgen Götte

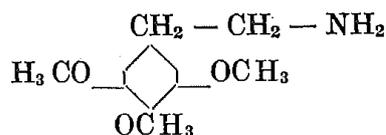
Beringers breit angelegte Meskalinrausch-Studie (1920—26) steht als Versuch der Erfassung der spezifischen psychopathologischen Phänomene im Mittelpunkt dieser Arbeit. Die rauschbedingten Sinneserlebnisse, Gefühlszustände und Änderungen der Bewußtseinslage werden u. a. an zwei Selbstschilderungen exemplarisch dargelegt. Es wird festgestellt, daß die heutige Erwartungshaltung an ein Drogenerlebnis bei den beschriebenen frühen Selbstversuchen fehlte und deshalb deren Bedeutung erhöht. Die durch den Meskalinrausch bedingten Erscheinungen werden denen bei schizophren reagierenden Patienten gegenüber gestellt und als nicht gleichartig erkannt. J. G.

I. a) Vorkommen und Gebrauch

Meskalin ist der wirksame Hauptbestandteil des Peyote-Kaktus* (Anhalonium Lewinii), der in Mittel- und Nordmexiko, sowie im äußersten südlichen Streifen der USA beheimatet ist. Der Kaktus gilt bei den dort ansässigen Indianern als heilige Pflanze und wird als Rauschmittel zur religiösen Stimulation und als medizinisches Allheilmittel benutzt. Das in waagerechte Scheibchen geschnittene Mittelstück des Kaktus gelangt getrocknet in den Drogenhandel und wird in Amerika mescal buttons (Meskal-Knöpfe) oder dry whisky (trockener Whisky) genannt. Die Indianer haben sich die berausende Wirkung durch Kauen oder Trinken eines Aufgusses nutzbar gemacht.

b) Chemie

Das in der Droge enthaltene Alkaloid-Gemisch setzt sich aus neun miteinander verwandten phenolischen und nichtphenolischen Basen zusammen, von denen das Meskalin die bedeutendste physiologische Rolle innehat. Die mescal buttons enthalten 4,6 bis 6,8 % Meskalin (Heffter, 1889). Meskalin ist nach Spaeth (1918) ein α (3,4,5-trimethoxyphenyl)- β -aminoäthan und besitzt folgende adrenalinähnliche chemische Strukturformel:



Meskalin kann synthetisch hergestellt werden.

Bei den restlichen Alkaloiden des Peyote ist in der N-haltigen Seitenkette ein Ringschluß eingetreten. Das Meskalin ist in reinem Zustand

* Das Wort Peyote ist die spanische Version des Wortes Peyotl der Nahuatl-Indianer.

ein farbloses, stark alkalisch reagierendes Öl, das in Wasser, Alkohol, Chloroform und Benzol löslich ist, aber nur wenig in Aether. Von seinen Salzen kristallisiert vor allem das Sulfat sehr gut.

c) Physiologie

Die Alkaloide des Peyote kann man hinsichtlich ihrer physiologischen Wirkung in zwei Klassen einteilen: a) die strychninartigen Alkaloide (gesteigerte Reflexinstabilität bis zur Erreichung des Tetanus hervorruhend) und b) die morphiumartigen Alkaloide (sedativ-einschläfernd). Diese zwei Klassen verhalten sich in ihrer Wirkung antagonistisch zueinander; diese tritt bei den strychninartigen Alkaloiden gleich nach der Einnahme auf (jedoch verursachen die jeweilige Dosis und die fortgesetzte Einnahme der Kaktusfrüchte während der Ritus-Nacht Variationen in der Länge der unterschiedlichen Perioden des sogenannten Rauschzustandes).

Man kann die Peyote-Alkaloide innerhalb einer Skala anordnen: das Meskalin als das stärkste morphiumartige Alkaloid an das eine Ende der Skala und das Lophophorin an das andere Ende bei den strychninartigen, in der Mitte die Alkaloide mit geringerer physiologischer Wirksamkeit:

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| stark morphiumartig: | 1. Meskalin (von <i>Heffter</i> und <i>Capellmann</i> 1905 isoliert) |
| | 2. Peyotlin* (von <i>Roder</i> und <i>Cjangl</i> mit anderen Alkaloiden 1922/23 isoliert) |
| | 3. Anhalin (1894 von <i>Heffter</i> und 1920 von <i>Spaeth</i> isoliert) |
| | 4. Anhalamin (1899 von <i>Kanter</i> isoliert) |
| | 5. Anhalonidin (von <i>Heffter</i> isoliert; ruft leichte Schläfrigkeit und taubes Gefühl im Kopf hervor) |
| schwach morphiumartig: | 6. Anhalonin (von <i>Heffter</i> isoliert; keine beobachtbare physiologische Wirkung, vielleicht leichte Schläfrigkeit) |
| schwach strychninartig: | 7. Anhalidin |
| | 8. Anhalinin |
| stark strychninartig: | 9. Lophophorin (von <i>Heffter</i> 1894 isoliert; keine narkotische Wirkung, Erröten des Gesichtes, Hitzegefühl, Kopfschmerzen) |

* Peyotlin hat variable Wirkungen (unter anderem hypnotische und anodyne) auf verschiedene Individuen.

d) Wirkung in Tierexperimenten

Mogilewa fand bei Durchströmungsversuchen an freigelegten Froschherzen mit 0,002—0,01%igen Meskalin-Lösungen als einzige Alkaloid-Wirkung die Herabsetzung der Frequenz. Diese war konzentrationsunabhängig.

Heffter (1898) sah — ebenfalls bei Fröschen — nach Injektion von 0,015—0,03 g Meskalinhydrochlorid innerhalb von 5—10 Minuten einen narkotischen Zustand. Die schließlich eintretende Muskeltätigkeit bildet sich nach ca. 6 Stunden wieder zurück, während die bei größeren Mengen auftretende Parese eine vollständige ist, wobei jedoch das Herz langsam, aber regelmäßig und kräftig weiterarbeitet. — Bei Warmblütern konnte der Autor ein klares Vergiftungsbild nicht erhalten: So reagierten Kaninchen auf Dosen von 0,1—0,25 g Meskalin pro kg Körpergewicht überhaupt nicht, während eine Katze nach 0,1 g Erbrechen und Diarrhoe zeigte und in einen somnolenzähnlichen Zustand kam. Auch ein Hund von 6 kg Körpergewicht zeigte nach subkutaner Injektion von 0,2 g keine Vergiftungserscheinungen.

Versuche an Warmblütern von *Jochimoglu* und *Keeser* (1924) ergaben 5 Minuten nach Injektion von 7 mg pro kg des Körpergewichts beim Kaninchen eine hochgradige Atmungsbeschleunigung und erhöhte Reflexerregbarkeit. Bei Erhöhung der Testdosis auf zunächst 12,5 mg pro kg des Körpergewichts stellten sich tetanische Krampfanfälle mit Sistieren der Atmung ein, und bei 15—20 mg pro kg des Körpergewichts kam es zum Tod im tetanischen Anfall. *De Jong* (1923) hat zur Erzeugung experimenteller Katatonie außer Bilbocapuin und Haschisch auch Meskalin herangezogen. Mit Meskalin gelangen die Versuche an Warmblütern (unter anderem an Affen) wesentlich besser. *De Jong* sieht in den Ergebnissen dieser Versuche einen Beweis für die toxische Genese der Schizophrenie.

*II. Experimentell erzeugte Rauscherscheinungen beim Menschen**a) Gesunde Versuchspersonen*

Nachdem über *Lewin* (1888) Kenntnisse vom Meskalin nach Europa gelangten*, waren *Prentiss* und *Morgan* (1895) die ersten, die über Selbstversuche mit der Droge berichteten. Es folgten *Mitchell* (1896), *Ellis*

* *Lewin* war 1886 auf einer Forschungsreise in Amerika in den Besitz einer mexikanischen Droge gekommen, die der Berliner Botaniker *Hennings* (1888) als eine in naher verwandtschaftlicher Beziehung zum *Anhalonium Williamsii* stehende Kakteenart klassifizierte; er nannte sie *Anhalonium Lewinii*.

Die Kakteenwurzel soll bereits um 1550 von dem Ordensmann *Bernadino de Sahagun* von Amerika nach Europa gebracht worden sein (nach *Beringer* 1927).

(1897) und *Heffter* (1897). Die ersten systematisch angelegten Versuchsreihen stammen von *Knauer* und *Maloney* (1911), *Guttmann* (1914) und *Beringer* (1927). Die von *Prentiss* und *Morgan* beschriebenen körperlichen, sinnlichen und psychischen Erscheinungen im Meskalin-Rausch werden von allen folgenden Veröffentlichungen im Prinzip bestätigt und meist lediglich in ihrer Fülle erweitert. Bei den sechs V. P., über die die Autoren berichten, zeigten sich nach dem Genuß von 3 bis 7 Stück der getrockneten Kakteenköpfe neben Nausea, Brechen, Kopfschmerz und Mydriasis hauptsächlich farbige Gesichtsercheinungen bei geschlossenen Augen, bzw. im abgedunkelten Zimmer. Die optischen Gebilde wechselten rasch Form und Muster. Die Bewußtseinsklarheit war im allgemeinen nicht verändert, die Stimmungslage war meist angenehm beeinflusst und es fand sich teilweise eine Denk- und Ausdruckserschwerung; auffällig war die Veränderung des Zeitsinnes. *Ellis*, der 1897 über Selbstversuche berichtete, konnte ein ungewöhnlich reiches Material an psychopathologischen Phänomenen aufzeigen. Jedoch fand seine Veröffentlichung zunächst wenig Beachtung, was *Beringer* darauf zurückführte, daß diese Rauscherlebnisse als reine Phantasieprodukte angesehen wurden.

Heffter sah die farbigen Visionen, Verlust des Zeitsinnes, Mydriasis, Nausea, Schwindel, Kopfschmerz bei Selbstversuchen mit dem von ihm dargestellten, isolierten Alkaloid der Droge.

Die erste methodisch durchgeführte experimental-psychologische Untersuchung der Wirkungsweise des Meskalins stammt von *Knauer* u. *Maloney*, die durch subkutane Infektion von 0,15—0,2 g schwefelsauren Meskalins neun Ärzte meskalinisierten. Hierbei zeigt sich vor allem, daß bei der gleichen Person der Versuch zu verschiedenen Zeiten auch verschieden ausfallen kann. So berichtet *Serko* (1913) — einzige bekannt gewordene Selbstschilderung aus dieser Versuchsreihe — über seine Erlebnisse während drei Meskalinräuschen, wobei im ersten Versuch optische Erscheinungen, im zweiten haptische und im dritten solche des gedanklichen Ablaufes vorherrschend gewesen sein sollen. *Serko* schreibt:

„Nach etwa einer Stunde stellten sich die ersten Vergiftungsercheinungen ein. Diese bestanden zunächst in einer leichten Nausea mit Frösteln und einer leichten, redselig läppisch heiteren Verstimmung. Bald darauf kam aber eine weitere und höchst merkwürdige Erscheinung hinzu, nämlich eine überaus lebhaft Hyperästhesie für Farbeindrücke, eine Hyperästhesie, die sich im Laufe der nächsten Stunde zu einem wahren Farberausch steigerte. Nie gesehene und nie bemerkte Farbennuancen, ins feinste Detail abgestufte Farbtöne, ein wunderbares Spiel von Farben kam da zum Vorschein; die unscheinbarsten, sonst nie beachteten Objekte, wie Zigarettenstummel und halbabgebrannte Streichhölzchen auf dem Aschenteller, bunte Scherben auf dem Schutthaufen eines fernen, vom Fenster aus sichtbaren Bauplatzes, Tintenkleckse auf dem Schreibtisch,

die monotonen Bücherreihen des Bücherschranks glühten gleichsam auf in einer Farbhelligkeit, die schwer zu schildern ist. Von überall, von allen Möbelstücken, an allen Gegenständen, aus allen Winkeln strömten Farben in unbeschreiblicher Differenzierung ihrer Töne auf mich ein, es glimmte überall, wohin man blickte, ein feiner Farbenschimmer. Dazu das leichte Frösteln und ein, man könnte sagen angenehmes Unbehagen, was der ganzen Stimmung ein eigenartiges, weiches Kolorit verlieh.

Zwei bis drei Stunden nach der Injektion begann das Höhenstadium der Vergiftung, das lawinenartig stundenlang answoll, um dann allmählich im Laufe vieler Stunden langsam abzuklingen. Charakteristisch für dieses Akmestadium ist eine tiefe Zeitsinnstörung, eine leichte räumliche Desorientierung und massenhafte Halluzinationen auf optischem und haptischem Gebiet. Der Zeitabfluß ist subjektiv enorm beschleunigt. Die Folge davon ist, daß kaum Erlebtes überaus schnell in die Vergangenheit entschwindet, wodurch die Zeit gedehnt erscheint. Erlebnisse der letzten halben Stunde erscheinen so in weiter Ferne und das Gefühl der nächsten Zukunft überstürzt sich. Man sucht sich an die Zeit, an augenblickliche Momente anzuklammern, aber sie entschwinden und fluten ab. Es ist ein sonderbares Haschen nach der Zeit, ein inneres Vibrieren, eine eigenartige Unruhe im zeitlichen Erleben, die schwer zu schildern ist.

Auf der Höhe der Vergiftung ist die Zeitsinnstörung ganz enorm. Die räumliche Desorientierung ist im wesentlichen charakterisiert durch ein Gefühl der örtlichen Verhältnisse und durch ein Gefühl der Raumendlichkeit.

Noch etwas möchte ich kurz erwähnen: Schon im Stadium der Farbenhysterästhesie erschien uns die Tiefendimension des Raumes etwas gedehnt, was namentlich beim Gehen durch die langen Korridore der Klinik so recht zum Vorschein kam. Auf der Höhe der Vergiftung hatte ich zeitweilig außerdem noch die Empfindung, als weiten sich die Räume diffus nach allen Seiten.

Die optischen Halluzinationen haben einen typischen eigenartigen Charakter, der von den Halluzinationen Geisteskranker, wenigstens der deliranten Trinker wesentlich abweicht. Zunächst, und das ist wesentlich, ist man sich stets bewußt, daß man halluziniert, und man verliert in keinem Augenblick die Fähigkeit, sich seinen Halluzinationen gegenüber kritisch beobachtend zu verhalten.

Meiner Meinung nach handelt es sich zweifellos um echte Sinnestäuschungen schon aus dem Grunde, weil es wirklich sinnliche Vorstellungen nicht gibt. Sinnlich ist nur die Wahrnehmung und die Sinnestäuschung, die Sinn-Täuschung; sinnliche Vorstellung ist ein psychologisches Unding. Man steht den Bildern faktisch gegenüber. Und drittens, ich zitiere wieder *Knauer*: „Ist hervorzuheben, daß neben diesen Bilderreihen der eigentliche Gedankengang ungestört weiterläuft, daß sogar zugleich mit

den Bildern echte visuelle Vorstellungen von der Deutlichkeit, wie man sie alltäglich hat, reproduziert werden können‘.

Die Bilder gehen gern Komplikationen mit physiologischen Nachbildern ein, unterscheiden sich jedoch von diesen dadurch, daß sie bei Augenbewegungen ihre Stellung im Raum nicht verändern, was bei Nachbildern stets der Fall ist. Sie sind somit zentralen Ursprungs, was schon Johannes Müller (in den phantastischen Visionen) so meisterhaft geschildert hat.“

Vom zweiten Meskalinrausch schreibt *Serko*, daß er diesmal weniger optische, als vielmehr haptische Halluzinationen hatte.

„Ich möchte diesen Zustand als somatopsychische Überempfindlichkeit, als haptische Hyperästhesie bezeichnen, wobei ich unter haptisch die Summen aller subjektiven kinästhetischen und oberflächlichen Empfindungen verstehe, in Verbindung mit einer gesteigerten Erregbarkeit der somatischen Vorstellungssphären . . .

Man hört zuweilen von Dementia praecox-Kranken scheinbar ganz absurde Äußerungen, die an hier besprochene Erfahrungen erinnern; es ist nicht gänzlich ausgeschlossen, daß es sich bei ihnen um ähnliche oder verwandte halluzinatorische Mischprodukte handelt, um Verschmelzungen verschiedener Empfindungsqualitäten. Es ist auch möglich, daß das Farbenhören mancher sonst normaler Menschen irgendwie damit zusammenhängt.

Jedesmalige Vergiftung hatte eine schwere Asomerie zur Folge. Nach kurzem Schläfe fühlte ich mich stets zunehmend frisch und munter, und was ich nicht verschweigen will, außerordentlich alkoholtolerant.“

Guttman legte 1914 die Ergebnisse einer größeren Versuchsreihe vor, die auf die erhaltene Bewußtseinsklarheit beim Auftreten der abnormen Erlebnisse hinweisen.

Die umfassendste Studie über Meskalin-Räusche stammt aus der Heidelberger Psychiatrischen Klinik, wurde unter Leitung von *Beringer* 1920 begonnen und 1927 veröffentlicht. Die Gesamtzahl der Versuche betrug über sechzig, die V. P. waren in der Mehrzahl Ärzte und Medizinstudenten. *Beringers* Ziel war, festzustellen, „welche abnormen Symptome überhaupt bei einem Normalen erzeugbar sind“ und die „Klinik des Meskalin-Rausches“ darzustellen. Er hebt aus den Ergebnissen seiner Versuche drei Grundreaktionen als Wirkung des Alkaloids heraus:

1. die abnormen Sinneserlebnisse,
2. die veränderte Bewußtseinslage,
3. die abnormen Gefühlszuständlichkeiten.

Den V. P. wurde das in erwärmten Wasser oder in erwärmter physiologischer Kochsalzlösung gelöste Meskalin subkutan oder intramuskulär in den Unterarm gespritzt, wobei die Injektion als recht schmerzhaft erlebt wurde. Die Rauschdauer betrug vom Beginn der ersten Injektion bis zum Abklingen der hauptsächlichsten Erscheinungen 5—10 Stunden.

Etwa eine halbe Stunde nach der ersten Injektion trat regelmäßig Nausea auf, nach der zweiten Injektion wurden die optischen Erscheinungen stärker. Zu diesem Zeitpunkt wurden die V. P. für eine Zeitlang in ein Dunkelzimmer gebracht. Bei der Verabreichung von kleineren Meskalinmengen kam es meist zu einer 2—5 Stunden anhaltenden gehobenen Stimmung, die bei höheren Dosen (0,4—0,6 g) in den Hintergrund trat. Dafür änderte sich die ganze Bewußtseinslage. — Am nächsten Morgen waren die V. P. nahezu ausnahmslos arbeitsfähig, es bestanden keine Nachwirkungen.

Nachfolgend die Selbstschilderung einer V. P. (Ärztin) bei einer Dosis von 0,4 g:

„Ungefähr $\frac{1}{2}$ Stunde nach der ersten Injektion hatte ich im Gesicht die Empfindung der Asymmetrie, und zwar so, als ob die ganze rechte Gesichtshälfte nach unten verschoben sei, besonders ausgeprägt war die Empfindung des Herunterhängens des rechten Augenlides. Kurz nach der zweiten Injektion im Zimmer des Versuchsleiters kam es mir vor, als ob ich mich mit dem Sessel, auf dem ich saß, für Augenblicke nach links herumdrehe, vor allem aber schwankten sämtliche Gegenstände im Raum hin und her, während ich selbst in Ruhe war. Während derselben Zeit bewegte sich vor dem rechten Auge ein Schleier mit blassen Regenbogenfarben von oben nach unten; ähnlich wie das herabfallende Wasser eines Springbrunnens, in dem sich Sonnenstrahlen brechen. Im Muster des Teppichs traten leuchtend gelbe Flecken hervor, das Rot des Musters blieb unverändert. Ebenso erschienen mir die Umschläge der Krankengeschichten leuchtend türkisblau. Bei geschlossenen Augen traten leuchtende Farben, Muster bildend, von beiden Seiten ins Gesichtsfeld, um in der Mitte zusammentreffend — ohne daß dabei die Farben ineinander übergingen — nach unten zusammenzustürzen und zu verschwinden. Die Bewegung der Farbmuster war außerordentlich schnell, dauernd wechselten in der Bewegung sowohl Farben wie Muster. Eines derselben ist mir verhältnismäßig klar in Erinnerung geblieben: große sektorförmige Ausschnitte zu verschiedenen Mustern zusammengestellt, waren angefüllt mit Farbquadraten, hauptsächlich marineblau, grün, mattes gelb und rot. Die Farben waren fast alle leuchtend, im Ton sehr gut aufeinander abgestimmt. Fast alle Muster waren — auch später noch — aus geometrischen Figuren zusammengesetzt. Eine Änderung in der Schnelligkeit der Bewegung der Muster trat ein, als durch Klopfen ein bestimmter Rhythmus angegeben wurde, und zwar folgte nunmehr die Bewegung der Muster im jeweils angeschlagenen Takt, wobei jedem Klopfzeichen das Eintreten und Verschwinden eines Musters entsprach, z. B. beim Wirbel wurde der Wechsel und die Bewegung so rasend schnell, daß ein eindrucksmäßiges Festhalten nicht mehr möglich war.

Beim Öffnen der Augen verschwanden die Farben, dagegen wechselten nunmehr Raum und Gegenstände andauernd ihre Form und Größe. Die Wände schienen weit zurückzutreten, der Raum und entsprechend der Teppich wurden weit und groß; dann wieder erschien das Zimmer breit und kurz, im nächsten Augenblick schmal und lang. Bei der dauernden leichten Bewegung, in der sich die Gegenstände befanden, fiel mir einmal die Formveränderung Bewegung des Schreibtischsessels, auf dem der Versuchsleiter saß, besonders auf. Dr. M. verlängerte sich mit dem Stuhl nach oben, pyramidenmäßig sich verjüngend, um dann wieder, abwärts sich bewegend, übernormale breite Formen anzunehmen. Bei Willensanstrengung und scharfem Fixieren trat keine Formveränderung ein. Gegenstände vorgehaltener Bilder traten beim etwas längeren Hinsehen völlig plastisch heraus, als wenn sie durch ein Stereoskop gesehen würden; in den Bildern sah ich viel mehr Tiefe als gewöhnlich.

Allmählich wurde es mir immer schwerer, meine Aufmerksamkeit auf Gegenstände außerhalb von mir zu richten, die Fähigkeit, mich zu konzentrieren, schwand, die Gedanken wurden flüchtig, unbestimmt und waren plötzlich abgeschnitten. Ich hatte ein Gefühl der völligen Leere, war wunschlos und fühlte mich außerordentlich wohl in diesem Zustand, aus dem ich ruckartig aufwachte. Die zeitliche Orientierung war mir verloren gegangen, es kam mir vor, als habe ich stundenlang in Nichts versunken dagesessen.

Im Dunkelzimmer trat sofort bei offenen Augen das Farbensehen wieder auf. Auch jetzt noch zogen die Muster in außerordentlich raschem Wechsel vorüber, stets von rechts vorne kommend, diagonal vorbeiziehend und links hinten verschwindend. Dieser Farbenstrom, nur in geometrischen Figuren auftretend, glitt flächenhaft vorbei, während kurze Zeit danach sich vor meinen Augen ein völlig neuer Raum bildete, eine große zylinderförmige Halle, an deren Wandrundungen entlang die Farbmuster von beiden Seiten aufeinander zuglitten, um kurz vor dem Zusammentreffen sich von der Wand abzuheben, auf mich zuzukommen und in der Mitte des Raumes sich flächenhaft aufeinanderzulegen und zu verschwinden, ein Spiel, das sich in sehr rascher Folge immer wiederholte. Das Bewußtsein, im Laboratorium zu liegen, war mir geschwunden, ich fühlte mich in der geschauten Halle stehend, die allerdings nur im Bereich meines Blickfeldes abgegrenzt vorhanden war, während hinter mir völlige Leere, Unbegrenztheit zu sein schien. Zwischen durch erwachte ich mehrmals ruckartig und war dann sofort räumlich orientiert, erkannte den erhellten Laboratoriumsraum, dessen Wände ständig vor- und zurücktraten. Auch die beiden Versuchsleiter schienen ganz weit entfernt von mir zu sitzen, ich hätte die Entfernung nicht schätzen können, dabei trat aber keine perspektivische Verkleinerung auf. Auch die Sprache schien mir von weit herzukommen, war aber deutlich,

nicht abgeschwächt. Trotz Willensanstrengung war dem Zurückversinken in den desorientierten Zustand nicht auszuweichen. Der Übergang war ähnlich wie beim Einschlafen, einem Zwischenstadium von Halbbewußtheit folgte das plötzliche Hinübergleiten in den gewissermaßen „traumhaften“ Zustand. Die Farben nahmen immer mehr an Intensität ab, wurden zarter, feiner angestimmt (rosa, blasses grün, fraise, graublau) und gewannen dabei in ihrem Zusammenklang eine ganz besonders wohlthuende Harmonie. Während einer der wachen Zustände war der erhellte Raum mit flachen, auf einer Ecke stehenden Rhomben von rosa und grüner Farbe erfüllt, die transparent waren, so daß ich Dr. St. deutlich hinter ihnen wahrnahm, oder das Gesicht von Dr. M. war mit Quadraten in unausgeprägter Farbe — ins Graue spielend — bedeckt. Dann wieder erschien mir plötzlich der Zigarettenrauch leuchtend rot den ganzen Raum für Momente erfüllend. Für Augenblicke hatte ich das Gefühl einer grenzenlosen Verlassenheit und Verlorenheit, alles rückte weg von mir, die Zeit spielte keine Rolle — alles schien sich zu verlieren, alles zusammenzustürzen. Ich selbst war nicht mehr in mir, nicht mehr in meiner Haut, es war das Gefühl des Einssein mit der Luft, ich verlor das Gefühl der körperlichen Einheit. Der Gedanke, ich könnte einen Arm oder ein Bein beiseite legen, vom Körper getrennt, kam mir ganz natürlich vor. Die Beurteilung, wie weit die einzelnen Glieder voneinander entfernt seien, wie ihre augenblickliche Lage sei (bei geschlossenen Augen) war unmöglich. Das Lagegefühl war vollkommen aufgehoben, die Beine erschienen mir unproportioniert, das rechte Bein war dick und verkürzt. Beim Bewegen des rechten Mittelfingers hatte ich deutlich das Gefühl, die drei Glieder des Fingers seien verdickt, kantig, winklig abgebogen und der ganze Finger stünde quer zur Hand.

Das Farbensehen hörte allmählich ganz auf und wurde durch Synästhesien ersetzt. Das Primäre war ein Gehörseindruck, den ich für eine Gehörshalluzination hielt. Mir schien von tief unten herauf — wie aus einer Gruft — ein dumpfer Chorgesang aufzusteigen, ein An- und Abschwellen, mit einzelnen Oberstimmen, ohne daß aber eine eigentliche Melodie zu erkennen war. Im selben Augenblick bewegte sich langsam ein Zug von rechts unten kommend in spiraligen Windungen nach links oben. Ohne daß ich einzelne Gestalten in diesem Zug unterscheiden konnte, war es mir sofort klar, daß es ein Mönchszug sei. Dabei hatte ich den unbestimmten Eindruck, der ganze Zug sei von einer großen, weißen Mönchskutte bedeckt. Nach kurzer Unterbrechung glaubte ich, Orchestermusik zu hören, und zwar mit Hervortreten von Pauken und Geigen. Im Gegensatz zu dem schweren, dumpfen Charakter des vorher gehörten Gesanges stieg es jetzt in einem wundervollen Zusammenklang vieler Instrumente wie in einem Rausch wie eine jubelnde Fanfare auf. Gleichzeitig sah ich ein metallenes Füllhorn vor mir, aus dem die Töne

zu quellen schienen. Das Subjekt-Objektbewußtsein verlor sich und ich fühlte mich aufgelöst im Orchester mit den Tönen aufsteigend. Dieser ekstatische Zustand war von einem unbeschreiblichen Glücksgefühl begleitet.

Ein drittes Erlebnis blieb undifferenziert, kam nicht zur vollen Deutlichkeit. Ich glaubte für Momente eintönige, scharf rhythmisierte Negermusik zu hören, begleitet von der nur andeutungsweise aufsteigenden Vorstellung eines Negerlagers, um sofort von dem Gedanken verdrängt zu werden, es könne ein über holprige Steine fahrender Wagen sein, wobei ich aber nicht an den Häuser- und Straßenkomplex der Klinikumgebung dachte und mich örtlich auch gar nicht weiter orientierte.

Dennoch ging mir die örtliche Orientierung nie wieder ganz verloren. Während der ganzen Zeit hatte ich immer ein leises unbehagliches Gefühl, ich kam mir gewissermaßen ausgeliefert vor, konnte ein ganz leichtes Mißtrauen nicht loswerden und konnte vor allem nicht beurteilen, was ich alles geredet hatte. Ich kam mir unendlich geschwätzig vor, hatte einen heftigen Rededrang; dabei aber eine Erschwerung der Wortfindung, so daß ich oft nicht auf die einfachsten Ausdrücke kam. Die Konzentrationsfähigkeit war stark herabgesetzt, was bis spät abends anhielt und sich im Gedankenjagen und einer gewissen inneren Unruhe trotz großer Müdigkeit zeigte. Noch während des Mittagessens waren ataktische Störungen — Vorbeigreifen, Zuweitgreifen, Unsicherheit im Gang — vorhanden. Als ich gegen 2 Uhr in mein eigenes Zimmer kam, war ich überempfindlich in bezug auf Farben und Formen. Alles erschien mir unharmonisch, geradezu aufdringlich und grob, die Stoffe waren derb, die Farben, besonders das indifferente Grau des Schrankes, waren beleidigend. Ebenso war ich überempfindlich gegen die mir vorgespielte Musik, die ich als unerträglich hart und im Rhythmus forciert empfand. Irgendwelche besonderen Eindrücke traten danach nicht mehr auf“.

Die Ergebnisse der *Beringerschen* Versuche, also ein „Rohbau der Symptomatologie“ des Meskalin-Rausches, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Sinnesfunktion-Änderungen betreffen bei Berücksichtigung der Häufigkeit:

- a) das Gesicht,
- b) den Allgemeinsinn*
- c) das Gehör und
- d) den Geschmack und Geruch.

* nach Jaspers all die Empfindungsqualitäten, die nach Abzug der vier höheren Sinne (Gesicht, Gehör, Geruch und Geschmack) übrig bleiben.

2. Trugwahrnehmungen treten auf:

- a) Illusionen,
- b) Pseudohalluzinationen,
- c) Halluzinationen

3. Die veränderte Bewußtseinslage entspricht ein verändertes Tätigkeitserleben im Sinne einer Depersonalisationserscheinung:

- a) „Auf der einen Seite ein abnormes Abstandserleben zwischen ‚Ich‘ und dem, was im Bewußtsein vor sich geht, auf der anderen Seite ein abnormes Verschmelzungserlebnis bis zum Fallen der Subjekt-Objekt-Schranken.“
- b) Einengung des Bewußtseins und ausgeprägte Passivität,
- c) ständiger Wechsel zwischen Fülle und Armut der Gedanken, wobei letzteres überwiegt.

4. Es treten abnorme Gefühlszustände auf:

- a) zeitweilige Euphorie,
- b) zeitweilig stupuröser Gleichmut,
- c) sind auch Ekstasen möglich.

5. *Beringer* zieht Parallelen zwischen Meskalin-Erlebnissen und den überströmenden Erlebnissen zu Beginn von Psychosen, insbesondere der Schizophrenie.

Auch *Morselli* (1936), der nach einer experimentell hervorgerufenen Meskalinvergiftung noch nach zwei Monaten illusionäre halluzinatorische Gedankengänge beobachtete, diskutiert das Problem einer experimentell erzeugten Schizophrenie. Er war im Zustande der Vergiftung gesteigert erregbar und voller Unruhe und hatte das Empfinden, daß alles um ihn herum vibriere und daß auch etwas in ihm selbst vibriere; zusätzlich Veränderung der Farbe, Blitze und Hieroglyphen vor den Augen. Dabei änderten Gegenstände und Personen ihre Form. Gemälde, die an der Wand hingen, konnten dreidimensional gesehen werden und begannen sich zu bewegen. Es kam zu einem „virtuellen“ Dialog, wobei *Morselli* sah, daß sein Gegenüber die Lippen bewegte, die Augen wendete, eine drohende Haltung annahm.

Wichtig hervorzuheben ist noch, daß *Morselli* mit zunehmender Intoxikation sich selbst immer unsicherer wurde, zeitweise nahe daran war zu glauben, daß seine Erlebnisse der Realität entsprachen. Dabei konnte er sich selbst im Spiegel nicht mehr und hatte das Gefühl, eine zweite Person entwickle sich neben ihm und ließe ihn seiner Persönlichkeit verlustig werden. In der Klinik, in die er vor seinem Heim floh, erschien ihm sein Kollege bis zur Unkenntlichkeit verzerrt. Plötzlich empfand er enorme Kraft und wollte den Stuhl zerbrechen. *Morselli* meint, sich wie ein Schizophrener benommen zu haben, zumal er sich nicht eines immer wieder auftauchenden Gefühles erwehren konnte, daß sich seine Persönlichkeit verändere.

Bensheim (1929) suchte Antwort auf die Frage, ob und inwieweit sich die Erlebnisse des Meskalin-Rausches bei Cyclothymen und Schizothymen verschieden verhalten. Hierbei fand er einerseits Gesetzmäßigkeiten und sah andererseits im Zustand des Meskalin-Rausches ein Mittel der Charakterenthüllung.

Die Cyclothymen haben nach *Bensheim* „rasch wechselnde Bilder mit einzelnen plastischen Gestalten, sie neigen zu impressionistischer Kleinmalerei, euphorischen und depressiven Verstimmungen, assoziativem Geschehen, Wirklichkeitsnähe und Illustrierung ihrer Gedanken.“

Die Schizothymen dagegen „bevorzugen figürliche Gestaltungen, gleichartige Reihen, expressionistische Stimmungen, Perseverationen, homosexuelle Verbundenheit und anstelle unformulierter abstrakter Gedanken konkretisierte Bilder.“

Bensheim beschreibt das Meskalin als Großhirngift, welches in die intellektuelle Schicht der Persönlichkeit eingreift und dadurch (und nicht nur durch den Zustand der Euphorie) eine „Fülle von bewußt gesetzten Widerständen“ wegräume, so daß die Persönlichkeit deutlicher in Erscheinung trete. Hierbei soll es besonders gut beim Abklingen des Rausches gelingen, Einblicke in die Charakterstruktur zu gewinnen. Durch das „ständige Hin und Her von Rauscherleben und Wirklichkeit ermattet und zerschlagen“, komme es zum Katzenjammer, zur Depression, was in lautes Selbstgespräch umschlage. Dieses habe eine Parallele wohl nur im Evidenzerleben bei der Psychoanalyse. *Bensheim* glaubt, „daß durch nichts, wie gerade durch das Meskalin in so kurzer Zeit bei neurotischen Personen eine derart umfassende Kenntnis von deren Charakterstruktur gewonnen werden kann.“ Er weist darauf hin, daß mit der Charakteranalyse bei schweren Neurotikern zwar nicht viel, aber immerhin Zeit gewonnen werde. Die Art der „Charakterstörung“ sieht er in einer Vergrößerung und einem stärker Hervortretenlassen der einzelnen Charakterzüge (z. B. werden Minderwertigkeitsgefühle bei Leuten mit Neigung dazu im Rausch erhöht, oder es kommt bei stark geltungssüchtigen Personen im Rausch zu unechter Selbstüberheblichkeit und Ich-Darstellung).

Bensheim mußte wie *Beringer* feststellen, daß trotz des Wegfallens psychischer Hemmungen durch den Rauschzustand und trotz des reichen Anteils der optischen Sphäre gerade nicht sehr viel unbewußtes Material im Sinne der *Freudschen* Symbolik hervortrat. Hieran anknüpfend formuliert er die Fragen, ob im Meskalin-Rausch überhaupt etwas Produktives geleistet, ob eventuell unterdrückte Anlagen frei würden und ob der Rauschzustand künstlerischer Bearbeitung freien Lauf lasse. Die Antwort lautet nach *Bensheim* im allgemeinen: nein. Denn es komme im Rauschzustand nicht nur zu einem Wegfall von intellektuell gesetzten und zu einem Auftreten von psychomotorischen Hemmungen, die Giftwirkung führe zusätzlich zu einer allgemeinen Niveausenkung („körper-

liche Trägheit“, „psychische Passivität“, verringerte Gestaltungskraft und Phantasietätigkeit“). Da das Rauscherlebnis sehr schnell ablaufe, könne es nicht festgehalten und begrifflich fixiert werden, so daß eine künstlerische Verarbeitung also erst nach dem Abklingen und aus der Erinnerung heraus möglich sei.

Meyer-Gross u. *Stein* (1925) und *Jaensch* (1920) untersuchten speziell die sinnesphysiologischen Meskalin-Wirkungen, wobei erstere die Bedeutung der Abänderung der Sinnestätigkeit für die Existenz der Trugwahrnehmungen betonen. So gebe es im Meskalin-Rausch Sinnestätigkeitsstörungen, die unvergleichbare Eindrücke der Realität hervorrufen. *Jaensch* versucht, die Wirkung der Droge mit konstitutionellen Gegebenheiten zu korrelieren und stellt fest, daß bei einer Anlage zu Anschauungsbildern (also bei einem eidetischen Typus) eine besondere Neigung zu optischen Sinneserscheinungen besteht.

Ausgehend von Beobachtungen des amerikanischen Anthropologen *Petrullo* bei den Delaware-Indianern untersuchte *Fernberger* (1923), ob es gelingt, die Visionen im Peyote-Rausch zu unterdrücken, bzw. abzuändern. Fünf von neun weißen Versuchspersonen war es möglich, die Visionen hinsichtlich Dauer, Form und Farbe willkürlich zu beeinflussen. Nach *Fernberger* ist die kultische Verwendung der Peyote zurückzuführen auf eine regelmäßig auftretende Spaltung der Persönlichkeit, einerseits in ein rationales, beobachtendes und andererseits ein visionär erlebendes Selbst.

Dem speziellen Problem der posthypnotischen Suggestion im Meskalin-Rausch widmete sich *v. Pap* (1936). Er fand heraus, daß sich die suggestiven Erlebnisse in das reine Meskalin-Erleben einflechten, wobei nachträglich für die auf hypnotischer Suggestion beruhenden Erlebnisse Amnesie besteht, für die anderen hingegen nicht. Diese Amnesie konnte durch eine neuerliche Hypnose beseitigt werden.

Guttman (1936), der durch die Versuche an 60 meist gesunden Versuchspersonen Meskalin-Erfahrungen sammelte, versteht den Rauschzustand als eine künstlich gesetzte Geistesstörung, der letztlich Einblicke in den Mechanismus des Seelenlebens der Schizophrenie vermittelte.

Aus einem völlig anderen Blickwinkel heraus fand *Jantz* (1941) Parallelen zwischen Meskalin-Rausch und Schizophrenie: Untersuchungen an 28 jungen Patienten ergaben pathophysiologisch gleichlautende Befunde, die besonders die Eiweiß-Retention und Eiweiß-Ausschwemmung, Abbauhemmung des intermediären Eiweißhaushaltes und dazu bei Hund und Meerschweinchen den anatomischen Befund einer toxischen Leberschädigung betreffen.

Forster beobachtete in einem Selbstversuch ein eigenartiges Schwanken von Buchstaben und Bildern, wobei er auf der Höhe der Vergiftung einerseits den Eindruck des Realen hatte, andererseits sich aber sagte,

daß dem nicht so sein könne. Er erkannte beim Nachlassen des Rausches, daß die Erscheinungen auf Schwankungen der Linsenbrechung zurückzuführen waren. — Daraus folgert er, daß nur für die Periode der Bewußtseinsstörung die Ursache der Veränderungen in den Dingen selbst erlebt und nicht im Wahrnehmungsvorgang gesucht wurde. Ersteres definiert er als Halluzinationen.

Die Unmöglichkeit, reproduktive Vorstellungen überhaupt zu beherrschen — also etwas zu gestalten und festzuhalten — besteht nach *Zucker* und *Zador* nun nicht nur auf den optischen, sondern auch auf allen Vorstellungsgebieten, was die Autoren als spezifisches Gesetz der Meskalin-Intoxikation ansehen. Sie sprechen von einer traumhaften, szenenhaften Bilderjagd.“

Marshall (1937), durch Selbstbeobachtungen angeregt, untersuchte einzelne der durch Meskalin hervorgerufenen Halluzinationen. So sieht er die besonders zart erscheinenden und sich meist auf die Komplementär-Farben rot und grün beschränkenden Farben und auch die Formkonstante (Spiralen, Feuerwerk) als Analoga der strömenden Chorioncapillaren und der retroretinalen Strukturen an. Die Bilder sollen die Tendenz haben, vom Einfachen zum Komplizierten fortzuschreiten, was er als herabgesetzte Kontrolle höherer Zentren wertet. Schließlich betont *Marshall*, daß im Unterschied zu hypnagogen und Traumerlebnissen die Meskalin-Erscheinungen einer willkürlichen Kontrolle nicht unterzogen werden. Sie sollen auch nicht den dem Inhalt adäquaten Angsteffekt hervorrufen.

b) Patienten

Bresler berichtete 1905 als erster über Meskalin-Versuche an Kranken (zwei Schizophrene und drei Epileptiker), von denen vier die bereits beschriebenen optischen Phänomene boten. Abweichend davon zeigten sich die Intoxikationssymptome bei einem Patienten vorwiegend auf akustischem Gebiet, wobei zusätzlich noch eine Aufhebung der Tast- und Schmerzempfindung bestand. Der Autor nimmt keine Stellung zum Problem einer etwaigen krankheitsspezifischen Färbung des Rausches, bzw. eines Einflusses des Experimentes auf das Grundleiden.

Die Frage nach der Vergleichbarkeit von psychotischen Sinnestäuschungen einerseits und solchen im Meskalin-Rausch auftretenden andererseits hat *Zucker* experimentell beantworten wollen. Er meskalinierte Halluzinierende und untersuchte, wie sich die Patienten nun zu den durch Meskalinvergiftung neu gesetzten Sinnestäuschungen verhielten. Hierbei fand er heraus, daß die nicht deliranten schizophrenen Halluzinierenden in der Lage waren, die Meskalin-Sinnestäuschungen von den spontanen zu unterscheiden. Die deliranten Halluzinanten konnten diese Unterscheidung nicht treffen. — *Zucker* will diese Ergebnisse nicht im Sinne einer Gleichheit der Erlebnisweisen verstanden wissen.

Meskalinierte Kranke mit Phantomerlebnissen zeigten neben den auch sonst im Rausch vorkommenden Wahrnehmungsänderungen vielerlei Veränderungen des Phantomgliedes, die z. T. abhängig von den Bewegungen des Rumpfes waren (*Zador*).

Adler u. Pötzl (1936) beobachteten „eine eigenartige Reaktion auf Meskalin bei einer Kranken mit doppelseitigen Herden in der Sehsphäre“. Auf der Höhe des Rausches verschwanden die hemianopischen Halluzinationen, und es kam zu Stimmenhören mit religiös ekstatischen Erlebnissen. Dabei behauptete die Patientin, blind zu sein. Somit ergab sich in dem Versuch, daß unter Meskalin die Hirnrinde der occipitalen Konvexität die Disposition zu optischen Halluzinationen verlieren kann.

III. Meskalin als Therapeutikum

Während *Dragendorf* (1898) davon berichtete, daß in Amerika Anhalonium gegen Angina pectoris, Dyspnoe und zu schmerzlindernden Kataplasmen gebraucht wird, *Prentiss u. Morgan* (1896) gute Erfolge bei Neuralgien erzielten, *Clarke* Anwendungen gegen Delirien, Kopfschmerzen, Halluzinationen, Gehirnerschöpfung und Neurasthenie beschrieb und *Dixon* glaubte, daß sich Meskalin als allgemeines Stimulans und als Herztonikum verwenden ließe, verneinte *Heffter* die Frage nach der therapeutischen Anwendbarkeit des Meskalins wegen der von ihm beobachteten Nebenwirkungen.

Für die Psychiatrie von Interesse sind *Deschamps*schen Versuche (1932) der Stupordurchbrechung bei schizophrenen Patienten, bei denen die excitierende Wirkung der Rauschgifte (neben Peyote auch Aether, Kokain und Haschisch) ausgenutzt wurde.

Guttman u. Maclay (1936) meskalinierten Kranke mit „Depersonalisationssyndrom“ (im Sinne von *Lange*), um den Zustand des Nachstudiums des Rausches — in dem dessen Erlebnisse tief und einzigartig wirken — experimentell herbeizuführen und therapeutisch auszunutzen. Zur Vermeidung unangenehmer Nebenwirkungen wurden geringe Meskalin-Dosen oral zwischen Frühstück und Mittagessen gegeben (0,1—0,2 mg des synthetischen Meskalins *Slotta-Szyska*). Es traten dabei nur in zwei von elf Fällen Halluzinationen auf, und die Rauschdauer betrug maximal fünf Stunden. Das wesentliche Ergebnis dieser Untersuchungen besteht darin, daß die Meskalin-Depersonalisation mit derjenigen übereinstimmt, die sonst als umschriebenes Krankheitssyndrom beobachtet wird. Selbst bei kurzer Rauschdauer soll die Wirkung des Rauscherlebnisses herangezogen werden können.

Hier schließen die Ausführungen *Frederkings* (1954) über „Meskalin in der Psychotherapie“ an. Der Autor stellt bei der Untersuchung der

Bemühungen, die Psychotherapie zu verkürzen, den Meskalin-Rausch der Narkoanalyse gegenüber. Den Nachteil der letzteren sieht er darin, daß keine Möglichkeit bestehe, das Berichtete zu verarbeiten und dies außerdem oft dem Vergessen anheimfalle. *Frederking* meint, daß bisher zu wenig beachtet wurde, daß es sich beim Meskalin-Rauschzustand um eine Folge von halluzinatorischen und visionären Erlebnissen handele, um ein „sinnvolles und gerichtetes Gesamtgeschehen“, und zwar um ein traumartiges Geschehen, welches analytisch zu deuten ist.

Das Geträumte werde zugleich

1. erlebt und beschrieben, wodurch eine Stellungnahme möglich sei und
2. könne das so Erlebte „krisenhaft verarbeitet“ werden (im Sinne einer Katharsis).

Im Meskalin-Rausch können nach *Frederking* zwei Erlebnisweisen auftreten:

1. Körperempfindungen ohne persönliche Erinnerungen; hierbei Auftreten von „Gestalten und Geschehnissen, die einen allgemein sinnbildlichen Charakter“ haben.
2. Wiederauftreten von persönlichen Erinnerungen mit Einbeziehung des Raumes, in dem sich der Patient befindet.

Auch hierbei soll dieses Erleben sinnbildlich umgesetzt werden.

Diese beiden möglichen Erlebnisweisen schließen sich bei ein und demselben Berauschten nicht aus, sondern sollen gleichzeitig bestehen können.

Bezüglich der Unterschiede von Traum und Erinnerung im Meskalin-Rauschgeschehen einerseits und in der Psychotherapie, bzw. Narkoanalyse andererseits betont *Frederking*:

- a) daß die Erinnerungen aus der persönlichen Vorgeschichte ungewöhnlich viel lebendiger und intensiver im Rausch als in der Psychotherapie bzw. Narkoanalyse seien;
- b) tauchen im Rausch „nicht nur die Geschehnisse wieder auf, die den Ursprung der Neurose bilden, sondern diese werden auch unmittelbar im Rausch verarbeitet, in dem der Patient hierbei sich von ihnen löst und sie endgültig hinter sich läßt“. Dies dauere in einer analytischen Psychotherapie meist erheblich länger.

Frederking faßt zusammen:

1. Meskalin-Räusche stellen keinen reinen Verwirrungszustand dar, sondern gleichen einer „Erschließung einer bestimmten seelischen Sphäre“. Diese seelische Sphäre ist die des bildlichen Erlebens, die sich auch im Traum kundtut.
2. Meskalin kann nur eine gelegentliche Hilfe für den Psychotherapeuten sein, wobei die Indikation sehr streng gezogen werden muß. Begründung: Meskalin ist ein stark toxisch wirkendes Mittel, deshalb sind die im Rauschzustand auftretenden Erregungszustände nur vom psychotherapeutisch Erfahrenen beherrschbar.

3. Meskalin ist bei einmaligem oder in großen Abständen erfolgreichem Gebrauch unbedenklich.
4. Der Meskalin-Rausch kann Aufschlüsse geben über „die Struktur der Tiefenschicht, aus der er stammt und die sich uns hier unmittelbar öffnet, wie sonst nur selten“.

IV. Zusammenfassende Schlußbetrachtungen

1) Während die Verwendung berauschender Drogen in der Geschichte der Menschheit frühzeitig begann — Haschisch-Gebrauch bei den Assyrern bereits im 9. Jahrhundert v. Chr. —, war *Kraepelin* (1892) der erste, der eine systematische Studie über die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch Arzneimittel vorlegte. Er begründete die „Pharmakopsychologie“ mit dem Ziel, einen durch ein genauer bekanntes Mitteln veränderten psychischen Vorgang besser zu erkennen.

Kraepelin war damit der Wegbereiter der ersten experimentellen Untersuchungen am Menschen, die *Prentiss* u. *Morgan* (1895) mit dem Anhalonium Lewinii vornahmen.

2) Die frühen Selbstversuche mit der Droge Meskalin gewinnen für den heutigen Betrachter insofern große Bedeutung, als sie Experimente an isolierten Einzelwesen unter exakt definierten äußeren Bedingungen bei fehlender Erwartungshaltung des Individuums waren. Somit erfüllten sie weitgehend die Kriterien einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Versuchsanordnung*; solche — wie etwa von *Beringer* über sechszigmal hervorgerufenen — „Versuchsmodelle einer Psychose“ haben inzwischen den Anspruch auf Reproduzierbarkeit aufgeben müssen. Denn unsere jetzt gesammelten positiven und negativen Erwartungen an das Rauscherlebnis machen eine eventuelle Spezifität der psychodelischen Situation a priori fragwürdig. Es scheint heute noch schwierig, die schon von *Beringer* formulierte Frage, ob denn — im Gegensatz zu den dem Meskalin wesenszugehörigen Reizantworten des Zentralnervensystems — gesetzmäßige kausale Beziehungen zwischen Individuum und Rauschform bestehen, zu beantworten. Denn schon *Beringer* betont neben der überindividuellen Reizbeantwortung der Meskalin-Intoxikation die variable Größe der jeweiligen Individualität, die heute, abgesehen von der veränderten gesellschaftlichen Situation, durch die bereits erwähnte Vor-

* Zu beachten bleibt hierbei jedoch, daß innerhalb des kultischen Geschehens bei den Indianerstämmen der Peyote-Genuß ein kollektives Erleben darstellte und als solches erst seinen rituellen Charakter erlangte. Die Ergebnisse der Einzelexperimente haben also nur dort Aussagekraft, wo sie in unmittelbarer Beziehung zum äußeren Versuchsrahmen gesehen werden.

Information und die damit verbundenen Vor-Urteile kaum für den Versuchsaufbau einschätzbar ist.

3) Das subjektive Erleben des Meskalin-Rausches als ganzem spiegelt sich in den nachfolgenden Zitaten von Versuchspersonen wider, die zeigen, daß im Rauschzustand die Grenzen normaler Erlebnismöglichkeiten gesprengt und dem normalen Wachbewußtsein fremde Seelenbereiche erschlossen werden.

„Mir war, als stiege ich von einer Höhe, die ich nie gekannt, nie geahnt, mühsam herunter ins Tal, da alles langsam und mühsam gewonnen, was dort oben dem Schauenden auf einmal offenbart wird.“

„Mir, einem kultisch entwurzelten, skeptischen, rational trainierten Menschen des zwanzigsten Jahrhunderts, hatte das Gift einen unerhörten Blick in sein Innerstes gestattet.“

„Im ganzen kam mir die Meskalin-Psychose wie eine Reise in ein unbekanntes Land vor.“

„Ich war froh, wieder im Normalzustand zu leben, obwohl ich die Erinnerung an den Meskalin-Rausch nie missen möchte, denn es kam mir vor, als ob ich das glückliche Sein der Primitiven nacherlebt habe“. (Alle Zitate aus den *Beringerschen* Selbstschilderungen)

„Es erschien mir, als hätte ich unerwartet eine objektive Kenntnis über mich gewonnen“. (*Ellis* nach *Beringer*)

Diese Zitate scheinen im Gegensatz zu *Bensheims* (1929) Feststellung einer im Rauschzustand angeblich auftretenden „allgemeinen Niveausenkung“ oder auch „psychischen Passivität“ zu stehen und werden von uns als Beispiele einer kreativen Bewußtseinserweiterung gesehen:

So heißt das Nacherleben des „glücklichen Seins der Primitiven“ nicht nur, in einem phylogenetisch überwundenen Zustand zurückzusinken; sondern darüber hinaus wird das Erleben als „glücklich“ und somit individual-spezifisch empfunden und in die Persönlichkeit integriert. Unentschieden bleibt allerdings die Frage, ob die Rauscherlebnisse, die großteils nur nachträglich verbalisiert werden können, aus der Erinnerung heraus mit einer Wertung versehen werden und somit die primären Vorgänge im Rausch überdecken.

4) Das Meskalin alteriert als Gehirngift nach *Beringer* drei verschiedene psychische Gebiete:

1. Veränderung der Sinnesfunktion, vor allem des optischen Gebietes,
2. Meskalin-Euphorie,
3. besondere Bewußtseinslage,

wobei jedes einzelne Gebiet isoliert betroffen sein kann und die Quantität der Droge bestimmenden Einfluß auf die Gestaltung des jeweiligen Rauschbildes hat. Hierbei besitzt, wie o. b., die individuelle Reizbeantwortung große Bedeutung, und für die Wichtigkeit des „konstellativen

außerpsychischen Moments“ sprechen die Beobachtungen *Serkos* (1913), *Bensheims* (1929) und *Jaentschs* (1920).

Die ursächliche Wirkung des Meskalins ist bisher unbekannt. Wegen seiner adrenalinähnlichen Struktur besteht die von *Alexander* u. *Selesnick* (1966) zitierte Theorie, das Meskalin werde im Körper zu einem der Abbauprodukte des Katecholamine — dem Adrenochrom — metabolisiert; dieses besitze halluzinogene Wirkung. Die experimentelle Bestätigung hierzu steht noch aus.

Jantz suchte 1941 die Veränderungen des Stoffwechsels im Meskalin-Rausch bei Mensch und Tier festzustellen und verglich die Ergebnisse mit den pathophysiologischen Befunden bei Schizophrenie (Störung des intermediären Eiweißhaushalts, toxische Leberschädigung).

Marshall (1937) sah in den Meskalin-Intoxikations-Erscheinungen eine herabgesetzte Kontrolle höherer Gehirnzentren, während *Adler* u. *Pötzl* (1936) fanden, daß unter Meskalin-Einfluß die Hirnrinde der occipitalen Konvexität die Disposition zu optischen Halluzinationen verliert.

Das in den Selbstschilderungen der *Beringerschen* Versuchsreihe beschriebene scheinbar unmotivierte Auftreten von Hungergefühlen und die Tatsache, daß die Wirkung einer Meskalin-Injektion bei nüchternen Probanden immer intensiver war, sowie die Mitteilung *Ammons* (1971) über das bei den Indianern übliche *peyote-breakfast* beim Abklingen des Rauschzustandes, läßt an eine Beeinflussung des hypothalamischen Nahrungsaufnahmezentrums durch Meskalin denken. Hierbei könnte die Änderung des aktuellen Glukose-Gehaltes des Blutes als unmittelbare Folge der Meskalin-Intoxikation zu einer Stimulierung des aktivierenden lateralen Anteils des Nahrungsaufnahmezentrums führen.

Während Meskalin also adrenalinähnliche Struktur besitzt, hat Lysergsäure-diäthylamid (LSD) einen Indol-Kern, der ebenfalls im Serotonin (biogenes Amin) und Rauwolfia (antipsychotisch wirkendes Reserpin) enthalten ist. LSD ist ein starker Serotonin-Antagonist, was seinen psychotomimetischen Qualitäten zugrunde liegen kann. Jedenfalls hat sich bisher weder die Theorie belegen lassen, die Schizophrenie sei durch Serotonin-Verarmung verursacht, noch konnten die halluzinogenen Metabolite Adrenochrom und Adrenolutin als Ausdruck eines gestörten Katecholamin-Metabolismus (*Hoffer* et al. 1954) eindeutig nachgewiesen werden.

Nach *Beringer* nimmt das Gesamtbild der Meskalin-Intoxikation hinsichtlich der anderen Intoxikations-Psychosen eine Sonderstellung ein. Die größte Ähnlichkeit mit dem Meskalin-Rausch komme dem durch Haschisch verursachten zu, wenn auch bei diesem der Inhalt konkreter sei als bei jenem. *Kant* (1929) zieht einen Vergleich zwischen Meskalin- und Haschisch-Rausch:

1. die passive Einstellung der Meskalin-Berauschten ist durchgehend, während sie beim Haschisch-Rausch nur vorübergehend ist;

2. Haschisch steigert vielfach die Aktivität und ist in dieser Wirkung dem Kokain näher;
3. beim Meskalinisierten ist die psychomotorische Hemmung ein stetig wiederkehrendes Merkmal.

Beim Meskalin-Rausch wird im Gegensatz zum Haschisch- und Opium-, vor allem auch zum Kokain-Rausch, die ersehnte Situation nicht erlebt, und triebhafte Wunschrealisierungen fehlen beim Meskalinisierten fast vollständig (besonders auffällig ist die Hemmung des Geschlechtstriebes). Eine befriedigende pathophysiologische Erklärung zum aggressionsfreien psychodelischen Zustand des Meskalin-Berauschten kann nicht gegeben werden.

Laut *Beringer* sollen bei einem Gruppenversuch, bei dem vier Versuchspersonen gleichzeitig meskalinisiert wurden, starke gleichgeschlechtliche Zuneigungen aufgetreten sein. Das ist insofern interessant, als es die einzige Aussage über einen Gruppenversuch darstellt und hierbei sehr von den sonstigen Erfahrungen mit isolierten Einzelpersonen abweicht, die eben diese Isolierung nicht nur duldeten, sondern im Rauschzustand in ihrem Alleinsein nicht gestört sein wollten.

5) Für die psychiatrische Forschung stellt sich die Frage: Ist der Meskalin-Rausch eine „künstlich gesetzte Geistesstörung“ (*Guttman*, 1936) oder spezieller eine „experimentell erzeugte Schizophrenie“ (*Morselli*, 1936)? Und läßt sich damit endlich die lang gepflegte Hoffnung der Schulpsychiatrie erfüllen, der Noxe und dem anatomischen Substrat der „Schizophrenie“ entscheidend auf die Spur gekommen zu sein?

Beringer drückt sich vorsichtig aus, wenn er feststellt, die Meskalin-Erlebnisse ähnelten solchen im Beginn von Psychosen, insbesondere der Schizophrenie. Er führt hierzu ein schizophrenes Primärerlebnis im Sinne eines Unheimlichkeitserlebnisses an: „Sonderbar, der Mann ging nicht, sondern schwebte die Treppe hinauf. Ebenso eine zweite Gestalt. Unten im Gang der Poliklinik schien alles so sonderbar verändert, der Gang schien so lang, die Wände waren schief, es standen so viele Bänke da, an denen die Messingnägeln so auffällig blitzten in dem sonstigen Dämmerlich. Dann fehlte eine Tür in der Poliklinik, denn rechts an der zweiten Tür stand gleich: Bildersammlung. Es war alles so geheimnisvoll. Ich ging wieder hinauf.“

Pöldinger (1967) will die experimentellen Psychosen nicht mit den „echten Psychosen“ vergleichen, sondern sie den „exogenen Reaktionstypen“ nach *Bonhoeffer* zuordnen (immer dann auftretend, wenn exogene Noxen das Gehirn alterieren). *Zucker* versteht die Erlebnisweisen während einer Meskalin-Vergiftung einerseits und bei einer schizophrenen Halluzination andererseits nicht als gleichartig.

Auch die bereits erwähnten biochemischen Hypothesen eines unmittelbaren Zusammenhanges der Meskalin-Intoxikation mit der Schizophrenie über die halluzinogenen Abbauprodukte der Katecholamine bzw. des ähnlich strukturierten Meskalins konnten bislang experimentell nicht gestützt werden.

Es bleibt also festzuhalten, daß der Versuch, die Symptomatologie des Meskalin-Rausches für die Bestätigung der toxischen Genese der Schizophrenie anzuführen (*de Jong*, 1923) fehlschlagen muß.

6) In jüngerer Zeit werden die Halluzinogene als Adjuvantien zur Unterstützung psychotherapeutischer Bemühungen anerkannt (siehe u. a. *Alexander* u. *Selesnick*, 1966; *Pöldinger*, 1967; *Guttman* u. *Maclay*, 1936; *Frederking*, 1954)*.

Beringer und *Bensheim* sehen sich aber in der Hoffnung getäuscht, während des Meskalin-Rausches der Dynamik des Unbewußten ansichtig zu werden und haben ebensowenig typische Symbolik im *Freudschen* Sinne, wie etwa typisches Verdrängungsmaterial, entdecken können. Allerdings spricht *Bensheim* davon, beim Abklingen des Rausches Einblicke in die Charakterstruktur gewonnen zu haben, so daß er den Meskalin-Rausch als ein Mittel zur „Charakterenthüllung“ ansieht (s. o.).

Nach *Beringer* erfüllt Meskalin nicht die Rolle eines Persönlichkeitstests, da weder eine „Prognose der Meskalin-Psychose bei Kenntnis des Rauschträgers, noch eine Diagnose der Persönlichkeit aus der individuellen Rauschform heraus“ gelinge.

Fernberger (1923) sah bei seinen Versuchen die Möglichkeit der willkürlichen Beeinflussbarkeit der Visionen, während *Marshall* (1937) die Meskalin-Erscheinungen als einer willkürlichen Kontrolle nicht unterzogen beschreibt.

Im Vergleich zu *Beringer* und *Bensheim* entwirft *Frederking* (1954) eine therapeutisch optimistischere und damit aktive Konzeption vom Meskalin-Rauschzustand aus psychotherapeutischer Sicht (s. o.). Er begreift den Rausch durchaus als traumartiges und deshalb als analysierbares Geschehen, wobei er vor allem auf die Parallele des bildlichen Erlebens im Traum und Meskalin-Rausch hinweist.

Frederking sah — anders als z. B. *Bensheim* — in der Anwendung des Meskalin-Rausches als Ergänzung der Psychotherapie nicht nur eine Zeitersparnis, sondern auch eine qualitative Erweiterung der Therapiemöglichkeiten und wies damit neue Wege.

* Nach *Baroni* (1931) ist das Meskalin in kleineren Dosen (0,1—0,2 g Meskalinsulfat) ein „Geständnismittel“; die Meskalineuphorie schaffe einen hemmungslosen, mitteilungsdurstigen Zustand, wobei sich zum Teil noch eine vorübergehende Persönlichkeitsspaltung einstelle und der Meskalinisierte von sich als einer dritten Person spreche. (*Baroni*, 1931, in „Psychoanalytische Praxis“ Nr. 3)

Wir meinen, daß die Anwendung von Meskalin eine große Bedeutung in der Therapie verhärteter zwangsneurotischer Charakterstrukturen gewinnen kann.

Results of the Early Mescaline-Research

Günter Ammon und Jürgen Götte

Containing the results of the early peyote-research this paper deals especially with the *Beringer*-study "Der Meskalinrausch" (1927). The aim of this study is, to give a clinical view of the psychopathological phenomena which appears during mescaline-intoxication: the first one is a changing in perception, especially

- a. the visual sense,
- b. the common sense,
- c. the auditory sense,
- d. the taste,
- e. the sense of smell.

The second is the delusion, i. e. illusions, the pseudohallucinations, and the hallucinations.

The third effect in intoxication is the changed sensitivity in doing and being: depersonalization.

The fourth is the abnormality of emotional states, especially

- a. a temporary euphoric state,
 - b. a temporary equanimity,
 - c. ecstasy is possible
- ecstasy is possible.

Finally *Beringer* makes a parallel between the experiences in mescaline-intoxication and those at the beginning of the psychoses, especially schizophrenia.

The quantity of the drug has a great influence in forming the specific phenomena during the intoxication. Nevertheless the individual reaction to the poison is very important: "constellative non-psychical moment".

The paper is quoting two self-reports, that of *Serkeo* (1913), and one experience of the *Beringer*-study (1927).

It must be noted that the expectations from the peyote-experiences, as they are nowadays, were lacking in the past.

The phenomena produced by mescaline are not to be compared entirely with those of patients with a schizophrenic reaction. The symptomatic of the mescaline-intoxication cannot be used to confirm the idea of virulent genesis of the schizophrenia.

During the states of intoxication *Beringer* (1927) and *Bensheim* (1929) have not observed typical symbolic thinking in psychoanalytical sense. *Frederking*, however, had a more optimistic view, when he compared in 1954 the phenomena of mescaline-intoxication with those in dreams. Therefore all these phenomena produced by mescaline can be analyzed.

We mean, that mescaline will have a great importance in the therapy of compulsory neuroses.

Literatur

- Adler, A., Pözl, O.* (1936): Über eine eigenartige Reaktion auf Meskalin bei einer Kranken mit doppelseitigen Herden in der Sehsphäre, in: *Jb. Psychiatry* 53, p. 13
- Alexander, F., Selesnick, S.* (1966): *The History of Psychiatry* (New York: Harper)
- Ammon, G., Patterson, P.* (1971): Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg. 1. Sonderheft
- Bensheim, H.* (1929): Typenunterschiede bei Meskalin-Versuchen, in: *Zeitschr. f. Neurologie*, Bd. 121, p. 531—543
- Beringer, K.* (1927): *Der Meskalinrausch* (Berlin: Springer 1969)
- Bresler* (1905): Anhalonium Lewinii, in: *Psych.-neurolog. Wochenschr.* Jhg. 7
- Deschamps, A.* (1932): Ether, cocaine, hachich, peyotl et démence précoce. Essai d'exporation pharmacodynamique de psychogene des déments précoces, in: *Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 64, p. 523—533
- Dragendorff, G.* (1898): *Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten. Ihre Anwendung, wesentliche Bestandtheile und Geschichte* (Stuttgart: Enke)
- Ellis, H.* (1897): Mescal, a new artificial paradise, in: *Ann. report of the Smithsonian Inst.*
- Fernberger, S.* (1923): Observation on taking Peyote (Anhalonium Lewinii), in: *Am. J. of Psych.*, Vol. 34
- Frederking, W.* (1954): Meskalin in der Psychotherapie, in: *Med. Monatsspiegel*, 3. Jhg., p. 5—7
- Guttman, E.* (1914): Halluzinationen und andere Folgeerscheinungen nach experimenteller Vergiftung mit Anhalonium Lewinii (Meskal), in: *Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Bd. 24
- (1936): Artificial psychoses produced by mescaline, in: *J. ment. Sci.* 82, p. 203—221
- , *Maclay, W. S.* (1936): Mescaline and depersonalization. Therapeutic experiments, in: *Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 81, p. 299
- Heffter* (1898): Über Pellote, in: *Arch. f. exp. Path. u. Pharmacol.*, Bd. 40
- Hoffer, A. et al.* (1954): Schizophrenia, a new approach, in: *J. ment. Sci.* 100, p. 29
- Jaensch, W.* (1920): Pharmakologische Versuche über die Beziehungen optischer Konstitutionsstigmata zu den Halluzinationen, in: *Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 23
- Jantz, H.* (1941): Veränderungen des Stoffwechsels im Meskalinrausch beim Menschen und im Tierversuch, in: *Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 81, p. 299

- Jochimoglu, G., Keeser, E.* (1924): Kakteenalkaloide, in: Hdb. d. esp. Pharm., Bd. II, 2
- de Jong, H.* (1923): Die Meskalinkatatonie, in: Zeitschr. f. Neur. u. Psych. 139, p. 469
- Kant, F.* (1929): Rausch- und Suchtgifte mit Ausnahme des Alkohols, in: Fortschr. d. Neur. u. Psych., 1. Jhg., p. 151—158
- Kellen, T.* (1927): Ein wunderbarer Kaktus, in: Kosmos XXIV, 11, p. 404—406
- Knauer, Maloney* (1911): A preliminary note on the psychic action of mescaline, with special reference to the mechanism of visual hallucination, in: J. of. nev. a. ment. dis., vol. 40
- Kraepelin, E.* (1892): Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel (Jena)
- Lewin, L.* (1888): Über Anhalonium Lewinii, in: Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol., Bd. 24
- Marschall, C. R.* (1937): An inquiry into the causes of mescal visions, in: J. of Neur. 17, p. 289—304
- Mayer-Gross, Stein* (1925): Über einige Abänderungen der Sinnestätigkeit im Meskalinrausch, in: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 101
- Merck's E. Annual*; XXX. Jhg.
- Mitchel, S. W.* (1896): The effects of Anhalonium Lewinii (the mescal button), in: Brit. med. jour. 11, p. 1625
- Morselli, G. E.* (1936): Contribution à la Psychopathologie des l'intoxication par la mescaline. Le problème d'un Schizophrénie expérimentale, in: J. de Psychol. 33, p. 368—392
- v. Pap, Z.* (1936): Einwirkung des Meskalin-Rausches auf die posthypnotischen Sinnestäuschungen, in: S. Neur. 155, p. 655
- Pöldinger, W.* (1967): Kompendium der Psychopharmakotherapie (Grenzach: Deutsche Hoffmann-La Roche)
- Prentiss, D. W., Morgan* (1895): Anhalonium Lewinii (Mescal buttons): A study of the drug with especial reference to its physiological action upon man with report of experiments, in: Therap. Gazette 19, p. 577
- Serko, A.* (1913): Im Meskalinrausch, in: Jb. Psychiat. 34, p. 355
- Spaeth* (1918): Anhalin und Meskalin, in: Monatsh. d. Chemie, Bd. 40

Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen*

Günter Ammon und Paul G. R. Patterson

Die Autoren berichten von einer gemeinsamen Erfahrung mit Peyote, während einer Zeremonie der „Native American Church“, zu der sie als Mitglieder der Menninger Foundation eingeladen waren. Umgebung und Phasen der Zeremonie werden kurz beschrieben. Die gruppenspezifische Seite wird charakterisiert durch das Gefühl der Einheit bei den Teilnehmern. Besonders Reden und Gebete drücken den „Gruppengeist“ aus. Den beiden Autoren wurde die gleiche Dosis von Peyote verabreicht. Die persönliche Lebensgeschichte und Erfahrung beider Autoren waren aufgrund des Unterschieds im Alter, Interesse und in der Ausbildung andersartig. Vor der Zeremonie zeigte der Senior-Autor (A) mehr Bereitschaft und Interesse für die Peyote-Erfahrung, während der Junior-Autor (P) skeptisch und ängstlich war. Daher wurden ihre Erlebnisse der Zeremonie grundverschieden. A. beschreibt sein Peyote-Erlebnis als eine Verbindung von traum-ähnlichem Zustand mit einer glücklichen, einsichtsfähigen Stimmung. Er stellt auch eine Erweiterung der Wahrnehmung fest, die er als Indikator für Ich-Potentialitäten bewertet. P. dagegen verlor die Ich-Kontrolle und erlebte eine Spaltung zwischen Körper und Bewußtsein. Während der erste in der Lage war, seine ganze Ich-Kraft einzusetzen, trat der zweite mit ängstlicher Gespanntheit in die Zeremonie ein. Einerseits konnte er sich nicht auf die Gruppe verlassen, da ihn seine artifizielle Als-ob-Identität als Indianer keine Basis gab, andererseits aber konnte er kein Vertrauen in die integrative Kraft seiner wissenschaftlichen Objektivität setzen. Bewußtseinerweiternde Wirkung der Drogen ist also weniger auf die Erfahrungsinhalte, als vielmehr auf die Flexibilität im Umgang mit diesen Erfahrungen zurückzuführen.

Die Autoren nennen fünf Faktoren, die das Erleben von halluzinogenen Drogen beeinflussen: die physikalische Umgebung, die Gruppendynamik der Situation, die Dosierung der Drogen, die persönliche Lebensgeschichte und die persönliche Einstellung vor der Situation. Die beiden letzten Faktoren bestimmten die Verschiedenheit ihrer jeweiligen Erfahrung, da die ersten drei Faktoren bei den beiden gleich waren. Bei der Anwendung von Drogen in der Psychotherapie und Psychiatrie empfehlen die Autoren die Berücksichtigung der fünf genannten Faktoren. Außerdem können die Ergebnisse dieser Erfahrung zum Verständnis des menschlichen Bewußtseins, seiner Grenzen und Möglichkeiten beitragen. M. S.

Aus dem Geleise gewöhnlicher Wahrnehmung geworfen zu werden, während einiger zeitloser Stunden die äußere und die innere Welt nicht so zu sehen bekommen, wie sie einem vom Trieb zum Überleben besessenen Tier oder einem von Wörtern und Begriffen besessenen Menschen erscheinen, sondern wie sie, unmittelbar und unbedingt, vom Geist als Ganzem aufgefaßt werden können, — das ist ein Erlebnis von unschätzbarem Wert für jeden Menschen, und besonders für den Intellektuellen.

A. Huxley, Die Pforten der Wahrnehmung (1954).

I. Mit seiner Entdeckung der Dynamik des Unbewußten hat *Freud* der Wissenschaft einen Schlüssel zu den Geheimnissen der menschlichen Psyche gegeben und ihr den Zugang zum inneren Universum des Menschen eröffnet.

* Eine erste Fassung dieser Arbeit wurde Ende Juli 1965 von Ammon im Rahmen des Colloquiums von Karl Menninger (Menninger Foundation) und auf einer Staff-Conference des VA Hospitals Topeka vorgetragen und zur Diskussion gestellt.

Auf der Basis dieser grundlegenden Entdeckung hat die psychoanalytische Ich-Psychologie begonnen, uns einen Einblick in die funktionellen Aspekte der psychischen Instanzen und Prozesse und in ihre Pathologie zu verschaffen. Die Forschung in diesen Bereichen befindet sich nach wie vor in ihren Anfängen, und in den letzten Jahren ist vielfach nach neuen und anderen Ansätzen zur methodischen Erhellung der Struktur und Dynamik psychischer Vorgänge gesucht worden.

Freud selbst war der Meinung, daß die psychologische Forschung in die Bereiche der Biologie und der Physiologie vorangetrieben werden müsse. Es ist daher nicht so abwegig, wenn eine Reihe von Forschern in ihrer Suche nach einem Schlüssel zum Verständnis der psychischen Prozesse sich den halluzinogenen Drogen wie Meskalin, LSD und Psilocybin zugewandt haben.

Diese Drogen haben sicherlich, wie *Aldous Huxley* (1954) ausführte, das Vermögen, den Bereich der menschlichen Wahrnehmung und Erfahrung über die kulturell verengten Erwartungshorizonte hinaus zu erweitern. Sie eröffnen jedoch auch noch andere Möglichkeiten. Gibt es zum Beispiel — wie *Gardner Murphy* (1958) vorschlägt — ungenutzte menschliche Potentialitäten, welche unter dem Einfluß dieser Drogen freigesetzt und dadurch der Beobachtung zugänglich werden? Können nicht die erweiterte Ich-Erfahrung und die enthüllenden traumähnlichen Bilder, welche etwa der Peyote-Rausch hervorruft, zu Einsichten führen, die auf andere Weise nicht oder zumindest nicht so leicht zu erlangen sind?

Eine Antwort auf diese und andere damit verknüpfte Fragen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Die Autoren hoffen jedoch, daß ihr Bericht wenigstens die Beschäftigung mit diesen Fragen stimulieren wird.

Die Hauptwirkungen der genannten halluzinogenen Drogen sind relativ konstant. So bemerkt zum Beispiel *Mumey* (1951) über die Wirkung von Peyote, daß „die Farbvisionen, die während der Intoxikation erscheinen, durch das Alkaloid Meskalin hervorgerufen werden. Die Intoxikation bewirkt eine Bewußtseinsveränderung, bringt Visionen der Schönheit von Farbe und Form hervor, oft gefolgt von der Erscheinung verschiedener grotesker Figuren. Die Pupillen werden erweitert, der Puls verlangsamt sich, die Herzstätigkeit ist geschwächt. Das Zeitgefühl geht verloren, partielle Anästhesie und Muskelrelaxation treten auf, verbunden mit dem Gefühl, in einer anderen Welt zu sein. Die Aufmerksamkeit ist verringert, aber die intellektuelle Urteilsfähigkeit bleibt unbeeinträchtigt“.*

* Zur Entwicklung der Meskalin-Forschung vgl. auch Ammon u. Götte, Ergebnisse früher Meskalin-Forschung, vorl. Heft.

Trotz dieser Ähnlichkeit in den Grundzügen der Drogenerfahrung gibt es jedoch deutliche, individuelle Unterschiede in den Rauscherlebnissen, wie sie in der Literatur berichtet werden, selbst bei denen, welche die gleiche Droge benutzen. Bei diesen Unterschieden muß die Forschung einsetzen, und hier liegt ihre therapeutische Bedeutung. Es ist daher die Absicht der Autoren, einige der Faktoren, welche diese Unterschiede in der Erfahrung beeinflussen, näher zu untersuchen, um eine bessere Kontrolle und Interpretation der individuellen Erfahrungen zu ermöglichen und damit der wissenschaftlichen Erhellung und der therapeutischen Arbeit zu dienen.

Im folgenden soll versucht werden, die Umstände zu analysieren, welche zu den weitgehend verschiedenen Ich-Erfahrungen beitragen, die beide Autoren als Teilnehmer an einer Peyotezeremonie nordamerikanischer Indianer unter dem Einfluß von Peyote machten.

II. Der Hintergrund

Der Gebrauch halluzinogener Drogen, um die Selbstwahrnehmung zu steigern und Meditation zu erzeugen, ist keineswegs neu. Die mexikanischen Indianer haben Peyote seit Jahrhunderten gebraucht.

Durch Vermittlung der im Grenzgebiet lebenden Mescalero-Apachen gelangte die Droge seit etwa 1870 zu den nordamerikanischen Stämmen, unter denen der Peyote-Gebrauch sich dann relativ schnell ausbreitete. Die Indianer verwandten die Droge als Sakrament einer in verschiedenen Ansätzen sich ausbildenden Peyote-Religion. Peyote wurde zum Allheilmittel für körperliche und seelische Gebrechen. Die Droge wurde darüber hinaus zu einer einigenden Kraft, welche die vielfach gestörten Stammeskulturen der Indianer untereinander verband, so daß *Slotkin* (1956) die Peyote-Religion als eine „Verteidigung der Indianer gegen die Folgen der weißen Herrschaft“ beschreiben konnte. Peyote hat daher für die Indianer eine dreifache Bedeutung, eine soziale, eine religiöse und eine persönliche Bedeutung für den einzelnen. Angesichts der bevorstehenden Prohibitionsgesetzgebung organisierten sich die Peyote-Indianer 1918 in der „Native American Church“, zunächst in Oklahoma und später auch in achtzehn weiteren Bundesstaaten und einer der kanadischen Provinzen. 1964 hatte die „Native American Church“ 225.000 Mitglieder. Sie umfaßt viele verschiedene Stämme und ist in der Tat eine panindianische Bewegung.

Im Bewußtsein der historischen Bedeutung, welche der Gebrauch von Peyote für die Indianer hat, waren die Autoren nur zu gern bereit, die Gelegenheit zu ergreifen, die Wirkung einer halluzinogenen Droge in ihrer „natürlichen Umgebung“ zu erfahren.

Diese Gelegenheit bot sich, als Karl *Menninger* und seine Mitarbeiter eingeladen wurden an der 16. Jahreskonferenz der Native American Church teilzunehmen, die vom 25.—27. Juni 1965 in der Potawotomie-Reservation in der Nähe von Mayetta, Kansas, stattfinden sollte.

Am Nachmittag des 26. Juni wurden die Autoren den Indianern in einer Rede von Karl *Menninger* vorgestellt und erhielten die Erlaubnis, in der gleichen Nacht an einer Peyotezeremonie teilzunehmen.*

III. These

In dieser Arbeit sollen die überraschenden Unterschiede in den Drogen-erfahrungen des älteren und des jüngeren Autors beschrieben werden, und es soll versucht werden einige der Faktoren herauszuarbeiten, welche diese Diskrepanz haben entstehen lassen.

Diese Faktoren gliedern sich in fünf Punkte:

1. Die Beschaffenheit der Situation und der Umgebung.
2. Die Dynamik der Gruppe.
3. Art und Dosierung der Droge.
4. Die persönliche Lebensgeschichte der Autoren und die daraus resultierende Persönlichkeitsdynamik.
5. Die aktuelle persönliche Einstellung vor der Teilnahme an der Zeremonie.

Die in den ersten drei Punkten genannten Bedingungen waren für beide Autoren annähernd gleich. Sie werden daher zuerst geschildert.

Die Peyote-Zeremonie selbst ist in der Literatur mehrfach beschrieben worden**, ebenso Erfahrungen mit halluzinogenen Drogen*** und ihre chemische Basis und therapeutische Bedeutung****.

* Die Autoren möchten an dieser Stelle den Herren Emerson Decorah (President of the Native American Church), Walter Wabaunsee (Vice President), Harley Green, William Wahzow-Kouck, Willard Lonetree, Leonhard McKinney und vielen anderen danken, sowohl für die Erlaubnis an der Zeremonie teilzunehmen, als auch für die lebenswürdige Freundlichkeit mit der sie empfangen und über die Native American Church unterrichtet wurden. Sie danken ebenfalls Karl Menninger, sie zu dieser Konferenz eingeladen und bei den Indianern eingeführt zu haben.

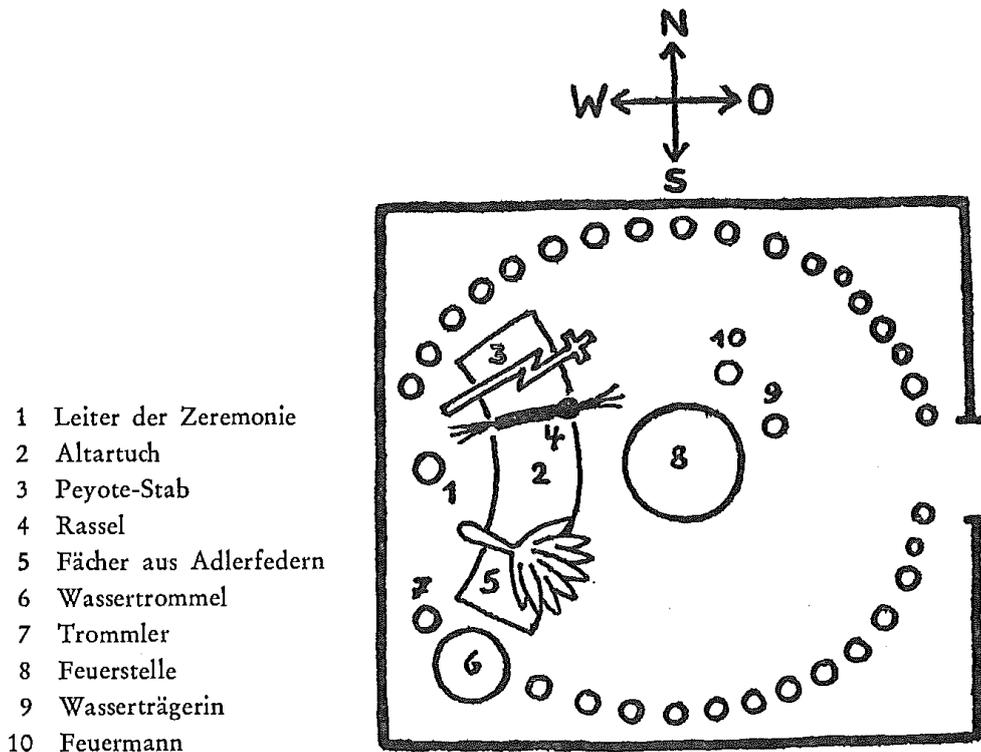
** vgl. u. a. La Barre (1938), Bee (1965), Lanternari (1963), Marriott (1954), Mumey (1951), Slotkin (1956).

*** vgl. u. a. Beringer (1920), Ellis (1897), Huxley (1954), Leary, Metzner u. Alpert (1965), Smith (1956).

**** vgl. u. a. Crotchet, Sandison u. Walk (1963), außerdem Ammon u. Götte, aaO.

IV. Die Situation und die Umgebung

Die Zeremonie fand wegen des unbeständigen Wetters in einer großen, nüchternen Steinhalle statt. Die Teilnehmer saßen rundherum an den Wänden und bildeten einen großen Kreis. Der Führer der Zeremonie saß auf der Westseite gegenüber der offenen Tür an der Ostseite. Vor ihm lag ein Altartuch. Während des Eröffnungsgesanges hielt er einen geschnitzten Stab und eine Rassel in seinen Händen, später benutzte er einen Wedel oder Fächer aus Adlerfedern, ein symbolisches Medium für die Kommunikation zwischen Mensch und Schöpfer (Abb. 4). Der Stab war handgeschnitzt und zeigte am oberen Ende das kosmische Kreuz indianischer Kulte und am Stiel das Symbol des einschlagenden Blitzes, das, wie der Leiter der Zeremonie erklärt hatte, das Aufschlagen verhärteter Herzen durch Peyote versinnbildlicht (siehe auch das Blitzsymbol auf dem Schrein, Abb. 8). Rechts neben ihm saß der Trommler, dessen Instrument aus einem dreibeinigen Eisenkessel bestand, der zu zwei Dritteln mit Wasser gefüllt und mit starker Büffelhaut überspannt war (Abb. 3). Anstelle des üblichen Feuers stand eine große Pfanne mit glühenden Kohlen in der Mitte des Raumes.



Die Versammlung wurde mit einer Reihe von Gebeten eröffnet. Den weiteren Verlauf der Zeremonie bestimmten die vier Hauptgesänge. Zunächst wurde der Eröffnungsgesang gesungen, dann folgte um Mitter-

nacht der Gesang vom Ruf nach dem Mitternachtswasser, der den Höhepunkt der ganzen die Schöpfung selbst darstellenden Zeremonie bildete. Bei Anbruch des Morgens folgte dann das Frauenlied vom Ruf nach Wasser und schließlich die Abschiedsgesänge. Jeder dieser Gesänge, die offensichtlich mit starker Emotion und großem Ernst gesungen wurden, kreiste um die beiden Sakramente Wasser und Peyote und wurde erlebt als eine Kommunikation mit dem Schöpfer.

In der Zeit zwischen den Hauptgesängen wanderten der Zeremonienstab und die Trommel im Uhrzeigersinn von Hand zu Hand. Jeder männliche Teilnehmer sang ein Lied in der Sprache seines Stammes, wenn ihm der Stab gereicht wurde. Es war üblich, daß sein rechter Nachbar ihn dazu auf der Trommel begleitete, wenn nicht der Sänger einen anderen Teilnehmer darum bat.

Nach dem Eröffnungsgesang wurden in formeller Zeremonie die Peyote-Scheiben verteilt. Jeder Teilnehmer bekam vier oder fünf dieser Scheiben in seine ausgestreckten Hände gereicht. Die Peyote-Scheiben, die coupierten und getrockneten Spitzen des Peyote-Kaktus (Abb. 1) hatten die Form und Größe halber Nußschalen, in deren Höhlung kleine Samenkörner eingebettet lagen. In der Mitte der Schale war eine baumwollähnliche Masse, die herausgezupft werden mußte. Die Scheiben wurden dann in den Mund genommen und nach gründlichem Kauen heruntergeschluckt. Sie waren sehr bitter im Geschmack*.

Die teilnehmenden Indianer waren mit einfachen farbigen Hemden und Jeans bekleidet, einige von ihnen trugen Plaketten aus farbiger Perlenstickerei, die Symbole der Peyote-Kultur zeigten (Abb. 2). Jeder hatte eine Art kleinen Schrein bei sich, in dem sich die rituellen Gegenstände für die Zeremonie befanden. Auf dem Schrein waren verschiedene symbolische Darstellungen des Peyote-Kultus dargestellt (Abb. 7 und 8). Bei Anbruch der Morgendämmerung, herbeigerufen durch ein Zeichen, das der Führer mit einem flötenähnlichen Instrument gab, trat eine Frau in indianischer Tracht ein und brachte ein Messinggefäß mit Wasser. Während sie in der Mitte des Raumes niederkniete, sang ein Mann an ihrer Stelle das Frauenlied vom Ruf nach Wasser. Das Wassergefäß wurde im Kreis herumgereicht und jeder nahm einen Schluck daraus. Später wurde gemeinsam ein zeremonielles Essen eingenommen, das aus Mais, gehacktem Fleisch, Kirschen und Zuckerwerk bestand. Es folgte eine Reihe von Ansprachen, darunter Reden, die wir selbst und einige andere Weiße, die an der Zeremonie teilgenommen hatten, an die Gruppe richteten.

* Während zwei anderer Peyote-Zeremonien an denen A. später teilnahm, wurde das Peyote als Teeaufguß in einer Schale gereicht, aus der alle gemeinsam tranken. Die Indianer erzählten bei dieser Gelegenheit, daß Peyote auch zerrieben in der Pfeife geraucht wird.

V. Die Gruppendynamik der Zeremonie

Die Zeremonie dauerte von Sonnenuntergang bis kurz nach Sonnenaufgang. Dabei wurde betont, daß im Unterschied zum weißen Mann, der für seine religiösen Zeremonien artifizielle Zeitspannen einhalte, hier die indianische Zeit, d. h. ein natürliches Zeitmaß verwendet werde.

Die Einheit der Gruppe wurde durch den Kreis der Teilnehmer verkörpert, dies wurde verstärkt durch die kreisförmige Austeilung der Sakramente und des Essens und dadurch, daß das Liedersingen der Reihe des Kreises folgte. Wenn ein Mitglied des Kreises die Gruppe aus irgendeinem Grund verließ und der Stab und die Trommel den leeren Platz erreichten, dann wurde die ganze Zeremonie solange angehalten, bis dieses Mitglied zurückkehrte und seinen Platz wieder einnahm, denn man fühlte, daß die Einheit der Gruppe zerbrechen würde, wenn es nicht selbst diese Gegenstände weiterreichte. Diese starke Betonung der Einheit in der Gruppe gab uns ein Gefühl des Angenommenseins und half sehr, unsere Drogenerfahrung zu erweitern.

Deutlichen Ausdruck findet diese Einheit der Gruppe auch in den gemeinsamen Gebeten, die sie für einzelne Mitglieder spricht. Häufig wird eine besondere Zeremonie abgehalten, um dem Bedürfnis einer einzelnen Person zu entsprechen.

In ihren Ansprachen am Ende der Zeremonie brachten die Indianer mehrmals ihre Gefühle von der indianischen Einheit, der Einheit durch Peyote, Gefühle des Friedens, der Brüderlichkeit und der gegenseitigen Dankbarkeit zum Ausdruck. Dann wurde eine Kollekte für die Kirche gesammelt und außerdem eine besondere Kollekte für einen armen Bruder, der über eine große Entfernung zu dem Treffen gekommen war.

Diese Dynamik der Gruppe, verbunden mit Peyote, war außerordentlich stark, und trotz der nüchternen Umgebung war es beinahe unmöglich, nicht vom Geist dieser Gruppe angezogen und davongetragen zu werden.

VI. Art und Dosierung der Droge

Jeder der Autoren aß im Laufe von zwei Stunden etwa sieben Peyote-Scheiben. Dann stellten sich Widerwillen gegen den Geschmack und Unwohlsein im Magen ein. Die Peyote-Scheiben selbst, die abgeschnittene und getrocknete Spitze des Kaktus „Anhalonium Lewinii“ enthält eine Reihe von Alkaloiden. Neun davon konnten bisher isoliert werden, das wichtigste Alkaloid ist das Meskalin. Nach einer Mitteilung von *Godfrey* (1965) enthalten die üblichen Peyote-Scheiben etwa 50 Milligramm Meskalin. Die Gesamtdosis betrug daher bei beiden Autoren etwa 350 Milligramm Meskalin.

VII. Zusammenfassung der persönlichen Lebensgeschichte

Der ältere Autor wird im folgenden als A. (Abb. 6), der jüngere Autor als P. (Abb. 5), bezeichnet werden.

A. ist praktizierender Psychiater und Psychoanalytiker in der Mitte der Vierziger. Er ist in Deutschland geboren und ausgebildet und lebt seit neun Jahren in den USA. Er hat seit langem ein starkes Interesse für die anthropologische Forschung.

Ausgedehnte Studienreisen zu mexikanischen und guatemaltekischen Indianern, insbesondere eine Feldstudie bei den Lacandon-Mayas (Ammon, 1965) haben seine Erfahrungsfähigkeit unter veränderten kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen geschärft.

P. ist ein Medizinstudent in klinischer Ausbildung. Er ist in der Mitte der Zwanziger und studiert an der Universität von Toronto in Kanada. Er hat experimental-psychologische Erfahrungen. Trotz ausgedehnter Reisen in der nördlichen Hemisphäre hat er bisher keine Begegnung mit gänzlich verschiedenen Kulturen und Lebensstilen gehabt. Als Sommer-Praktikant an den Menninger-Foundation hat er gerade begonnen, erste Erfahrungen in der Psychiatrie zu sammeln. Seine weiteren Lebensentscheidungen sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht im Stadium der Entschlußreife.

VIII. Die aktuelle persönliche Einstellung vor der Teilnahme an der Zeremonie

A.: Ich hatte vor mehr als zehn Jahren ein starkes Interesse an Peyote und Meskalin entwickelt und die in Deutschland damals erhältliche Literatur studiert. In der Zwischenzeit verlor ich dann dieses Interesse und war in den letzten Jahren sehr kritisch gegenüber der Anwendung halluzinogener Drogen in der Einzel- und Gruppentherapie gewesen.

Ich freute mich aber über die Einladung Karl *Menningers*, an der Jahreskonferenz der „Native American Church“ teilzunehmen, weil sie die Gelegenheit bot, verschiedene indianische Stämme kennenzulernen, mit denen ich bis dahin wenig Kontakt gehabt hatte.

Menninger versicherte mir, daß Peyote eine meditative und kontemplative Stimmung hervorrufe, und daß die Berichte über seine Wirkung meist übertrieben seien. Ich hatte daher keine Angst vor der Droge, sondern war entspannt und war mehr mit den kulturellen Eigenarten der Indianer beschäftigt, als mit der Droge.

Vor Beginn der Zeremonie sprach ich ausführlich mit Emerson *Decorah* und Walter *Wabaunsee*, zwei erfahrenen Führern von Peyote-Zeremonien. *Wabaunsee* sagte mir, es gäbe keine Geheimnisse um Peyote, aber

seine Wirkungen seien nur im Zusammenhang der gemeinsamen Zeremonie verständlich. Ein Siouxindianer, mit dem ich sprach, betonte, daß Peyote zwar ein Sakrament sei, daß aber weder die Pflanze selbst noch die natürlichen Elemente angebetet würden, das seien vielmehr Symbole, Medien für eine Kommunikation mit dem Schöpfer.

Gespräche, die ich vorher mit *Godfrey* über seine therapeutische Arbeit mit LSD geführt hatte und Erinnerungen an *Huxley*, der uns in Topeka besucht hatte, begünstigten meine entspannte Stimmung. Mit einem Wort, ich fühlte keine Angst vor den kommenden Ereignissen.

P.: Seit einigen Jahren hatte ich ein intensives Interesse für halluzinogene Drogen und ihre soziale, politische, religiöse und philosophische Bedeutung entwickelt. Ich hatte einige Male von verschiedenen Drogen-erfahrungen gehört und war schließlich zu dem Schluß gekommen, daß ich nur dann die Wirkungen dieser Drogen verstehen könne, wenn ich selbst eine von ihnen erprobte. Ich war daher sehr gern bereit an der Peyote-Zeremonie teilzunehmen.

Als ich in der Potawotomie-Reservation ankam, war ich aufgeregt, verbunden mit einer gewissen wissenschaftlichen Distanz. Tatsächlich merkte ich wenig später, daß ich Angst vor dem Einnehmen der Droge hatte.

Kurz vor meiner Ankunft in Topeka hatte ein Freund mir von zwei Leuten berichtet, denen es gelungen war mit Hilfe von Yoga „Körper und Bewußtsein voneinander zu trennen“. Einem der beiden sei es unter beträchtlichen Schwierigkeiten gelungen, zurückzukehren“, dem anderen aber sei dies nicht gelungen. Sein Körper habe einen Monat lang im Zustand „schwebender Animation“ verharret, dann sei er gestorben. Außerdem hatte ich sehr beunruhigende Berichte über Ich-Rupturen und schizophrene Zusammenbrüche gehört, die unter dem Einfluß halluzinogener Drogen, insbesondere von LSD aufgetreten seien. Mit einem Wort, ich spürte eine beträchtliche Beklemmung.

Als ich dann *Ammon* und *Godfrey* traf, meinten beide, daß es wichtiger sei, das Intellektualisieren zu lassen, und daß ich mich bemühen solle, ein Gefühl für die Situation zu entwickeln. Vor allem wurde betont, daß ich versuchen solle, mich selbst in die Situation eines Indianers hineinzuversetzen und daß ich mich meinen subjektiven Empfindungen überlassen solle, um gute visuelle Halluzinationen zu erleben und eine wirkliche Drogen-erfahrung zu haben. Auf keinen Fall aber dürfe ich versuchen, eine wissenschaftlich distanzierte Haltung zu bewahren.

Um möglichst viel von der Atmosphäre in mich aufzunehmen, ging ich daraufhin zu einem Holzfeuer, das etwas entfernt unter einem wigwam-ähnlichen Zeltdach vor sich hin brannte. Ich starrte lange in die Flam-

men und hatte bald keine Schwierigkeit mehr bei der Vorstellung, seit vielen Jahren in einem Indianerlager zu sein. Als wir aufgefordert wurden, die Halle zu betreten und mit der Zeremonie zu beginnen, hatte ich jeden Anspruch, eine distanzierte wissenschaftliche Persönlichkeit zu sein, aufgegeben und war bereit, mich der Atmosphäre der Zeremonie rückhaltlos hinzugeben.

IX. Die Beschreibung der Drogenerfahrung

A.: Zunächst fühlte ich ein intensives körperliches Unbehagen, denn ich hatte nur eine sehr dünne Decke, um darauf zu sitzen. Ich dachte daran, daß ich die ganze Nacht in dieser Haltung würde verbringen müssen. Die ersten zwei Stunden vergingen sehr langsam. Während dieser Zeit aß ich fünf Peyote-Scheiben. Dann verschwand das Gefühl der Unbequemlichkeit und ich verlor mein Zeitgefühl.

Ich aß dann noch zwei Peyote-Scheiben und wurde gleich darauf von Brechreiz und Magenschmerzen überfallen. Ich hatte das Gefühl, als ob die Trommel auf meinen Magen schlug und das Blut durch mein Herz pumpte. Dann nahm die Musik vor meinen Augen materielle Gestalt an. Ich hatte die Vision eines länglichen Rechtecks, das sich in eine graphische Konstruktion verwandelte. Die Linien bewegten sich in einander überschneidenden Kurven und griffen in den Raum hinein, so daß sich ein dreidimensionaler Effekt ergab. Schließlich entwickelte sich daraus ein langer Tunnel, und ich hatte das Gefühl, mitten darin und von allen Seiten her eingeschlossen zu sein. Diese Empfindung provozierte zunächst ein leichtes Angstgefühl, das aber verschwand, als ich mir sagte, daß diese Angst unbegründet sei. Ich war nun in einer Art Halb-Traum, maß aber der Tatsache, daß ich unter Peyote-Einfluß stand, merkwürdigerweise keine besondere Bedeutung bei.

Dann erschienen andere visuelle Halluzinationen. Sexuelle Bilder von graphischem Charakter erschienen vor meinen Augen und trieben langsam in den Raum davon. Ich erlebte ein durchdringendes und anhaltendes Gefühl der Güte, begleitet von einer friedlichen und heiteren Grundstimmung. Mir erschien das lächelnde Gesicht eines Mannes, der mir sehr nahe gestanden hatte. Es war mein zweiter Lehranalytiker. Sein Gesicht bettete sich allmählich in einen Felsen ein, worin mein Gefühl der Güte sich zu materialisieren schien. Dann erschien aus dem Raum die postkartengroße Fotografie eines verstorbenen Mannes, der vor vielen Jahren für mich sehr wichtig gewesen war. Das Bild stürzte vor meinen Augen plötzlich abwärts und für einen Moment konnte ich das Gesicht sehen, das mich anblickte. Es war mir jedoch die ganze Zeit bewußt, daß der Mann, den das Foto zeigte — er war mein erster Lehranalytiker — schon lange verstorben war.

Ich fühlte nun einen starken Widerwillen gegen das Einnehmen weiterer Peyote-Scheiben, war aber dennoch in einer reflexiven und meditativen Stimmung. Wesentliche Züge meiner Lebensorganisation wurden mir überraschend deutlich und ich gewann in diesen Augenblicken klare und wichtige Einsichten in mein Verhalten. In diesem glücklichen und nachdenklichen Zustand ruhend, bemerkte ich plötzlich, daß der Gehilfe des Zeremonienführers, der Feuer-Chef, auf P. zuging und ihm sagte, er ginge zu weit. Kurz danach sah ich ihn zur Tür taumeln, unterstützt von einem weißen Methodisten-Missionar, der rechts neben ihm gesessen hatte.

Trotz meines tranceähnlichen Zustandes war es mir möglich, aufzustehen und nach ihm zu sehen. Er wurde von heftigen Magenbeschwerden geschüttelt. Mit Hilfe des Missionars half ich ihm auf und ließ ihn auf und abgehen. Plötzlich kündigte er mit großer Dringlichkeit an, er sei im Begriff, seinen Körper zu verlassen. Im gleichen Augenblick erschlaffte er völlig und brach auf dem nassen Fußboden zusammen. Meine Aufforderung aufzustehen und zu gehen, beantwortete er damit, daß er jede Kontrolle über seinen Körper verloren habe.

Ich wurde sehr besorgt über diesen Verlust der Ich-Grenzen und forderte ihn mit Nachdruck auf, „in seinen Körper zurückzukehren“. Er stand augenblicklich auf und fuhr fort, mit unserer Hilfe auf und ab zu gehen.

Aber nach wenigen Minuten wiederholte sich der Zusammenbruch. Mit eindringlicher Stimme machte ich ihm klar, daß er als Wissenschaftler in der Lage sein müsse, diese interessanten Sensationen zu erfahren, aber dazu doch eine gewisse Distanz einzuhalten. Er erwiderte, daß er das auch wünsche, aber unglücklicherweise seine intellektuellen Kräfte nicht länger kontrollieren könne.

Daraufhin ergriff ich ihn bei seinen Ohren und an der Nase und drehte sie mit solcher Kraft, daß er gezwungen war zu reagieren. Er antwortete zunächst mit langsamen, schleppenden Bewegungen, aber dann lachte er und sagte, daß er das Gefühl habe, zu den eigenen Sinnen zurückzukehren. Sein Puls und seine Atmung waren beträchtlich verlangsamt gewesen, und für einige Minuten nach seiner „Rückkehr“ begann er keuchend zu atmen. Ich sagte ihm, daß er damit aufhören und langsam und tief die kühle Nachtluft einatmen solle. Wir gaben ihm dann etwas Kaffee zu trinken, und ließen ihn sich im Auto ausruhen. Schließlich war er fähig, eine Zigarette zu rauchen.

Kurz danach kam eine kleine Gruppe von Indianern, angeführt vom Gehilfen des Zeremonien-Führers. Sie brachte uns die Botschaft, daß unsere Rückkehr in die Halle erwartet wurde und daß einige besondere Gebete und Segenssprüche für P. gesprochen werden sollten.

Nachdem wir alle unsere Plätze in der Zeremonie wieder eingenommen hatten, begann P., sich über bedrohliche Angstgefühle zu beklagen und sagte immer wieder, daß er „seinen Körper verlassen müsse“. Ich versuchte ihm eindrücklich klar zu machen, daß seine Angst unbegründet und irrational sei und forderte ihn wiederholt auf, er solle seine Erfahrungen distanziert erleben. Als P. schließlich sich weniger unwohl zu fühlen schien, glaubte ich, mich meinen eigenen Erlebnissen wieder zuwenden zu dürfen.

Ich hatte zu dieser Zeit das Gefühl, daß die Gesänge und die Musik von allen Seiten auf mich einströmten und sah alle Indianer in ihren farbigen Stammestrachten auf einer weiten Prärie. Ich sagte mir selbst, daß dies unreal sei und beschloß, meine Augen zu öffnen, um mich zu vergewissern, daß die Indianer in Wahrheit recht dürftig gekleidet waren und wir uns nicht in der Prärie, sondern in einer sehr prosaischen und nüchternen Halle befanden. Der Anblick ihres tatsächlich bescheidenen Aussehens aber beeinträchtigte meine Peyote-Visionen nicht im geringsten.

Als der Zeremonien-Führer bei Anbruch des Morgens fragte, ob jemand etwas zu sagen wünsche, hob ich meinen Arm, wurde aber ignoriert. Erst nachdem einige Indianerführer Ansprachen gehalten hatten — die sich zum Teil auch auf P. und mich bezogen —, erhielt ich die Erlaubnis, zu sprechen. Ich trat in die Mitte des Kreises und brachte in einer Rede die Dankbarkeit und die Freundschaft zum Ausdruck, die ich für die Indianer empfand.

Ich war dabei getragen von starken und spontanen Gefühlen des Friedens, der Demut und der Freundschaft und ich spürte, daß jede Feindseligkeit oder Anmaßung zu dieser Zeit mich sehr geschmerzt hätte. Aus diesem Gefühl heraus äußerte ich meine Empfindung, daß sie alle aufrichtig und aus vollem Herzen gesprochen hätten.

Wir teilten dann miteinander die abschließende Peyote-Mahlzeit und verließen die Halle durch die große Tür in der Ostwand.

Draußen sprach ich mit einigen der Indianerführer. Sie waren alle in einer sehr friedlichen und freundschaftlichen Stimmung und sprachen mit großer Aufrichtigkeit von ihren Gefühlen der Liebe und Brüderlichkeit untereinander. Mit Emerson *Decorah*, dem Führer der Zeremonie setzte ich mich unter einen Baum. Er begann spontan, mir die Symbolik der Zeremonie zu erklären und erzählte mir von einer Lungenentzündung, die ihn vor vielen Jahren befallen hatte, gerade zu einer Zeit, als er einige Todesfälle in seiner Familie beklagte. Peyote hatte ihn geheilt und seinem Leben einen Sinn gegeben. Gott habe ihn aufgefordert, die Native Church zu leiten. Er wisse, sagte er, daß er in diesem Augenblick „die Wahrheit sage“, denn er stünde noch immer im Licht der Peyote.

Ich selbst war in der gleichen Stimmung wie die Indianer. Es war das Gefühl, der Natur sehr nahe zu sein, ein Gefühl der Freude über Bäume und Pflanzen. Die Indianer baten uns eindringlich, mit ihnen ein Frühstück einzunehmen, daß nach den Gesetzen der Peyote zubereitet worden war. Das Essen wurde von den Indianern mit Gebeten in ihren Stammessprachen eröffnet und erwies sich als eine vorzügliche und schmackhafte Mahlzeit mit vielen verschiedenen Speisen.

Erst am frühen Nachmittag brachen wir auf. Die Indianer betonten noch einmal, daß wir nicht schlafen gehen, sondern lieber den restlichen Tag „im Licht des Peyote“ verbringen sollten. Ich erinnere mich, daß ich mich während der Autofahrt zurück nach Topeka fragte, wie ich die 25 Meilen bewältigen sollte.

Zu Hause angekommen, setzte ich mich für zwei Stunden in meinen Garten und überließ mich der Meditation. Dann fiel ich für drei Stunden in einen tiefen Schlaf. Ich hatte erwartet, besonders lebhafte Träume zu haben. Das geschah jedoch nicht.

Ich erwachte mit dem starken Wunsch, eine schriftliche Arbeit fertigzustellen, die mich zu dieser Zeit beschäftigte. Ich beendete die Arbeit, für deren Fertigstellung ich normalerweise wenigstens zwei Tage benötigt hätte, in weniger als drei Stunden und fühlte dabei einen außerordentlichen Zuwachs an Konzentrationsfähigkeit und schöpferischer Phantasie. Einige Tage später überprüfte ich das Geschriebene und fand es ausgezeichnet. Die relevante Fachliteratur war gut verarbeitet und ich hatte meine eigene Position zu meiner vollen Zufriedenheit darstellen können.

Einige Wochen später nahm ich an einer anderen Peyote-Zeremonie teil. Es ist bemerkenswert, daß ich dabei, trotz einer sehr viel stimulierenden Umgebung — die Zeremonie wurde bei offenem Feuer in einem indianischen Zelt abgehalten — keine Halluzinationen erlebte, sondern mich im Gegenteil einige Male heftig übergeben mußte.

P.: Als ich in die Zeremonien-Halle ging, war ich sehr damit beschäftigt, die Indianer von meiner Aufrichtigkeit zu überzeugen. Ich setzte mich auf den harten Fußboden und senkte den Kopf so devot, wie ich konnte. Jedesmal wenn ich mich dabei ertappte, daß ich die Umgebung objektiv beobachtete, riß ich mich zusammen und erinnerte mich daran, so subjektiv wie möglich erleben und „eintreten“ zu wollen. Ich nahm die Peyote wie eine Kommunionsoblate entgegen und steckte es vorsichtig in den Mund, nachdem ich erfahren hatte, wie man damit umzugehen habe. Ich kaute unendlich lange und brauchte länger als eine Stunde um fünf Peyote-Scheiben zu essen. Dann wurde mir so unwohl, daß ich aufhören mußte.

Die Zeit verging zu Anfang sehr langsam. Der harte Fußboden begann mich zu schmerzen, und ich fragte mich dauernd, wie in aller Welt ich es eine ganze Nacht lang in dieser Lage aushalten sollte. Ich fand dann aber, daß ich bei geschlossenen Augen eine sehr abwechslungsreiche Folge von Lichtern und Mustern sehen konnte, die mich von den körperlichen Unbequemlichkeiten ablenkten. Diese Erscheinungen nahmen die Form roter, gelber, blauer oder grüner Neonlichter vor einem schwarzen samteneen Vorhang an. Sie schienen auf einer Nachtclubbühne aufzuleuchten.

Aus irgendeinem Grunde hatte ich nicht die Vorstellung, daß diese visuellen Phänomene mit dem Peyote zusammenhingen. Ich war im Gegenteil verzweifelt bemüht, endlich „hineinzukommen“ und nahm deshalb, als mehr Peyote angeboten wurde, noch einmal zwei Scheiben. Dann, als ich mich im Raum umsah, den ich noch immer sehr realistisch wahrnahm, obwohl er mir nun farbiger und stimmungsvoller erschien, bemerkte ich, daß die Indianer den Takt der Trommel mit rhythmischen Armbewegungen begleiteten. Um nicht ausgeschlossen zu sein, begann ich meinen ganzen Körper im Rhythmus der Musik zu schütteln. Dies geschah eine Weile noch auf einer bewußten Ebene, dann aber stellte ich fest, daß ich nicht mehr aufhören konnte. Außerdem bekam ich jetzt unkontrollierbare Lachanfänge. Ich versuchte verzweifelt, mich zu beherrschen, denn ich fand, daß dies ein sehr unpassendes Verhalten sei. Ich war aber außerstande, das zu tun.

In diesem Zustand verbrachte ich zweieinhalb Stunden, die mir wie fünf Minuten erschienen. Dann fühlte ich, wie ich geschüttelt wurde. Ich blickte auf und sah einen Indianer vor mir. Er sah sehr besorgt aus und schlug mir vor, für eine Weile nach draußen zu gehen. Das verwirrte und ärgerte mich und ich versuchte ihm klar zu machen, daß mit mir alles in Ordnung sei, aber ich war unfähig, artikuliert zu sprechen. Bis dahin hatte ich keinen Brechreiz verspürt, aber jetzt überflutete mich ein plötzliches Gefühl der Übelkeit, das mich einhüllte wie ein Londoner Nebel. Ich versuchte aufzustehen, hatte aber keinen Erfolg. Ich fragte einen neben mir sitzenden Methodistenpfarrer (E. C. *Brown* aus New York), ob er mir helfen könne, und zusammen stolperten wir zur Tür. Danach erinnere ich mich an nichts mehr.

Die nächste Erinnerung ist, daß A. und *Brown* mich zu beiden Seiten stützten. Sie versuchten, mich zum Gehen zu bewegen. Ich entnahm ihren Worten, daß ich gerade sehr krank gewesen war. A. schien besonders darüber besorgt zu sein, daß ich „meinen Körper verlassen“ wolle. Ich wußte nicht, was er meinte, bis ich plötzlich aus großer Höhe auf meinen zusammengeschrumpften Körper zu blicken glaubte. Es war eine faszinierende und aufregende Erfahrung. Angst war damit nicht verbunden, sondern im Gegenteil ein eher angenehmes Gefühl.

Ich erinnere mich jedoch, daß ich allmählich sehr wütend auf mich wurde, weil ich nicht die nötige Kontrolle über meinen Körper hatte, und ich fühlte, daß A. mich deshalb verspottete. Diese Wut, verbunden mit A.'s Ermahnungen und der kühlen Nachtluft halfen mir, allmählich die Selbstkontrolle wiederzugewinnen und zu gehen, und schrittweise begann ich meine Umgebung wahrzunehmen. Ich war nun geistesgegenwärtig genug, zwei Schokoladenriegel hervorzuholen und fortzuwerfen, die in meiner Jackentasche zu schmelzen begonnen hatten. Mein Sehvermögen klärte sich auf, und ich fühlte mich sehr viel besser.

Als dann jedoch die Indianer kamen, um mich in die Zeremonie zurück-zuholen, folgte ich ihnen nur widerstrebend. Ich hatte eine unerklärliche Angst vor den Trommeln und davor, was sie mit mir tun würden.

Und richtig, sobald ich wieder in der Halle saß, hatte ich das Gefühl, als ob die Trommeln und die Musik mich auseinanderreißen würden. Eine mächtige Hand schien mich aufwärts zu ziehen. Ich erhob mich schwebend, zunächst für etwa 10 cm und begann dann, dem Zug zu widerstehen.

Dann redete ich mir zu, mich zu entspannen und das Gefühl zu genießen. Plötzlich schwang ich mich empor wie ein Adler. Ich stieg höher und höher und sah hinunter auf meinen Körper und die übrigen Leute im Raum, die allmählich immer kleiner wurden.

Aus der Ferne hörte ich, daß A. mir befahl, in meinen Körper zurück-zukehren. Der dringliche Ton seiner Stimme, verbunden mit meiner Unfähigkeit seinem Wunsch zu entsprechen, erhöhten die unbestimmte Angst, die ich jetzt fühlte. Mir fiel nun ein, was ich über die Person gehört hatte, die Körper und Bewußtsein getrennt hatte und anschließend nicht mehr in der Lage gewesen war, sich zu reintegrieren, und panische Angst ergriff mich.

Glücklicherweise ebte in diesem Augenblick die Musik ab, und ich floß zurück in eine schwebende Position kurz über dem Fußboden. Ein Teil meiner wissenschaftlichen Objektivität kehrte zurück. Ich fühlte nach meinem Puls und kniff mich, um mein Schmerzempfinden zu testen. Ich spürte keinerlei Empfindung.

Dann brach die Musik ab, und ich stürzte die letzten zehn Zentimeter hinunter in meinen Körper.

Ich spürte eine unerträgliche Spannung in der Muskulatur, insbesondere in den Beinen, aber ich begrüßte dies als ein Zeichen, daß ich wieder in meinem Körper war. Ich starrte auf meine Hände, die vielfarbig aussahen, um mich ihrer Realität zu versichern. Dann drehte ich mich um und starrte auf die Steinmauer in meinem Rücken und war dankbar für ihre rohe und realistische Struktur. Ich hatte jetzt ein mikroskopisches

Sehvermögen und erinnere mich an einen Augenblick, in dem meine ganze Welt sich auf eine kleine Nahtstelle im Gewebe meines Anzugs konzentrierte.

Die Musik begann erneut, und wieder fühlte ich mich emporsteigen. Ich hatte gerade genug Geistesgegenwart, mich von A. zu verabschieden. Ich muß ihm auch von meiner Angst berichtet haben, denn ich erinnere mich, daß er mir sagte, dies sei irrational und ich solle mich wissenschaftlicher verhalten. Das erschreckte mich, denn auch dieses Mal war es mir unmöglich, seiner Aufforderung zu entsprechen.

A. nahm nun mein Handgelenk und drückte es mit seinen Fingern sehr fest zusammen. Dies schien die Angst ein wenig zu erleichtern, aber ich stieg trotzdem weiter empor. Ich versuchte, mit A. zu sprechen, brachte aber keinen zusammenhängenden Satz hervor.

Mir selbst aber erschien logisch, was ich sagte, und ich erinnere mich, daß ich mir vornahm, daran bei meinen zukünftigen Gesprächen mit schizophrenen Patienten zu denken.

Um meine Angst zu verringern, versuchte ich mir klar zu machen, daß ich in eine lächerliche Zwangslage geraten sei, und darüber lachen sollte. Ich versuchte das auch zu tun, aber die Erfahrung war so lebendig und real, daß ich Schwierigkeiten hatte, mich zu überzeugen, daß es sich um ein gänzlich intra-psychisches Problem handelte. Ich habe dieses Problem auch jetzt noch nicht lösen können. Mein Verstand sagte mir das eine, meine Empfindung das andere. Schließlich sagte ich mir, ich sei wie ein Drachen an einer Schnur und könne zur Erde zurückgezogen werden, wenn ich wollte. Diese Vorstellung half mir beträchtlich, obwohl mir bewußt war, daß sie der Wahrheit nicht entsprach.

Das beschriebene Erfahrungsmuster wiederholte sich noch mehrere Male im weiteren Verlauf der Nacht. Meine Flüge wuchsen mit der Musik an und gingen mit ihr zurück. Ich erinnere mich vage an die morgendlichen Ansprachen. Dabei konnte ich mich jeweils nur auf ein oder zwei Worte konzentrieren, die Reden ergaben für mich keinen Sinn, und ich war sehr frustriert.

Als ich an die Reihe kam, um den Indianern zu danken, hatte ich zwar genügend Selbstkontrolle zurückgewonnen, um aufstehen und sprechen zu können, aber an das, was ich sagte, habe ich keine Erinnerung.

Nach Beendigung der Zeremonie draußen in der frischen Luft, fühlte ich mich völlig verloren. Ich wußte nicht mehr, warum oder was ich sei, und ein Gefühl der Verzweiflung überwältigte mich. Ich sah mich selbst in einem vollständigen Zusammenbruch, so als hätte ich meine Persönlichkeit gänzlich verloren, und ich stellte mir vor, wie ich den Rest meines

Lebens in einer psychiatrischen Klinik verbringen würde. Mein ganzes Selbst schien völlig desintegriert zu sein. Ich versuchte zu schlafen, was mir aber zunächst nicht gelang. Schließlich trieb ich davon und schlief ein.

Als A. mich fünf Minuten später weckte, fand ich mich wieder ganz beisammen und reintegriert. Freude und Erleichterung durchströmten mich. Ich war wieder ich selbst.

Nach der langen Nachtwache war ich sehr schwach und wackelig, aber ich ging doch zurück zu den Indianern und verbrachte den Morgen im Gespräch mit ihnen. Ich hatte ein großes Gefühl der Demut, des Staunens und des Einsseins mit der Natur. Ich erinnere mich an ein Kornfeld, das vom Wind bewegt wurde und meinte, daß ich nie seit meiner Kindheit ein Feld in so wundervollem und klarem Licht gesehen zu haben. Die leichte Brise auf meinem Gesicht erschien mir als der Atem des Himmels und ich hatte ein starkes Gefühl der Brüderlichkeit mit der übrigen Menschheit.

Dieses wunderbare Gefühl — die sogenannte psychedelische Erfahrung — dauerte drei Tage lang an. Die Angst und die Unannehmlichkeiten der Nacht waren wie weggewaschen und es ist eigentlich nur diese angenehme Erinnerung, die ich mit der Peyote-Episode verbinde.

Das Verhalten der Indianer

Die Indianer verließen die Zeremonie mit dem Gefühl, daß sie ein Erlebnis gehabt hatten, welches ihren Geist gereinigt und sie in die Lage versetzt hatte mit frischen Kräften sich ihrem Leben zuzuwenden (Abb. 9).

A. erfuhr bei einem späteren Besuch einer Peyote-Zeremonie, daß die Indianer nur dann an einer Zeremonie teilnehmen, wenn sie dafür gewichtige Gründe haben. Sie fühlen, daß, wenn sie Peyote um etwas bitten, sie alles bekommen werden, was sinnvoll ist, daß aber Peyote sie „bestrafen“ wird, wenn sie ihm gegenüber eine falsche Haltung haben.

Leonard *McKinney*, ein Potawotomie-Indianer, sagte: „Man kann mit Peyote nicht nur so herumspielen. Wenn du an einer Peyote-Zeremonie teilnimmst, mußt du zeigen, wer du bist. Peyote aber wird dir und deinen Brüdern zeigen, was in dir ist; ein Versteckspiel gibt es nicht.“

Das Gefühl der Einheit und Brüderlichkeit, welches die Indianer erfahren, war ohne jeden Zweifel aufrichtig und ehrlich oder, um die „Kurze Geschichte der Native American Church“, eine Publikation der Kirche selbst zu zitieren: „Die Lehre (von Peyote) besteht aus dem Glauben an Gott, an brüderliche Liebe, Freundschaft, Sorge um die Familie und andere wertvolle Überzeugungen. Peyote wird verstanden als ein Sakrament, ein Medium der Kommunikation mit dem Allmächtigen, ein

selbst auch heiliger Gegenstand, mit dem der Allmächtige die Indianer bedacht hat“.

In diesem Geist der brüderlichen Liebe sprachen die Indianer mit uns über ihre religiöse Überzeugung und über unsere Teilnahme an der Zereemonie. Es gab ein unleugbares Gefühl, daß die rote und die weiße Rasse durch die Vertragsbrüche des weißen Mannes für immer getrennt worden seien. Es gab Ressentiments gegenüber den Weißen, die versuchten, in die indianische Kultur einzudringen und die Indianer durch ihr bloßes zahlenmäßiges Übergewicht zu erdrücken.

Aber wenn sie auch nicht bereit waren zu vergessen, erschienen sie doch sehr bereit zu vergeben und forderten nur, ihre Distanz aufrechterhalten zu dürfen.

Immer wieder sprachen sie davon, daß Peyote ein Segen für sie und ihre Familien sei und erläuterten, wie es ihnen dazu ver helfe, menschlicher zu werden. Große Besorgnis verursachten ihnen Leute, die Peyote nur deshalb benutzten, um einmal *high* zu sein, und besonders betroffen machte sie die Tatsache, daß College-Studenten begonnen hätten, ihr Sakrament zu mißbrauchen — dieses Problem war auch eines der Hauptprobleme der Konferenz.

Es gibt keinen Zweifel, daß der Peyote-Kult den Indianern geholfen hat, ihre individuelle und ihre Gruppenidentität zu stärken. Peyote dient ihrem Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Selbsttranszendenz, und mit der Sakramentalisierung seines Gebrauchs hat die Native American Church ihren Mitgliedern die Möglichkeit einer vertieften Erfahrung ihrer selbst und ihrer Gruppe eröffnet.

Die Autoren wenden sich daher mit Nachdruck gegen die gerade jetzt wieder auflebenden Versuche, den Peyote-Kult der Native American Church durch ein generelles Peyote-Verbot zu kriminalisieren. Ein solches Verbot stünde in offenem Gegensatz zu dem Recht der Indianer auf Selbstbestimmung und Religionsfreiheit und würde unter dem Vorwand, die Gesellschaft zu schützen, eine Minorität ihres Lebensnervs berauben.

Diskussion und Schlußfolgerungen

Die beiden Berichte von A. und P. lassen den Einfluß der Situationsbedingungen auf den Charakter und den Verlauf der durch Peyote provozierten Halluzinationen deutlich erkennen. In A.'s Visionen erschienen die Indianer in ihren Stammestrachten auf der Prärie. P.'s Flüge stehen in direkter Relation zum An- und Abswellen der Musik und des Trommelschlags. Der Charakter der Situation und die Dynamik der umgebenden Gruppe werden jedoch, obwohl sie für A. und P. objektiv dieselben sind, von beiden sehr verschieden erfahren. Dies deutet daraufhin, daß es die jeweils verschiedene Ich-Struktur ist, und die jeweils verschiedene

Abb. 1: Der Peyote-Kaktus.



Abb. 2: Ein Peyote-Indianer aus dem Stamm der Sioux mit Peyote-Abzeichen.

Abb. 3: Die Wassertrommel der Peyote-Zeremonie.

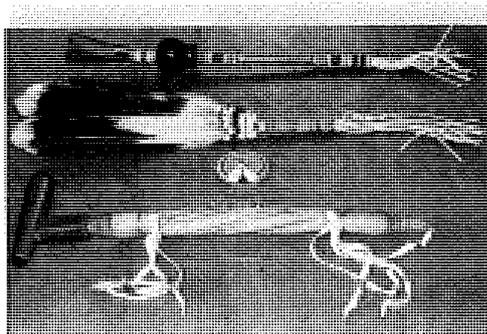
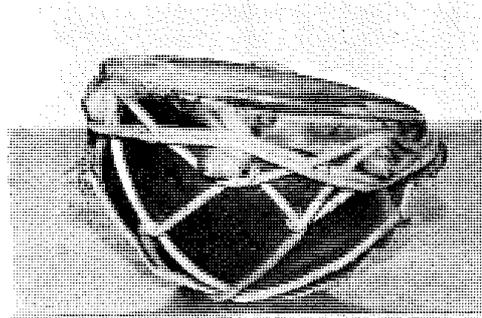


Abb. 4: Rituelle Geräte des Peyote-Kultus, a) Rassel, b) Fächer aus Adlerfedern, c) Peyote-Abzeichen, d) Sioux-Friedenspfeife.



Abb. 5: Dr. Patterson, am Morgen nach der Peyote-Zeremonie.

Abb. 6: Dr. Ammon im Gespräch mit einem Peyote-Indianer nach der Zeremonie.

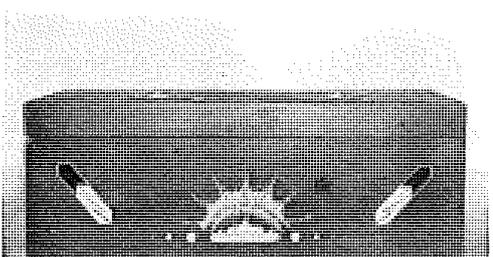
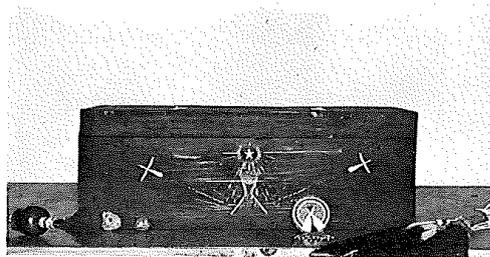


Abb. 7 und 8: Peyote-Schrein, links vor dem Schrein zwei Peyote-Scheiben; Symbolik des Schreins mit geöffnetem Peyote-Wigwam; mit weißen Adlern, die die Gebete zum Großen Geist bringen; der Morgenstern über dem Zelt; rechts Symbolik des Peyote-Altars mit Peyote-Scheiben an beiden Seiten.

Geschichte dieser Ich-Struktur, welche verantwortlich gemacht werden müsse für die auffallende Diskrepanz der Erfahrungen, die A. und P. in der gleichen Situation unter dem Einfluß einer gleichen Menge von Peyote machten.

Was die Erlebnisse von A. anbetrifft, so ist es erwähnenswert, daß er im Gegensatz zu den Berichten, die er in der Literatur gefunden hatte — so vor allem bei *Beringer* (1927) — keine Farbvisionen erlebte, daß er keine Euphorie spürte und auch nicht die von *Beringer* beschriebenen Als-ob-Erfahrung hatte. A. machte dagegen die auffallende Beobachtung, daß in seiner Peyote-Erfahrung der Mechanismus der Isolation von rationalen Operationen, Gedanken und affektiven Erfahrungen, Gefühlen völlig eliminiert war. Er erlebte eine überraschende Verbindung eines affektiven traumähnlichen Zustands mit einer reflexiven, der rationalen Einsicht fähigen Stimmung. Dies steht im Gegensatz zu der üblichen Traumerfahrung, die erinnert wird und erst dann der bewußten Reflexion und Analyse zugänglich ist, ein Punkt, der erhebliche therapeutische Bedeutung gewinnen könnte.

A. machte außerdem die Erfahrung, daß ästhetisch-moralische Empfindungen, wie das Gefühl der Güte, in seinen Visionen sich materialisierten und daß ein abstraktes Konzept wie das der Zeit, eine konkrete Gestalt annahm, nämlich die einer Postkarte, welche die Vergangenheit darstellend aus weiter Entfernung aus dem Raum auftauchte.

Insofern, als hier primärprozeßhaftes Denken sich mit Vorstellungsinhalten des Sekundärprozesses verbindet und beide sich wechselseitig darstellen und artikulieren, kann von einer Erweiterung der Selbstwahrnehmung gesprochen werden, welche die durch Erziehung, Erwartung und vorgeformte Vorstellungen kanalisierten Erfahrungsweisen transzendiert. Diese durch Peyote hervorgerufene Erweiterung des Erfahrungsbereiches macht die Droge zu einem wertvollen Hilfsmittel der Erforschung verschiedener Ich-Zustände, ihrer Geschichte und ihres wechselseitigen Zusammenhangs.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß A. in der Lage war, seine rationale Selbstkontrolle während der ganzen Peyote-Zeremonie aufrechtzuerhalten. Er konnte einige für ihn sehr bedeutsame Selbsteinsichten gewinnen, die er im Lichte seiner psychoanalytischen Erfahrung interpretieren konnte, und er war fähig, P. zu helfen, als dies erforderlich wurde.

P. dagegen hatte nur wenige visuelle Halluzinationen, die noch dazu für ihn unbedeutend blieben. Er gewann keine relevanten Einblicke in seine Charakterstruktur und seine Ich-Funktionen. Seine rationale Distanz und seine Fähigkeit zur wissenschaftlichen Objektivierung seiner Erfahrungen war stark eingeschränkt. Zwar konnte er wahrnehmen, was ge-

schah, er war aber unfähig, die Prozesse zu kontrollieren, denen er sich ausgesetzt fand. Es ist sicher wichtig, daß die Angst vor dem Verlust der Ich-Kontrolle und einer möglicherweise permanenten Spaltung von Körper und Bewußtsein, die er vor Beginn der Zeremonie verspürte, seine Peyote-Erfahrung stark beeinflusst hat. Ein Umstand, der unterstreicht, wie nötig die angemessene Vorbereitung auf halluzinatorische Erfahrungen ist, insbesondere in der therapeutischen Anwendung halluzinogener Drogen.

Bemerkenswert ist, daß P., als ein Neuling in der psychotherapeutischen Arbeit und im Umgang mit schizophren reagierenden Patienten, nach seiner Peyote-Erfahrung erstmalig die Kommunikationsschranke überwinden konnte, die ihn von einem seit langem schizophren reagierenden Patienten getrennt hatte, und daß er nun einen neuen, therapeutisch außerordentlich günstigen Kontakt zu diesem Patienten gewinnen konnte. Ebenso war er nach dem Peyote-Erlebnis in der Lage, mit einem katonisch starren, nicht verbalisierenden Patienten zu kommunizieren.

P. führte dies zurück auf seine Erfahrung, die ihm gezeigt hatte, wie es ist, „außer sich“ zu sein, und auf das Erlebnis dessen, was A. für ihn tat, als er sich in diesem Zustand der Kontaktlosigkeit befunden hatte. Was ihm, wie er meinte, am meisten geholfen hatte, war der physische Kontakt mit A. und die nachdrückliche Forderung des „Ich werde keinen Unsinn zulassen“, mit der A. sich ihm genähert hatte.

Die Tatsache, daß P., nachdem er unter dem Einfluß einer halluzinogenen Droge einen schizophrenieähnlichen Zusammenbruch seiner Kommunikations- und Kontrollfähigkeiten erfahren hatte, in der Lage war, mit schizophren reagierenden Patienten Kontakt aufzunehmen und zu kommunizieren, wirft einiges Licht auf die Lehre der Schulpsychiatrie, welche die „Uneinfühlbarkeit“ als Kriterium für die differentialdiagnostische Bestimmung der Schizophrenie noch immer verwendet. Die konstatierte „Uneinfühlbarkeit“ oder das „Schizophreniegefühl“ sagen eher etwas aus über den Ich-Zustand des Schulpsychiaters, als daß er Aufschluß gibt über die Dynamik der Psychose.

Auf der anderen Seite mag die langjährige Erfahrung, die A. in der Psychotherapie mit schizophren reagierenden Patienten vor seiner Peyote-Erfahrung hatte sammeln können, dazu beigetragen haben, daß A. sich angstfrei den unbekanntem Erfahrungen aussetzen und mit ihnen umgehen konnte.

Zusammenfassung

Parsons (1936) berichtet eine Erzählung der Taos-Indianer, welche die Entdeckung des Peyote-Kaktus beschreibt: „Ein Indianer auf dem

„Kriegspfad“ hörte ein Singen und entdeckte, als er ihm folgte, die Peyote-Pflanze, die sich rhythmisch öffnete und schloß. Die Pflanze sagte dem Krieger, er solle zu ihr hineinkommen. Aber die Öffnung war zu klein. Dann wurde sie größer und größer, ein großes Loch im Boden. Der Indianer ging hinunter in dieses Loch, es war der Eingang zu einer großen Höhle, die rund war wie ein Kiva*“.

In dieser indianischen Legende erscheint Peyote mit schöner Deutlichkeit als der Schlüssel und Eingang zur Mutter, einer Pflanze, die den Zugang zu archaischen Daseins- und Empfindungsweisen eröffnet.

Wir erkennen die große unterirdische Höhle der Tao-Indianer wieder in dem Steinbau der Potawotomie-Reservation, der Halle des Peyote-Kultes. In der Gruppe der im Kreis sitzenden Indianer finden wir die „Mutter Gruppe“ als eine menschliche und soziale Realität. Die Gruppe repräsentiert den Raum des mütterlichen Schutzes, sie begleitet ihre einzelnen Mitglieder in die Rauscherfahrung, nimmt daran teil, und hilft den Einzelnen, die wie P. einen *bad trip* erleben. Auf diese Weise wird die Situation der ersten Anfänge der Ich-Entwicklung lebendig reproduziert.

Während A. auf Grund einer ausgedehnten und intensiven psychoanalytischen Selbsterfahrung sich dieser Situation angstfrei und beobachtend hingeben konnte und auch im Zustand der Intoxikation in der Lage blieb, bewußt zu handeln — er setzte seine ganze Ich-Kraft ein, um P. aus seiner psychotischen Reaktion herauszuholen — trat P. mit ängstlicher Angespanntheit in die Situation der Peyote-Zeremonie ein. Aus der Angst vor einer Spaltung seiner Persönlichkeit heraus, verstand er die Hinweise von *Godfrey* und A. als Aufforderung, seine eigene Identität auszulöschen und ein Indianer zu sein. Daraus wiederum entstand die Angst, von den richtigen Indianern als falscher Indianer entdeckt zu werden, die Angst, die Zeremoniensituation verobjektivierend zu betrachten und die Angst, sowohl von der Gruppe der Indianer, als auch von A. isoliert zu sein. Das bedeutet, daß P. sich einerseits nicht auf die Gruppe verlassen mochte, denn dafür gab ihm seine artifizielle Als-ob-Identität als Indianer keine Basis, daß er andererseits aber auch kein Vertrauen in die integrative Kraft seiner wissenschaftlichen Objektivität setzte. Gerade die Freisetzung verschiedener und archaischer Ich-Zustände erschien ihm als eine Bedrohung, vor der er sich auf jeden Fall schützen wollte. Erst als er in dem Bild des an einer Leine schwebenden Drachens seine Erfahrung zu artikulieren vermochte, verringerte sich seine Angst. Sein eigentliches Peyote-Erlebnis aber hatte er in der Reintegration seines Ichs, das er schon für immer zerfallen glaubte.

* Kiva: ein großer unterirdischer Zeremonien- und Kultraum der Pueblo-Indianer.

Der Bericht von P. macht deutlich, daß es weniger die Erfahrungsinhalte sind, welche es erlauben von einer bewußtseinsweiternden Wirkung der halluzinogenen Drogen zu sprechen, als vielmehr der Umgang mit diesen Erfahrungen, die Flexibilität, mit der verschiedene Ich-Zustände erlebt und miteinander verbunden werden können. Dies geht besonders deutlich hervor aus dem Bericht von A., der die Verbindung affektiver Zustände und rationaler Reflexion betont. Der enge Zusammenhang der Rauscherfahrung mit der schizophrenen Reaktion, den P.'s Bericht und seine nachfolgenden Erfahrungen beschreiben, aber bestätigt ein weiteres Mal die Konzeption, welche in der schizophrenen Reaktion eine Regression zu archaischen Abwehrformationen auf der Flucht vor traumatischen Konfliktsituationen aus der allerfrühesten Kindheit sieht. P.'s Erfahrung zeigt darüber hinaus, daß es durchaus möglich ist, einen Patienten aus der schizophrenen Reaktion herauszuholen, wenn nur der Therapeut — in diesem Falle A. — das Verhalten des Patienten nicht einfach als uneinfühlbar abwehrt, sondern bereit ist, verständnisvoll und nachdrücklich, für den Patienten als ein Hilfs-Ich tätig zu werden (Ammon, 1971).

Die halluzinogenen Drogen bieten sicher eine Möglichkeit, die therapeutische Einsicht und die therapeutischen Möglichkeiten entscheidend zu vergrößern. Die rituelle Sorgfalt, mit der die Peyote-Indianer den Ort und die Teilnehmer für die Zeremonie vorbereiten, macht dabei deutlich, wie wichtig es gerade auch für die therapeutische Anwendung halluzinogener Drogen ist, daß sowohl der Therapeut über Drogenerfahrung verfügt, als auch der oder die Patienten angemessen auf den Drogenrausch vorbereitet werden, und daß die Möglichkeit bereitgestellt wird, die Drogenerfahrung aufzufangen und zu integrieren.

Im weiten Sinne eröffnen die halluzinogenen Drogen die Möglichkeiten zu einem experimentellen Beitrag zur psychoanalytischen Ich-Psychologie insbesondere in der Erforschung der Regressionsprozesse. Sie können hier zur Entwicklung differentialdiagnostischer Kriterien für die Unterscheidung der pathologischen von der schöpferischen Regression im Dienste des Ichs führen und uns Aufschluß geben über die Dynamik der präverbalen Prozesse. Therapeutisch könnte dies von großem Nutzen sein in den Fällen, wo die traumatischen Erfahrungen eines Patienten aus der Zeit vor der Entwicklung der Ich-Funktion der Sprache stammen. Besonders im Fall der Zwangsneurose, wo die archaischen Gefühle und Phantasien nie mit Worten oder Gedanken verbunden wurden, sondern durch den Abwehrmechanismus der Isolation von Gefühlen und Gedanken getrennt blieben — wie bei der intellektualisierenden Abwehr — kann die therapeutische Verwendung halluzinogener Drogen hilfreich sein und uns darüber hinaus zu einem vertieften Verständnis der psychischen Funktionen führen.

Peyote: Two Different Ego Experiences

Günter Ammon and Paul G. R. Patterson

The authors of this paper were invited to attend the Sixteenth Annual Conference of the Native American Church on the Potawotomie Reservation near Mayetta, Kansas, from June 25th to June 27th 1965. It was an occasion for them to experience a hallucinogenic drug (Peyote) in its "natural setting". The aim of the authors is to describe the striking difference between the respective experiences of the junior (P) and senior (A) author and to give an account of the factors which might explain this discrepancy. These factors can be summarized in five: 1. Physical environmental surroundings; 2. Group dynamics; 3. Type and dosage of drug; 4. Personal lifehistory and experience with the consequent present personality dynamics; 5. Presituational attitudinal set.

After the description of the ceremony, the authors remark that the assistance composed an united, harmonised group due to the emotional and religious ties which bound its members. Both of them took the same dosis of Peyote. The first three factors mentioned above were common to both.

The senior author had more psychiatric experience and read much about the past societies. He was willing to participate in the experience. The junior author disposed of less experience and was sceptical about the use of the drugs. He was also anxious about its effects. The different attitudes of both was manifested in the discrepancy of their reactions to the whole of the ceremony. While the senior author could observe himself and his visions and even to participate with a speech to the assistance, the second was unable to overcome his anxiety and was obliged to leave the ceremony in a state of fear and bodily uneasiness. A. was then strong enough to support his colleague. The description of both experiences shows how the senior author was able to keep his states of mind under ego-control, because he was ready to accept the change and to participate actively in the group dynamics, while P.'s scepticism led him loose control and to fall in a state of unbearable anxiety. The discrepancy in both experiences is due to the two last factors: the personal life-history and the presituational attitude.

Moreover P.'s anxiety and psychotic reaction was due to the temporary splitting of his personality, inasmuch he misunderstood the participation in the ceremony as a loss of the own identity and the acquiring of indian identity, whereby he was anxious that the indians would discover his artificial identification. It is not the content of the experience which widens the consciousness, it is rather the flexibility in handling it.

Meanwhile both authors insist upon the consequences of their experiences as to the widening of their understanding of different states of mind

ad to the benefit they would draw from it in their psychiatric and psychoanalytic work, particularly in the study of the dynamics of pre-verbal stages of development and in the differential diagnosis of pathological and creative regression.



Abb. 9: Mitglieder der Native American Church im psychedelischen Zustand am Morgen nach der Zeremonie.

Literatur

- Ammon, G.* (1965): Beobachtungen und Erfahrungen eines Psychiaters und Psychoanalytikers mit den Lacandon-Maya Mittelamerikas, in: Bd. 1, 1966, H. 2 d. Mitteilungen d. Ber. Ges. f. Anthropologie, Ethnologie u. Urgeschichte
- (1969): Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion, in: *Confinia Psychiatrica*, Vol. 12, No. 1
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., H. 10
- , *Götte, J.* (1971): Ergebnisse früher Meskalin-Forschung, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., 1. Sonderheft
- Bee, R. L.* (1965): Peyotism in North American Indian Groups, in: *Transactions of the Kansas Academy of Science* 68, p. 13—61
- Beringer, K.* (1922): Experimentelle Psychosen durch Meskalin. Vortrag auf der südwestdeutschen Psychiater-Versammlung in Erlangen
- (1927): *Der Meskalin-Rausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise* (Berlin: Springer 1969)

- (1928): Intoxication due to Alkaloid from Mescaline Resulting Mental and Physical Phenomena, in: *Archivo Argentino de Neurologia*, Vol. 2, p. 145—154
- Experimentelle Psychosen durch Meskalin, in *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Vol. 121, p. 531—543
- Crotchet, R., Sandison, R. A., Walk, A.* (1963): *Hallucinogenic Drugs and their Psychotherapeutic Use* (Springfield, Ill.: Thomas)
- Ellis, H.* (1897): A Note on the Phenomena of Mescal Intoxication, in: *The Lancet* 1, p. 1540—1542
- Godfrey, K. E.* (1965): LSD in Forschung und Therapie, in: *Dyn. Psych.*, 4. Jhg., 1. Sonderheft
- Huxley, A.* (1954): *Die Pforten der Wahrnehmung* (München: Piper)
- La Barre, W.* (1938): *The Peyote Cult* (Hamden, Conn.: The Shoe String Press, 1964)
- Lanternari, V.* (1963): *The Religions of the Oppressed* (New York: Knopf)
- Leary, T., Metzner, R., Alpert, R.* (1964): *The Psychedelic Experience. A Manual Based on the Tibetan Book of the Dead* (New York: Univ. Books)
- Mariott, A.* (1954): The Opened Door, in: *The New Yorker*, Vol. 30, p. 80—91
- Mumey, N.* (1951): The Peyote Ceremony among the American Indians, in: *Bull. Med. Library Ass.*, Vol. 39, p. 102—188
- Murphy, G.* (1958): *Human Potentialities* (New York: Basic Books)
- Parsons, E. C.* (1936): Taos Pueblo. General Series in Anthropology, No. 2 (Menasha, Wis.)
- Slotkin, J. S.* (1956): *The Peyote Religion* (Glencoe: The Free Press)
- Smith, P. B.* (1959): A Sunday with Mescaline, in: *Bull. Menn. Clin.*, Vol. 23, p. 20—27

LSD in Forschung und Therapie

Kenneth E. Godfrey

Der Verfasser, einer der Pioniere auf dem Gebiet der therapeutischen Anwendung von LSD-25 bei Alkoholikern, berichtet über seine ersten Experimente. Er unterstreicht die Bedeutung des Milieus, in dem die Droge verabreicht wird, und die Einstellung des Therapeuten und des Patienten zum Experiment als die beiden Hauptfaktoren im Erfolg der Behandlung. Aus seinen Experimenten geht hervor, daß die Droge ihre wirksamste Phase erreicht, wenn das Milieu mehr therapeutisch als rein wissenschaftlich gestaltet wird. Bei der Anwendung der psychoanalytischen Therapie empfiehlt er die symbolische Methode. Seine Experimente führten zu ermutigenden Ergebnissen im Hinblick auf die Charakter- und Verhaltensänderung der Patienten. M. S.

In den letzten 10 Jahren wurde eine Reihe von Psychopharmaka entdeckt und getestet; sie gehören inzwischen zum Bestandteil psychiatrischer Behandlungsmethoden, wie auch viele bewußtseinserweiternde Drogen, deren Ergebnisse in koordinierten Kontrollexperimenten mit Placebo verifiziert wurden. Die meisten dieser Drogen, auch Euphorica genannt, wie Morphinum, Kokain oder die Weckamine wie Pervitin und Preludin zeigten eine gleichmäßig günstige Wirkung bei den Versuchspersonen.

Die Wirkungen sogenannter halluzinogener, psychotomimetischer oder psychedelischer Drogen wie Haschisch, Meskalin, Lysergsäure-Diäthylamid (LSD), auch Psychotomimetica genannt, unterscheiden sich qualitativ und graduell, was die erfahrbaren Sinneswahrnehmungen und die Tiefe der Aufhebung der Verdrängung angeht, von den meisten bewußtseinserweiternden Drogen (hier dargestellt am Beispiel von LSD-25). Allgemein wurde festgestellt, daß LSD-Versuche mit Placebo-Kontrollexperimenten nicht durchzuführen sind; nur wenige Forscher meinen, daß im individuellen Fall so etwas möglich sein könne. Die Schwierigkeiten resultieren aus den charakteristischen Reaktionen auf die Droge. Seit einigen Jahren sind die LSD-Forscher zunehmend der Meinung, daß die Reaktionen auf die Einnahme von LSD weitgehend von der Erwartungshaltung des Experimentators beeinflußt werden. *Ungers* zusammenfassende Arbeit (1964) hat dies deutlich gezeigt. Vorläufer für diese Forschungen waren *Orne*, der in intensiver Arbeit die Anspruchserwartung des Experimentators in Hypnoseexperimenten herausarbeitete, er hielt es für unabdingbar notwendig, diese in die Hypothesenbildung miteinzubeziehen; wie auch *Honigfeld*, der den Einfluß der Verhaltensweisen von Versuchsleitern und Versuchspersonen in Placeboexperimenten erforschte.

Ein Beispiel für den Einfluß der Einstellung des Versuchsleiters in LSD-Experimenten gibt die Geschichte dieser Forschung selbst. In den

späten vierziger und den frühen fünfziger Jahren belegte man LSD mit dem Adjektiv „psychotomimetisch“, d. h. psychoseähnlich, und die Forschungen hatten das Ziel, durch die Einnahme von LSD mehr über die Psychosen zu erfahren. In den späten fünfziger und den frühen sechziger Jahren hingegen wurde LSD als therapeutisches Hilfsmittel verwendet. Man betonte die bewußtseinsenthüllenden und -erweiternden Aspekte der Droge und gab ihr das Adjektiv „psychedelisch“. Sidney Cohen (1964) rätselte, wie „aus einer Flasche zugleich Verrücktheit und höchster Segen fließen konnten“ und er folgerte, daß sich die Erwartungen und Ziele der Forscher geändert haben müßten in diesen zwanzig Jahren, da die Droge die gleiche geblieben war.

LSD-Behandlung von Alkoholikern

Die hier berichteten Beobachtungen beruhen auf 123 LSD-Erfahrungen von Patienten, die im Topeka Veterans Administration Hospital im Jahr 1963/64 wegen Alkoholismus behandelt wurden. Sie erhielten während eines neunzig-tägigen Behandlungsprogramms LSD in Dosen von 300 bis zu 900 mcg.

Ohne im Vorhinein so geplant zu sein, durchliefen meine Experimente vier klar definierte Phasen mit verschiedenen Einstellungen der Versuchsleiter in unterschiedlichen Milieus.

Unter dem Begriff „Einstellung“ werden die Werthaltungen, Maßstäbe, Interessen, Erwartungen, Bedürfnisse des Versuchsleiters während des Experiments subsumiert. Obwohl die Einstellung der Versuchsperson zweifellos von der Einstellung des Forscherteams bestimmt ist, beziehe ich mich in dieser Arbeit nur auf die Einstellung des Forscherteams.

Milieu ist ein weiter gefaßter Begriff, er meint die spezifische physische Ausstattung des Ortes, an dem das Experiment, in diesem Fall die LSD-Erfahrung, stattfindet. Bei meiner Forschung wurden drei verschiedene Einstellungen (wissenschaftlich, wissenschaftlich-therapeutisch, therapeutisch) mit drei verschiedenen Milieus (nüchtern, halboffiziell, wohnähnlich) kombiniert. Daraus ergaben sich vier verschiedene experimentelle Situationen:

1. wissenschaftliche Einstellung des Versuchsleiters in einem nüchternen Forschungsmilieu,
2. wissenschaftlich-therapeutische Einstellung der Versuchsleiter in einem halboffiziellen Milieu,
3. therapeutische Einstellung der Versuchsleiter in einem halboffiziellen Milieu,
4. therapeutische Einstellung der Versuchsleiter mit privatem Wohncharakter.

Die vorliegende Arbeit demonstriert die verschiedenen Reaktionen der Versuchspersonen in diesen vier Phasen auf die Droge in Zusammenhang mit den Veränderungen in der Haltung der Versuchsleiter und Veränderungen des Milieus. Es wurde nicht versucht, diese Einstellungen vor den Versuchspersonen zu verbergen. Vielmehr betrachteten wir die Grundeinstellung der Versuchsleiter und das besondere Milieu als zwei wichtige Variable in diesem Experiment.

Die Unterschiede in den Reaktionen der Patienten auf die Droge bei verschiedenen Einstellungen der Versuchsleiter und in unterschiedlichen Milieus wurden in einer Skala mit sechs Stufen eingeordnet, gemäß den sechs Reaktionsebenen von *Chwelos, Hoffer* und anderen (1959). Die Versuchspersonen wurden vom verantwortlichen Leiter und einem Beobachter mit 90%iger Übereinstimmung gemäß der höchsten Stufe, die sie während der LSD-Erfahrung erlebten, auf der Skala eingeschätzt.

Skala zur Messung der LSD-Erfahrung

Der Patient:

Widerstandsstufen

- Stufe I: 1. erscheint gespannt,
 2. erscheint irritiert,
 3. leugnet innere Veränderungen,
 4. konzentriert seine Aufmerksamkeit auf äußere Objekte und triviale Angelegenheiten,
- Stufe II: 5. somatisiert, er berichtet über Schwindel, Kribbeln, Ohrensausen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Gespanntheit, Herzklopfen, heiße und kalte Schauer.

Psychotomimetische Stufen

- Stufe III: 6. hat Angst,
 7. scheint verwirrt,
 8. hat ein verändertes Körpergefühl,
 9. erlebt anscheinend Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen,
 10. wird von Gedanken überflutet,
 11. kann sich nicht konzentrieren,
 12. zeigt emotionale Labilität,
 13. hat eine desorganisierte, unzusammenhängende Sprache,
 14. fürchtet die Realitätskontrolle zu verlieren und verrückt zu werden.

- Stufe IV: 15. entwickelt Bezugsideen oder Argwohn,
16. leidet an Ideenflucht,
17. an Größenwahn,
18. zeigt Arroganz oder Hochmut,
19. klagt über Hilflosigkeit,
20. über Halluzinationen,
21. über Zeitsinnstörungen,
22. über Fragen oder Anforderungen,
23. hat ärgerliche Ausbrüche,
24. klagt darüber, gequält zu werden.

Psychedelische Stufen

- Stufe V: 25. ist selbstkritisch,
26. seine Gedanken sind abgelenkt,
27. ist depressiv, traurig, weint,
28. blödeln,
29. tut, als ob andere blödeln,
30. spricht über sich oder seine Kindheit, wenn er dazu ermutigt wird,
31. leidet an einer Denkhemmung, wenn er Fragen des Therapeuten beantworten will,
32. ist lieber allein,
33. tendiert zu erhabenem Schweigen,
34. redet spontan über sich,
35. redet spontan über seine Kindheit,
36. möchte mit dem Therapeuten zusammen sein,
- Stufe VI: 37. erscheint glücklich, euphorisch, ekstatisch,
38. meint, Dinge klarer zu sehen,
39. scheint entspannt,
40. hat Selbstvertrauen,
41. ist von wichtigen Einsichten überzeugt,
42. ist dem Therapeuten brüderlich, herzlich, dankbar zugetan,
43. sieht in den Dingen neue Schönheit,
44. fühlt neue intellektuelle Kraft.

Die ersten beiden Reaktionsstufen können grob gesehen, als Manifestation des Widerstandes gegen die Droge betrachtet werden, die dritte und vierte Stufe weisen psychotomimetische Phänomene auf, während die fünfte und sechste Stufe „psychedelische“ Reaktionen beinhalten.

Als ich im Jahre 1963 mit der LSD-Behandlung bei Alkoholikern begann, konnte ich an die vorausgegangenen Erfahrungen in der Behandlung

von Alkoholikern im Topeka Veterans Administration Hospital, das seit seiner Gründung im Jahre 1946 Alkoholiker behandelte, anknüpfen. Robert *Wallerstein*, John *Chotlos* und ihre Kollegen begannen 1950 mit systematischer Forschung auf dem Gebiet der Entziehungskuren. Nach zweijähriger Forschung und einer zweijährigen Nachuntersuchung stellten sie nachstehende Rangordnung der verschiedenen getesteten Behandlungsmethoden auf:

1. Entwöhnungsmittel
2. Gruppenshypnose
3. Milieupsychotherapie
4. Reflexkonditionierung

Aufgrund dieser Ergebnisse wurden Entwöhnungsmittel bei allen Alkoholikern angewandt, auch wenn sie gleichzeitig am milieu-psychotherapeutischen Programm teilnahmen. Diese Behandlung wurde fortgesetzt, bis sie im Juli 1963 auf Milieupsychotherapie mit einer zusätzlichen Dosis von LSD-25 (300—400 mcg) für jeden Patienten in der sechsten Woche eines zwölfwöchigen Behandlungsprogramms umgestellt wurde. Das grundlegende milieutheraeutische Programm wurde nicht geändert, die LSD-Dosis ersetzte die früher verordneten Entwöhnungsmittel.

An diesem Wendepunkt des Behandlungs- und Forschungsprogramms begann meine intensive Arbeit mit den Alkoholikern. Zu Beginn der LSD-Therapie standen mir zur Information nur wenige Veröffentlichungen zur Verfügung. Ich begann daher meine Arbeit mit Vorstellungen, die ich heute als ziemlich naiv, wenn auch von guter Absicht bestimmt, ansehe. Im folgenden will ich versuchen, meine Erfahrungen in der Anwendung von LSD in der Therapie mit Alkoholikern zurückzuverfolgen. Gleichzeitig möchte ich einige Fragen aufwerfen und auf Phänomene hinweisen, die ich bei meiner Arbeit mit LSD-Patienten beobachtet habe. Darunter fallen vor allem die Verwendung von Symbolen in der Therapie, die Verwendung symbolischer Sprache, die Verhaltensänderungen gegenüber Interpretationen durch den Therapeuten während der LSD-Erfahrung, grundlegende Charakteränderungen, Identifikationsprozesse und deren Dynamik.

1. Phase

Zu Beginn der Arbeit mit LSD sah das Forschungs- und Behandlungsprogramm folgende Technik vor:

In der sechsten Woche eines zwölfwöchigen Behandlungsprogramms erhielten täglich zwei Patienten um 12 Uhr mittags 300 mcg LSD.

Jeder Patient war allein in einem Raum oder wenn nötig, mit einer technisch ausgebildeten Kraft zusammen. „One way“-Spiegel ermöglichten nach Einnahme der Droge eine Beobachtung vom Laboratorium, in

dem Ergebnisse psychologischer Tests und bestimmte psychologische Daten mit einem Dynamometer gesammelt wurden.

Da diese Arbeit relativ neu in der Klinik war, bestand dafür großes Interesse. Vorherrschend war die Neugierde, Aussagen oder Aktionen wahrzunehmen, die analytisch interpretiert werden konnten. Die erste Gruppe (sechs Alkoholiker) nahm unter diesen Bedingungen die Droge, aber keiner von ihnen reagierte psychedelisch (Stufen V und VI); vier reagierten psychotomimetisch (Stufen III und IV) und zwei blieben der Droge gegenüber unempfindlich, bis auf die Äußerung einiger physiologischer Zeichen.

Das Gesamtergebnis mit dem numerischen Mittelwert von 2,9 fiel in den Bereich des Widerstandes, in die Nähe des Überganges von Somatisierungs- zu Verirrungsstufen. Widerstandsreaktionen und psychotomimetische Reaktionen waren deutlich. Einige der Patienten behaupteten strahlend, sie hätten die Droge überhaupt nicht genommen, obwohl die physiologischen Anzeichen allen Beobachtern eindeutig zu sein schienen. Einige, die betonten, daß sie LSD genommen hätten, klagten laut über somatische Symptome. Kritisch wurde die LSD-Erfahrung für einen Patienten, der eine Kardial-Ischämie erlitt. Er kam auf die innere Abteilung, von wo er nach drei Wochen entlassen wurde. Psychotomimetische Reaktionen wie Verwirrung, Wahrnehmungsstörungen und Paranoia waren vorherrschend in dieser Phase des Experiments. Zum Beispiel wurden krabbelnde Käfer und groteske Figuren in den schalldämpfenden Platten der Wände und der Decken erkannt, es wurde heftig argumentiert, Verdächtigungen wurden geäußert und von den Beobachtern Abwesenheitsphänomene festgestellt.

Natürlich waren wir mit den Reaktionen der Patienten, besonders dieser vier ersten Gruppen unzufrieden, und wir meinten, daß wir das LSD nicht richtig einsetzten, da die Reaktionen nicht im geringsten dem ähnelten, was in der Literatur beschrieben worden war. Nachdem ich die verfügbare Literatur über LSD gelesen hatte, hatte ich den Gedanken, ob nicht die Reaktionsbereitschaft auf LSD mit der Fähigkeit, sich hypnotisieren zu lassen, zusammenhängen könnte (*Savage, 1962; Terrill, 1962*). Ich beschloß, drei Wochen lang vor der LSD-Einnahme zweimal in jeder Woche eine Gruppenthypnose durchzuführen, um aus der Tiefe der Hypnose, die jeder Patient erreichte, ein Indiz für die Bereitschaft, auf das LSD zu reagieren zu gewinnen. Den Patienten wurde ausdrücklich erklärt, die Tiefe der Hypnose stehe in keinem Zusammenhang mit der Intensität der Reaktion auf das LSD. Nach der LSD-Erfahrung wurde ebenfalls drei Wochen lang zweimal wöchentlich eine Gruppenthypnose durchgeführt. Dabei fanden wir heraus, daß diejenigen, die auf das LSD stärker reagierten, auch eine tiefere Trance in der Hypnose zeigten.

2. Phase

Nachdem die erste Gruppe von sechs Patienten einen derart bemerkenswerten Widerstand gegenüber dem LSD gezeigt hatte, entschlossen wir uns, für diese Gruppe die LSD-Erfahrung in einem weniger wissenschaftlich ausgerichteten, nüchternen Milieu zu wiederholen, dieses Mal ohne die ständigen psychologischen Tests und elektrophysiologischen Messungen, sondern beschränkten diese auf anderthalb Stunden am Nachmittag.

Das Milieu bestand in dieser zweiten Phase für beide Patienten in einem großen Erholungsraum für das Pflegepersonal, der mit Sofas, Polstersesseln, Kaffeetischen und Stehlampen möbliert war und dessen Fenster Vorhänge hatten. An den Wänden hingen Bilder von Patienten, von denen einige ziemlich grotesk gemalt waren. Diese Bilder scheinen einen ablenkenden Einfluß auf die Versuchspersonen gehabt zu haben und haben sie offensichtlich daran gehindert, die höchsten Erlebnisstufen zu erreichen.

Der Raum war durch einen Vorhang unterteilt, jedem der beiden Patienten stand ein Teil zur Verfügung, ein Plattenspieler spielte für beide. Eine Anzahl von Beobachtern, darunter ich selbst, ein junger Arzt, der jeweils einem Patienten zugeteilt wurde, Hilfspfleger und Schwestern, von denen niemand eine persönliche LSD-Erfahrung hatte*, waren abwechselnd und unregelmäßig mit jedem Patienten zusammen. Diese Beobachter waren nicht nur neugierig auf Veränderungen, sondern waren auch an der therapeutischen Wirkung interessiert.

Der numerische Durchschnittswert in dieser Phase der wissenschaftlich-therapeutischen Einstellung der Versuchsleiter und dem halboffiziellen Milieu betrug 4,0. Er fällt damit in den psychotomimetischen Bereich zwischen Verwirrung, Wahrnehmungsstörungen und Paranoia. Es scheint, als hätten der Mangel an Privatheit, die ablenkenden Bilder und die große Zahl von Mitarbeitern eine optimale LSD-Erfahrung verhindert und die Fähigkeit der Patienten zur Introspektion gestört. Es gab aber auch Patienten, bei denen eine psychedelische Erfahrung einsetzte. Dies kann durch eine stärkere Betonung von therapeutischen gegenüber wissenschaftlichen Zwecken verursacht worden sein, die vorher im Mittelpunkt gestanden hatten.

Wir begannen auch in dieser Phase mit klassischen psychoanalytischen Interpretationen, von denen die meisten aber nur taube Ohren fanden.

* Wir hatten ursprünglich vorgesehen, allen Mitgliedern des Behandlungs- und Forschungsteams, die während der LSD-Erfahrung mit dem Patienten zusammen sind, eine eigene LSD-Erfahrung zu vermitteln. Auf dem Treffen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung in Los Angeles im Mai 1964 wurde uns von diesem Vorhaben dringend abgeraten.

3. Phase

Es entsprach unserer damaligen Erfahrung, daß die Versuchsleiter nunmehr eine therapeutische Einstellung gegenüber den Patienten einnahmen, aber der halboffizielle Rahmen blieb bestehen. Der Beobachter beschäftigte sich während der LSD-Erfahrung aktiver mit dem Patienten. Jeder Patient verfügte über einen eigenen Raum, es wurde ihm gestattet, sich hinzulegen und das Gesicht mit einem Handtuch zu bedecken. Die Anzahl der Mitarbeiter war auf ein oder zwei Personen für jeden Patienten beschränkt. Die Räume waren wohnlich hergerichtet und die Musik wurde für jeden Patienten gesondert ausgesucht. Nach diesen Änderungen erreichten einige der Patienten die VI. Stufe, aber nur für kurze Zeit, und wir konnten vieles sehen, was wir vorher nicht beobachten konnten. Alles in allem blieben die Reaktionen auf das LSD auf einer niedrigeren Stufe als in der neueren Literatur berichtet wurde.

Der numerische Mittelwert in der Phase der therapeutischen Einstellung und des halboffiziellen Milieus betrug 4,9 und bewegte sich damit an der Nahtstelle zwischen den beiden Bereichen psychotomimetisch und psychedelisch.

Zu dieser Zeit hielt *Hoffer* aus Saskatoon, Saskatchewan, Gastvorlesungen über LSD an der medizinischen Fakultät der benachbarten Universität. Gespräche mit ihm gaben mir wertvolle Informationen aus erster Hand über die Verordnung von LSD, die Bedeutung der Einstellung des Versuchsleiters, des Milieus und der Technik für die LSD-Reaktionen der Patienten. *Hoffer* riet mir, das Spring Grove Hospital in Baltimore aufzusuchen, wo Sanford *Unger* LSD-Forschungen mit Alkoholikern anstellte. Ein weiterer Vorschlag war, bei dieser Reise gleichzeitig *Humphrey Osmond* in Princeton, N. J., aufzusuchen, einem Pionier auf dem Gebiet der LSD-Forschung.

Der Erfahrungsaustausch mit Dr. *Unger* war höchst aufschlußreich. Ich erfuhr mehr über die aktuellen Bedingungen, LSD bei der Therapie von Alkoholikern anzuwenden, als ich es vorher ahnen konnte.

Unger und *Schoenrich*, die zusammenarbeiteten, verwendeten Musik, Blumen, Spiegel, Bilder und gingen eine sehr enge unterstützende Beziehung mit den Patienten ein. Ihre Patienten zeigten erstaunliche Reaktionen und es hatten praktisch alle von ihnen psychedelische Erlebnisse.

Durch meinen Besuch im Spring Grove Hospital lernte ich, wie man die Bedingungen manipulieren muß, um eine bestimmte LSD-Reaktion hervorzurufen. Nachdem ich mit einer Anzahl von Patienten, die bereits eine LSD-Erfahrung gehabt hatten, gesprochen und einen Patienten unmittelbar nach seiner LSD-Erfahrung interviewt hatte, war ich überrascht von dem Ergebnis, das einer Charakterveränderung ähnelte (vgl. auch *Maslow*, 1959).

Es war offensichtlich, daß mit diesen Patienten etwas geschah, was mit unseren nicht passierte. Besonders wichtig erschien es mir auch, daß ein früherer Patient des LSD-Programms in das Behandlungsteam aufgenommen worden war.*

Nach drei wertvollen Tagen in Spring Grove fuhren Dr. *Unger* und ich gemeinsam nach Princeton zu Dr. *Osmond*, der uns einen ganzen Tag widmete.

Nachdem ich nach Topeka zurückgekehrt war, begann ich mit der Dosierungsvorschrift, die Dr. *Unger* empfohlen hatte, änderte aber vorerst wenig am Behandlungsprogramm. Die Gesamtdosis von 300 mcg, die wir bis dahin gegeben hatten, wurde zur Anfangsdosis. Zeigte sich daraufhin keine Reaktion, so wurde jeweils nach einer weiteren Stunde eine Zusatzdosis von 200 mcg gegeben. Weil die meisten Patienten die erste Zusatzdosis bereits nach einer Stunde brauchten, gingen wir bald dazu über, mit 500 mcg zu beginnen. Psychedelische Reaktionen unserer Patienten (Stufe V oder VI) waren nun öfter zu beobachten.

Wir bereiteten die Patienten auf die LSD-Erfahrung vor und verwendeten einige der Hilfsmittel wie in Spring Grove. Jeder Patient konnte seine Musik frei auswählen, er wurde dazu ermutigt, sich von der Musik treiben zu lassen. Wir wechselten die von den Patienten gemalten Bilder von Künstlern aus und entfernten besonders die Bilder mit groteskem oder religiösem Inhalt. Immerhin erschien etlichen Patienten auf einem Bild das Napoleon zu Pferde zeigte, als ob er zu Gott aufblicke.

Das Milieu war offener, aber wies noch nicht das Ausmaß an Hilfe auf, das wir heute anbieten. Eine Zeitlang waren die Patienten immer noch an den Dynamometer angeschlossen, damit elektrophysiologische Daten gesammelt werden konnten. In der sechsten Gruppe begannen wir, für jeden Patienten einen Raum zur Verfügung zu stellen, jeweils war eine Hilfe, eine Krankenschwester oder ein Arzt an der Seite des Patienten. Dieses Arrangement war besser, aber entsprach immer noch nicht den Erwartungen und so entwickelten wir unsere heutige Arbeitsweise: therapeutische Einstellung der Versuchsleiter in einem Milieu mit Wohncharakter.

4. Phase

a) Einstellung des Patienten

Viel Sorgfalt verwendeten wir darauf, die Patienten in drei einstündigen Sitzungen eine Woche vorher auf die LSD-Erfahrung vorzubereiten.

* Harry Stuck Sullivan machte es bei der Übernahme seiner Abteilung des Sheppard Pratt Krankenhauses zur Bedingung, daß das gesamte professionelle Pflegepersonal entlassen wurde und setzte ehemals und potentiell Schizophrene mit guter Prognose als therapeutisches Hilfs- und Pflegepersonal ein (Anm. d. Hrgbs.).

Jeder Patient wurde angehalten, einen Lebenslauf zu schreiben. Einmal gab dies dem Patienten Gelegenheit, sein Leben zu überblicken im Hinblick auf die LSD-Erfahrung, zum anderen konnte der Kotherapeut das biographische Material verwenden, um den Patienten besser kennen zu lernen und damit die Effektivität seiner Arbeit mit dem Patienten während der LSD-Erfahrung zu erhöhen. Die Patienten wurden dazu aufgefordert, nach der Erfahrung ihre Eindrücke niederzuschreiben, um das Erlebnis zu verstärken. Aus dem gleichen Grund sollten sie untereinander wie mit den Mitgliedern der nachfolgenden Gruppen über ihre Erfahrungen reden. Es wurde vorgeschlagen, die verbleibenden sechs Wochen der Behandlung dazu zu verwenden, die unter dem LSD-Einfluß aufgetauchten Probleme durchzuarbeiten.

b) Einstellung der Versuchsleiter

In jedem Patientenzimmer war immer ein Kotherapeut anwesend, der durch das Behandlungsteam, das aus mir selbst und drei Kotherapeuten bestand, ausgewählt worden war. Alle therapeutischen Hilfskräfte waren für ihre Arbeit ausgebildet worden und hatten durch die Leitung von Patientengruppen im letzten Jahr erhebliche Erfahrungen gesammelt. Sie hatten sehr viel über die Anwendung von LSD gelesen, darunter auch das Handbuch über die Anwendung von LSD in der Psychotherapie von *Chwelos*. Alle anderen Teammitglieder wurden ständig in die grundlegenden Überlegungen miteinbezogen, besonders was die stetige, positive Unterstützung des Patienten während der LSD-Erfahrung betraf.

Diese positive Unterstützung galt nicht nur der physischen Pflege, sie drückte sich in der Aufmerksamkeit dem Patienten gegenüber aus, in einer positiven therapeutischen Haltung, die den Patienten dazu ermunterte, etwas aus der LSD-Erfahrung zu machen, wie auch in engem körperlichen Kontakt, z. B. die Berührung mit der Hand.

Einer der drei Kotherapeuten assistierte als Koordinator und als Ersatz während der Mittagsstunde für den, der den Tag über mit dem Patienten zusammen war. Ich selbst ging von einem Patienten zum anderen, unterstützte die Kotherapeuten, ebenso wie die Patienten, ich half den Patienten durch Unterstützung, Suggestion und Ermutigung.

c) Milieu

Wir stellten jedem Patienten einen eigenen Raum zur Verfügung. In einem ruhigen Gang der Alkoholiker-Abteilung wurden zwei Räume wohnlich eingerichtet. Symbolgegenstände wie eine rote Nelke, ein doppelseitiger Spiegel, bessere Bilder und das Eßtablett wurden in das Milieu miteinbezogen.

d) Ablauf

Die LSD-Erfahrung begann um 9.00 Uhr, den beiden ausgewählten Patienten wurde 500 mcg LSD in Wasser aufgelöst gegeben. Es wurde ihnen erklärt, daß die LSD-Erfahrung ihr Erlebnis sei und sie tun könnten, was sie wollten, um größtmöglichen Nutzen daraus zu ziehen. Die Therapeuten würden den ganzen Tag zu ihrer Hilfe und zu ihrem Schutz anwesend sein. Sie würden weder gedrängt noch getestet werden. Jeder Patient könne mit dem Kotherapeuten, den er bevorzugt, zusammen sein. Sie sollten sich die Musik anhören und sich von ihr treiben lassen. Sie brauchten nicht zu sprechen, wenn sie keine Lust hätten. Sollten sie jedoch mit uns reden wollen, würden wir uns mit ihnen unterhalten, allerdings nicht, wenn wir feststellen, daß sie sprechen, um die Wirkung der Droge zu umgehen. Dann würden wir sie auf ihren Widerstand hinweisen, sie auffordern, sich zu entspannen, um eine stärkere Reaktion auf das LSD zu erfahren. Wir sagten ihnen auch, daß wir nicht ihre Gedanken lesen könnten, obwohl ihnen dies während der Erfahrung zeitweilig so erscheinen könnte. Sie seien durch das LSD sensibilisiert, aber wir nicht.

Nach der Einnahme der Droge begleitete der Kotherapeut seinen Patienten in dessen Zimmer, wo sich der Patient hinlegte. Jedes Zimmer war mit Blumen, Büchern, Spiegeln, Bildern usw. ausgestattet. Der Kotherapeut blieb bei dem Patienten und beobachtete ihn die ganze Zeit über sorgfältig. Auf dessen Wunsch gab er ihm zu trinken, Kaffee, Wasser oder Saft. Er versuchte dem Patienten in jeder Weise beizustehen, hielt auch dessen Hand, gab ihm Ratschläge, was er am besten tun könnte. Ich selbst ging von einem Raum zum anderen und gab Anweisungen, wie die Patienten mehr aus der Situation und den Reaktionen machen könnten. Ich vermerkte von jedem Patienten die erreichte Stufe auf der Skala.

In der Mittagsstunde wurde den Patienten ein Tablett mit Essen gebracht. Meistens wurde nichts gegessen, wichtig war das Tablett für die Reaktion des Patienten wegen seiner symbolischen Bedeutung. Oft arrangierten die Patienten die Gegenstände auf dem Tablett neu, als ordneten sie ihr Leben.

Ich beobachtete einen Patienten, der wie ein Schachspieler die Figuren in einem Entscheidungsspiel studiert, gebeugt über sein Tablett saß. Er stellte das Glas Milch und die rote Nelke in die Mitte des Tablett, dann ordnete er die anderen Gegenstände rechts und links von der imaginären Linie sorgfältig an. Er diskutierte mit sich selbst, wohin er jeden einzelnen Gegenstand setzen sollte. Er band seine Uhr vom linken Handgelenk ab und legte sie links neben die Mittellinie. Das gefiel ihm jedoch nicht, und er legte sie rechts auf die Kante des Tablett. Sehr spöttisch wandte er seinen Blick vom Tablett weg und sah mich direkt an. Er sagte, er sei einer Erkenntnis sehr nahe, könne sie aber nicht fassen. Ich zeigte zuerst

auf die Blume, dann auf das Glas Milch und schließlich auf ihn und sagte nur die drei Worte: „Liebe, Leben, Sie“. Der Gesichtsausdruck des Patienten wandelte sich zu Erleichterung und Freude. Er langte nach der Milch und sagte, jetzt könne er sie trinken. Er leerte das Glas mit großer Befriedigung und erreichte zu diesem Zeitpunkt die höchste psychedelische Stufe.

Nicht nur das Essenstablett, sondern auch die rote Blume hatte eine große symbolische Bedeutung. Die meisten Patienten sahen, wie die Blume atmete, wie sich ihre Blütenblätter ausdehnten und wieder zusammenzogen. Sehr erstaunt nahmen sie wahr, daß die „Blume lebte“. Die Blume symbolisierte das Leben und war für sie wie ein „Willkommensgruß bei ihrer Rückkehr in das Menschengeschlecht“. Sie identifizierten sich mit der Blume, mit dem Leben und der Liebe und wurden sich durch diese Identifizierung ihrer eigenen Kräfte bewußt. Ein Patient sagte: „Ich schuf die Welt; ich schuf die Welt, wie sie ist und ich schuf meine Welt, wie ich sie haben wollte. Aber in dieser Welt, wie ich sie haben wollte, konnte ich nicht leben, und ich erfuhr, daß ich in der Welt, wie sie ist, leben kann“. Ein anderer sprach über seine Reintegration: „Es ist, als sehe man durch ein Kaleidoskop. Man dreht es, man sieht wie die Partikel aus der Peripherie kommen, enger und immer enger zusammenrücken, bis sie nur noch einen Punkt darstellen — und dieser Punkt bin ich“.

Der doppelseitige Spiegel vermittelte die Erkenntnis, daß es noch andere Möglichkeiten und Kraftquellen gibt. Wenn der Patient die Phase erlebte, in der er zwei Realitäten empfand, gaben wir ihm den Spiegel und forderten ihn auf, hineinzuschauen. Meistens blickte er auf die Vorderseite, grimassierte und wollte den Spiegel wieder weglegen. Wir wiesen ihn dann auf die andere Seite hin.

Er drehte den Spiegel um und betrachtete ihn mit Intensität und Freude. Meistens blickte der Patient an den oberen Rand des Spiegels, um sich so zu sehen, wie er sein könnte. Die andere Seite hatte ihm sein „schlechtes“ oder sein früheres Selbst gezeigt. Danach konnte er beide Seiten mit freudigem Verstehen betrachten.

Die Bilder und Bücher, die wir den Patienten zeigten, schienen sehr hilfreich gewesen zu sein. Sie fanden sich darin selbst und schienen sich besser zu verstehen, wenn sie die Bilder betrachteten. Die Milch auf dem Tablett schien allgemein Liebe oder ein Liebesgeschenk zu symbolisieren. Wenn die Patienten ihr Leben neu ordneten oder sich reintegrierten, entdeckten sie, daß sie gleichermaßen Liebe annehmen und geben können. Meines Erachtens lebt der Alkoholiker in dem Konflikt, keine Liebe annehmen zu können, es sei denn, er kann sie auf eine tiefere Stufe herabwürdigen.

Bald nach der Mittagsstunde erreichten die meisten Patienten eine psychodelische oder bewußtseinsweiternde Phase, in der sie Gott schauten, die ewigen Wahrheiten sahen und sich eins mit Gott und den Menschen fühlten. „Alles Vergangene ist vergangen. Ich fühle mich rein“. „Ich sah Gott, eine Gestalt in einem strahlenden Licht. Ich sprach mit Gott und er mit mir“. „Ich fühle mich neu, mein wirkliches Leben begann heute“. „Ich fühle mich so wohl, ich kann lieben. Ich kann jetzt meine Kinder lieben“. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Patienten im allgemeinen euphorische Gefühle und drückten begeistert das Wunder ihrer Reaktion und des Lebens aus.

Gegen 14.00 Uhr wurden die beiden Patienten zusammengebracht, und sie unterhielten sich miteinander. Jeder konnte dem anderen helfen und eingreifen.

Etwas Erstaunliches geschah. Während die beiden Patienten in der psychedelischen Reaktion gemeinsam die Blume betrachteten, sahen sie gleichzeitig, wie die Blume ihre Blätter oder ihre Arme, wie sie sie nannten, ent- und zusammenfaltete.

Danach konnten die Patienten entweder in ihrem Zimmer oder in ihrem eigenen Bett bleiben. Es wurden ihnen keine Mittel gegeben um die Wirkung des LSD abzumildern. Die Reaktion sollte möglichst lange andauern. Oft waren die Patienten bis um 3.00 oder 4.00 Uhr am nächsten Morgen wach. Vielfach erreichten jene, die die psychodelische Stufe um 14.00 Uhr nicht erreicht hatten, diese im Verlauf der Nacht.

Am nächsten Morgen wurden sie von einem jungen Arzt interviewt, der sie aufforderte, Schritt für Schritt zu erzählen, was sie während der LSD-Erfahrung gesehen, gefühlt, gehört oder erkannt hatten. Ohne sechs oder acht Stunden während der LSD-Erfahrung mit dem Patienten zusammengewesen zu sein, erfuhr der junge Arzt mehr über die Reaktion, denn die Patienten offenbarten im LSD-Interview mehr über ihre Erfahrungen als während des Erlebnisses selbst. Der Patient sollte gleichzeitig seine Reaktion noch einmal überblicken, um sie sich zu eigen zu machen. Er wurde aufgefordert, über seine Erfahrung zu schreiben, und immer wieder darüber zu sprechen, auch mit anderen Patienten, bis er seine Erfahrung integriert hatte. In den noch folgenden sechs Wochen des Behandlungsprogramms sollten sie alles aufarbeiten, was sie während der Drogen-Erfahrung erlebten. Für weitere sechs Wochen nahmen sie wieder an der normalen Alkoholiker-Behandlung teil und wurden dann entlassen.

In dieser vierten Phase unserer Untersuchungen erreichten fast 100% der Patienten eine hohe Stufe psychedelischer Erfahrung innerhalb von anderthalb bis zu zwei Stunden. Mit einer therapeutischen Einstellung des

Untersuchungsteams und einem wohnlichen Milieu wurde der numerische Mittelwert von 5,6 erreicht. Das bedeutet, daß fast alle Patienten die V. und VI. Stufe erreichten.

In dieser Phase beobachteten wir Regressionen, von denen einige bis zurück an die Geburt reichten. Ein Patient berichtete, er habe sich zeitweilig wie ein Einzeller erlebt. Ein anderer erlebte das Zusammenleben mit seinem Bruder wieder, mit dem er sich als Junge viel geschlagen hatte. Der Patient hatte den letzten Kampf gewonnen; der Bruder war in den Krieg gegangen und nicht wieder zurückgekehrt. Dem Patienten wurde bewußt, daß viele seiner Depressionen auf Schuldgefühlen gegenüber dem Bruder basierten. Nach diesem Wiedererleben fühlte er sich reingewaschen und konnte sich von nun an besser mit dem Leben auseinandersetzen.

Während unserer Arbeit hatten wir festgestellt, daß einige Patienten psychedelische Stufen erreichten, obwohl sie vorher psychologischen Tests unterzogen worden waren. Wir untersuchten daher anschließend, ob das allgemein zu erreichen wäre. Wir meinten, den störenden Einfluß der Testsituation durch eine ausreichende Entschädigung während der Tests ausgleichen zu können.

Eine Gruppe von fünf Patienten wurde getestet, während sie sich unter LSD-Einwirkung befand. Nur einer dieser Patienten hatte ein psychedelisches Erlebnis und das nur deswegen, weil er es „als zu schmerzhaft empfand, wieder ins Bewußtsein zurückzukehren, um die Fragen beantworten zu können“. Die anderen vier Mitglieder zeigten psychotomimetische Reaktionen, meist mit paranoidem Charakter.

Sie erzählten uns das laut schreiend, nachdem die Tests zu Ende waren. Wir gaben ihnen deshalb noch einmal eine Gelegenheit, LSD zu erfahren. In Zukunft werden wir Patienten während einer LSD-Erfahrung nicht mehr testen, da wir die Tests als zu zerstörerisch erkannt haben.

Vier von diesen Patienten nahmen noch einmal eine Dosis von 500 mcg in einem wohnlichen, therapeutischen Milieu und alle hatten psychedelische Erlebnisse. Einer von ihnen (der einzige Teilnehmer jüdischen Glaubens) regredierte zurück in seine Kindheit und „empfing sehr viel aus der Erfahrung, besonders durch die Musik“. Nach fünf Tagen jedoch stritt er eine psychedelische Erfahrung ab und begann zu rationalisieren. Dieser Mann war an die Grenze des physisch Ertragbaren gelangt, er hatte auf Grund einer zirrhatischen Leber einen Ascites. Trotz schlechter Prognose ist er seit einiger Zeit bereits nüchtern geblieben und arbeitet mit einer Gruppe Anonymer Alkoholiker in einer benachbarten Großstadt.

Die anderen drei Mitglieder dieser Gruppe hatten vollständige, psychedelische ekstatische Erlebnisse. Sie überblickten ihr Leben und sahen die

Antwort, sie glaubten, Gott zu schauen. Sie fühlten ihre eigene innere Stärke und erlangten ihr Selbstbewußtsein zurück.

Eine Woche oder zehn Tage nach dieser zweiten LSD-Erfahrung wurden die Patienten gebeten, beide Erfahrungen miteinander zu vergleichen. Drei von ihnen erklärten, die erste Erfahrung hätte sie wütend gemacht, sie hätten sich dabei betrogen gefühlt, die zweite Erfahrung jedoch sei vollkommen befriedigend gewesen. Nur der eine Patient, der die volle LSD-Erfahrung nicht erreicht hatte, stellte fest: „LSD wird grob überschätzt. Es ist ein riesengroßes Nichts“.

Zur Zeit bestehen zwei Psychotherapiegruppen, die sich aus ehemaligen Patienten, die die LSD-Erfahrung erlebt haben, zusammensetzen; eine trifft sich jeden Donnerstagabend im Hospital, eine andere im Veterans Administration Hospital von Oklahoma City. Wir halten diese Gruppen für sehr wichtig, da wir uns klar sind, daß innerhalb von zwölf Wochen nicht alle Lebensprobleme gelöst werden können und wir halten es für sehr vorteilhaft, daß die ehemaligen Patienten sich in ambulanten Gruppen zusammenfinden.

In unseren Experimenten behandelten wir auch einige Alkoholiker, die als schizophren klassifiziert worden waren; während des LSD-Erlebnisses zeigten sie keine Störungen. Wir stellten große Veränderungen bei diesen Patienten fest, die aber nur zwei bis drei Wochen anhielten. Nur drei Patienten, die anfangs als schizophren klassifiziert worden waren, und die sich jetzt in einem Zustand der Besserung befinden, hielten während des Programms ihren Charakterwandel bei. Sie leben auch heute noch abstinente. Schizophren klassifizierte Patienten, die innerhalb von zwei bis drei Wochen wieder regredierte, verließen im allgemeinen das Programm vorzeitig und tranken so kräftig wie früher, wenn nicht sogar stärker.

Inzwischen habe ich mit Untersuchungen an neurotischen Patienten begonnen, die intensive Psychotherapie und LSD in mehrfachen Dosen erhalten (*Abramson*, 1960; *Ling* u. *Buckman*, 1963; *Spencer*, 1964; *Cohen*, 1964). Dabei werden mit jedem Patienten mehrere Tests und qualitative Interviews durchgeführt, bevor die Therapie beginnt. Sie haben dreimal in der Woche eine einstündige psychotherapeutische Sitzung und erhalten LSD und Ritalin (à la *Sandison*, *Ling* und *Buckman*) alle zwei Wochen. Die Supervision der Psychotherapie wird von Psychoanalytikern der Menninger Foundation durchgeführt.

Nachdem ich an 120 LSD-Sitzungen teilgenommen hatte, wurde ein bestimmtes Verhaltensmuster der Patienten für mich erkennbar. Einige z. B. reagierten auf das LSD nicht stufenweise in der üblichen Art, daß sie die verschiedenen Reaktionsstufen durchliefen (*Chwelow* u. a., 1969), sondern sie konnten die beiden ersten Phasen des Widerstands und der

psychotomimetischen Erfahrungen überspringen und sehr schnell die psychedelische Phase erreichen. Weitere Aspekte der LSD-Behandlung tauchten auf und ich bin der Ansicht, daß die im folgenden diskutierten Phänomene noch vieler Untersuchungen bedürfen.

Die Bedeutung des Milieus

Unsere Experimente haben deutlich den Wert eines freundlichen Wohnumlieus für die LSD-Erfahrung erwiesen. Fast alle Patienten, die LSD in diesem Milieu erhielten, erreichten die psychedelische Phase, die meistens von ihnen sogar die ekstatische Stufe. Wichtig war eine gleichbleibend freundliche Unterstützung, Musik, Blumen, Bilder usw. Die Patienten blieben jedoch in den Stufen I—IV, wenn psychologische Tests, die die Patienten nur verärgerten, während der LSD-Erfahrung durchgeführt wurden.

Aufgrund vorheriger Unterrichtung über das bevorstehende LSD-Erlebnis, starker Unterstützung durch das Untersucherteam, Bestärkung des Patienten darin, die Ziele der LSD-Therapie ebenso gut erreichen zu können, wie andere Ziele im Leben, fühlten sich die Patienten frei zur Introspektion, zu Regressionen, und sie verwandten ihre eigene Ich-Stärke zur Reintegration ihrer Persönlichkeit.

Widerstandsphänomene (Noyes, 1958; Cohen, 1964)

Einige Patienten in unseren LSD-Experimenten mit Alkoholikern konnten, aber nur in der wissenschaftlich orientierten Testsituation, auch nach der Einnahme einer Dosis von 900 mcg LSD ihren Widerstand gegen eine introspektive Erfahrung aufrechterhalten.

Zu Beginn unserer Forschung fanden wir vor allem Verneinung und Weglaufen als Manifestationen des Widerstands gegen die LSD-Behandlung. Ein Patient, der eine Dosis von 400mcg LSD erhalten hatte, stritt jede Wirkung der Droge ab. Er behauptete, nicht zu taumeln, obwohl er bei seiner Rückkehr auf die Station von einer Seite der Halle auf die andere hinüberschwankte.

Es scheint, als ob diese Patienten alles, was im Laboratorium geschah, als Test ansahen, dem sie widerstehen oder den sie überwinden mußten.

Andere Patienten nutzten psychosomatische Symptome als Widerstand gegen die LSD-Erfahrung. Einige Forscher nehmen an, daß die psychosomatische Reaktion den bevorstehenden Verlust der Ich-Kontrollfunktion anzeige, daß sie ein letzter Widerstand vor einer psychotischen Reaktion sei. Sollte sich herausstellen, daß diesen Patienten mit der kombinierten Methode von LSD und Psychotherapie geholfen werden kann, so wird sich meines Erachtens eher ein Erfolg in der Behandlung einstellen, als bei Patienten, die reine Alkoholiker sind.

Intellektualisierung ist auch als starker Widerstand anzusehen. Selbst wenn solche Patienten ein psychedelisches Erlebnis hatten und ursprünglich den ganzen Reichtum einer LSD-Erfahrung erlebt hatten, tendierten sie dazu, zu externalisieren und zu isolieren, bis die Erfahrung keine subjektive Bedeutung mehr für sie hatte.

Ein Patient, der seine Erfahrung als sehr erfreulich während des LSD-Interviews und noch drei Tage danach schilderte, erklärte dann, seine Regression sei nur durch einen Film verursacht worden, den er einige Tage vor der LSD-Erfahrung gesehen hatte. Es ist interessant, daß dieser Patient trotz seines Verhaltens aus der Klinik entlassen wurde und jetzt abstinent lebt.

Intellektualisierende Patienten, die wissen wollen, welche Bedeutung ihre gerade ablaufende subjektive Reaktion für eine Anpassung an das Leben hat, erreichen nicht die höchste psychedelische Stufe. Wird dem Verlangen, Beziehungen und Verbindungen zu diesem Zeitpunkt herzustellen, nachgegeben, werden weitere Introspektion und Reintegration verhindert. Wir wiesen in solchen Situationen den Patienten auf seinen Widerstand hin und ermutigten ihn, entspannt auf eine sich von selbst einstellende Reintegration zu warten und unbeantwortete Fragen in der Einzel- oder Gruppenpsychotherapie in den ihm verbleibenden Wochen seiner Behandlung durchzuarbeiten.

Ein weiterer Widerstand gegen die LSD-Erfahrung ist deren Simulation. Sie ermöglicht es dem Patienten, die LSD-Erfahrung zu umgehen, führt aber gewöhnlich nach Abschluß der Sitzung zu ärgerlichen paranoiden Gefühlen. Solche Patienten baten gewöhnlich um eine zweite LSD-Erfahrung. Bei dem gegenwärtigen Behandlungsplan konnten wir aber nur in außergewöhnlichen Fällen mehr als eine Dosis geben. Es empfiehlt sich, diesen Simulanten LSD in Verbindung mit einer ambulanten Kurztherapie zu verordnen.

Der Widerstand gegen eine LSD-Reaktion scheint mit der Ablehnung von Autorität verbunden zu sein. Zum Beispiel kann Erbrechen, das wir nur bei wenigen Patienten beobachteten, ein Widerstand gegenüber der Droge sein und ein Fluchtmechanismus oder aber auch ein Ausdruck von Feindseligkeit gegenüber der Person, die die LSD-Erfahrung überwacht.

Die meisten dieser Patienten schaffen es dabei, alles um sich herum zu beschmutzen. Es scheint vom Patienten inszeniert zu sein, um auszu-drücken: „Nichts, was ihr tut, wird mich dazu bringen, das zu tun, was ihr erwartet, nämlich das Trinken aufzugeben“. Gleichzeitig ärgern sie das Behandlungspersonal, das gezwungen ist, den Schmutz zu beseitigen. Erbrechen kann aber auch ein Mittel sein, zu prüfen, ob das Behand-

lungspersonal wirklich am Patienten interessiert ist. Gleichzeitig ist es eine Regression auf eine frühere infantile Abhängigkeitsstufe.

Ein anderer Patient trank übermäßig Wasser, und simulierte so ein Trinkgelage. Bei anderen Patienten scheint Wassertrinken ein symbolischer Akt für die Annahme von Liebe und Fürsorge zu sein. Ein Patient stellte, nachdem er das letzte Glas Wasser getrunken hatte, kläglich fest, daß alles, was er immer nur gewollt habe, ein Glas Wasser gewesen sei. Vielleicht wollte er mit jedem neuen Glas Wasser, das er trank, zeigen, daß er die Droge, d. h. die Behandlung akzeptierte.

Übermäßig starkes Rauchen und viel Reden sind Fluchtmechanismen, die sich an etwas Realem festhalten wollen. Wir wiesen die Patienten darauf hin und versuchten ihnen zu helfen, damit aufzuhören, damit die introspektive Erfahrung gefördert werden konnte.

Symbolsprache und symbolische Interpretation

Savage und andere meinen in ihrem Werk „Caveat — The Psychedelic Experience“, daß die konventionelle Therapie in manchen Fällen schädlich sein kann. Ein sich omnipotent fühlender Psychotherapeut kann den Patienten verwirren oder ihm anderweitig durch Widerstandsdeutungen schaden, wenn emotionelle Empathie angebracht gewesen wäre.

Unsere Erfahrungen unterstützten diese Ansicht. Wenn man mit Patienten arbeitet, die sich mitten in einer LSD-Erfahrung befinden, ist der emotionelle Beistand wesentlich. Manchmal hat man den Eindruck, als ob der Patient solche Gedanken durch Telepathie wahrnehmen kann. Die Objekte im Zimmer des Patienten während der LSD-Erfahrung, die Blume, der Spiegel, die Fenstervorhänge, Gemälde, Musik, Essen und Trinken scheinen symbolische Bedeutung zu haben und stellen für das emotionelle Verständnis eine günstige Atmosphäre her.

Ein Beispiel für die Bedeutung symbolischer Interpretation lieferte der bereits erwähnte Patient, der nach einer solchen Interpretation das Essenstablett und im übertragenen Sinne sein Leben wieder ordnen und strukturieren konnte. Ich stimme zu, daß analytisch orientierte Widerstandsdeutungen die Tendenz haben, den LSD-Patienten abzulenken und ihn zu verärgern, ich meine aber, daß wir ihm symbolische Interpretationen geben müssen, die den Patienten nicht auf einer bewußten, sondern auf der Ebene des Unbewußten erreichen. Solche Interpretationen scheinen direkt verstanden zu werden, ohne daß sie von den Kontrollfunktionen des Ichs gefiltert worden wären. Offenbar kann diese Kommunikationsweise mehr vermitteln als gute Argumente, Überredung oder Vorschläge. Keine von diesen Kommunikationsarten scheint Bedeutungsinhalte so gut zu vermitteln wie die Symbolsprache. Wir sollten mehr dafür tun, die Bedeutung verschiedener Symbole herauszufinden, um sie

mit größerer Sicherheit und besserer Wirkung anwenden zu können. Meines Erachtens müssen wir eine neue Sprache für die LSD-Therapie entwickeln, die auf Symbolen beruht.

Verhaltensveränderungen der Patienten

Aufgrund meiner bisherigen Erfahrungen in der LSD-Therapie mit Alkoholikern konnte ich feststellen, daß sich die Patienten während und im Anschluß an die LSD-Erfahrung ändern. Vielleicht bin ich aufgrund meines Wunsches, den Patienten zu helfen, voreingenommen, ich meine jedoch, Veränderungen in ihrer Erscheinung, ihren Handlungen und der Art ihrer menschlichen Beziehungen erkannt zu haben. Diese Veränderungen werden auch von anderen Personen, wie dem Pflegepersonal und den Verwandten der Patienten wahrgenommen. Sogar diejenigen aus den ersten Gruppen, die die psychedelische Stufe nicht erreichten, änderten sich so weit, daß ein Psychologe, der Vorbehalte gegen LSD hatte, vorteilhafte Veränderungen bei den Patienten nach der LSD-Erfahrung zugestehen mußte.

Das Behandlungspersonal unserer Station hatte ursprünglich nur widerstrebend mit den Alkoholikern gearbeitet. Ihr Interesse an der Behandlung ist inzwischen gestiegen, was einer Anzahl von Faktoren zugeschrieben werden kann; der Wandel in den Patienten nach der LSD-Erfahrung trug entscheidend dazu bei, dieses Interesse zu stimulieren. Das Pflegepersonal stellte fest, daß die Patienten nach der LSD-Therapie auf Stationsversammlungen z. B. viel offener sind, daß sie zum Personal wie zu den anderen Patienten leichter Kontakt herstellen konnten. Patienten, die früher mehr Pflege verlangten, verlangten anschließend weniger, gehemmte Patienten gingen mehr aus sich heraus, die zynischen, depressiven, passiv-aggressiven, streitsüchtigen und abhängigen Charaktere waren „normaler“, „selbstsicherer“ und „zufriedener“.

Wir wissen, daß die meisten Alkoholiker ab und zu „gute Phasen“ haben und daß die Familienmitglieder zuerst daran glauben, daß sich der Patient wirklich geändert habe. Natürlich sind sie nach Abklingen einer solchen Phase nur umso mehr verärgert und verletzt. Leider war im ersten Jahr der LSD-Behandlung keine Anschlußstudie vorgesehen, worüber wir sehr unglücklich waren. Nun führt ein Sozialarbeiter diese Forschung in den Familien nach der Entlassung durch. Da unsere Patienten aus drei Staaten zu uns kommen, aus Kansas, Missouri und Oklahoma, muß der Sozialarbeiter große Reisen unternehmen, um seine Nachuntersuchungen durchführen zu können. Es kommen aber auch viele Patienten, insbesondere die, die nach dem Juni 1964 mit LSD behandelt worden waren, regelmäßig wieder zurück, um die Station und das Personal zu besuchen. Aus ihren Berichten über ihre Arbeit, ihre Zu-

friedenheit mit ihrer Nüchternheit und ihren verbesserten sozialen Beziehungen, sowie aus ihrer begeisterten Unterstützung des Behandlungsprogramms lassen sich bereits einige Daten für die Überprüfung unserer Behandlungsergebnisse gewinnen. Es sind jedoch große geplante Anschlußstudien nötig, um festzustellen ob diese Veränderungen andauern oder nicht.

Die Bedeutung von Identifikationsprozessen für Alkoholiker

Charakterveränderungen basieren gewöhnlich auf Identifikationsprozessen mit bedeutsamen Personen. Emotional kranke Personen, z. B. Alkoholiker, scheinen sich in Konflikt mit ihren Introjekten zu befinden. Es wird hier behauptet, daß die Selbstdestruktion des Alkoholikers gegen das Introjekt in ihm selbst gerichtet ist. Die psychedelische Erfahrung durch den beobachteten Teil des Ichs erlaubt die Wahrnehmung dieser Introjekte und macht es dem Patienten möglich, sie zu neutralisieren oder zu assimilieren.

Unseren Beobachtungen entsprechend meinen wir, daß Identifikationen in der psychedelischen Erfahrung entweder „maskulinen“ oder „femininen“ Charakter tragen. Die maskuline Identifikation gilt als stark, schöpferisch und wertvoll, sie steht für Humanität oder für Gott, als einem möglichen Symbol für den Vater. Ein solcher Mensch kann Verantwortung für sich und andere übernehmen. Er kann Liebe geben und annehmen. Er entdeckt die starken Seiten seines Ichs und ist fähig, sie realistisch einzusetzen.

Der zweite Identifikationstyp tendiert dazu sich unterzuordnen. Zur Zeit haben wir noch keine hinreichenden Erfahrungen, um sagen zu können, welcher Typ die bessere Prognose erlaubt. Wir glauben, bei unseren männlichen Alkoholikern einen Trend in der Richtung des maskulinen Typs zu sehen. Diese Hypothesen könnten die Grundlage für neue Richtungen in der LSD-Forschung sein. Jedoch wird die LSD-Forschung aufgrund von Unwissenheit und Vorurteilen oft angegriffen, so daß wir auch angesichts dieser ermutigenden Resultate zur Zurückhaltung mahnen müssen. Ich bin überzeugt, daß LSD-Therapie ein wertvolles Behandlungsinstrument ist, daß vor allem das Interesse der Psychiater verdient.

LSD-25 in Research and Treatment

Kenneth E. Godfrey

The author describes and discusses the experience he made in the therapeutic use of LSD-25 upon alcoholics. After a short historical survey of the problem, he states the determinant factors in the reaction of the patient which he subsumes under the two categories of set and set-

ting. "Set" refers to those attitudes, objectives, interests, expectations, needs and desires of both the investigator and the patient. "Setting" refers to the physical part, furnishings ect., where the drug or treatment is administered. He distinguishes in "set" three different attitudes of the treatment team: experimental, semi-therapeutic and therapeutic, while the "setting" is designated as formal, semi-formal or informal. The combination of these factors results in different experimental and treatment situations. The author gives a scale of six levels in the LSD reactions: 1st and 2nd) resistance levels in the LSD reactions: 1st and 2nd) resistance levels with psychological or psychosomatic tension; 3rd and 4th) psychotomimetic levels; 5th and 6th) levels are psychodelic.

123 alcoholic patients LSD experiences conducted in four phases of "sets" and "setting" are reported. Progression from "experimental" to "therapeutic set" concomitantly with progression from a "formal" to an "informal" setting yielded a steady progression in the quality of patient responses to LSD-25. In relation to more active involvement of the treatment personal in the process and less formal setting the responses of the patients reached higher levels. The author describes four phases in which set and setting were varied in the treatment:

- Phase 1. Experimental set with formal setting,
- Phase 2. Semi-experimental set with semi-formal setting,
- Phase 3. Therapeutic set with semi-formal setting,
- Phase 4. Therapeutic set with informal setting.

The development of the treatment showed that LSD—25 produces either a psychotomimetic or a psychedelic reaction according to the set and setting used in administration.

It was in the fourth phase that the therapeutic work became more effective as the patients obtained more care from the therapist and the personal and the setting became less experimental. Psychedelic responses could then be reached and the analytic interpretation could begin. The author lays stress upon the use of symbols in the treatment and states that a change in character and behavior is possible through LSD-treatment.

Literaturhinweise

- Abramson, J. A.* (1960): The use of LSD in Psychotherapy (New York: Josiah Macy Jr. Found. Publication).
- Blewett, D. G., Chwelos, N.* (1959): Handbook for the Therapeutic Use of LSD — Mimeographed.

- Chwelos, N., Blewett, D. B., Smith, C. M., Hoffer, A.* (1959): Use of d-Lysergic Acid Diethylamide in the Treatment of Alcoholism, in: *Quart. J. Stud. Alc.* 20 (3), p. 577—590.
- Cohen, S.* (1964): *The Beyond Within, The LSD Story* (New York: Atheneum).
- LeCron, L. M.* (1959): *Experimental Hypnosis* (New York: McMillan).
- Ling, T. M., Buckman, J.* (1963): *Lysergic Acid (LSD-25) and Ritalin in the Treatment of Neurosis* (London: Lombard Press).
- Maslow, A. J.* (1959): Cognition of Being in the Peak Experience, in: *J. Gemet. Psychol.* 94, p. 43.
- Noyes, A. P., Kolh, L. C.* (1958): *Modern Clinical Psychiatry* (W. E. Saunders).
- Savage, C.* (1962): LSD, Transcendence and the New Beginning, in: *J. Neur. Ment. Dis.* 135, p. 425.
- Sherwood, J. N., Stolcroff, M. J., Harmon, W. W.* (1962): The Psychedelic Experience — A New Concept in Psychotherapy, in: *J. Neuropsychiat.* 3, p. 370.
- Spencer, A. M.* (1964): Modifications in the Technique of LSD Therapy, in: *Comprehensive Psychiatry* 5, p. 232—252.
- Terrill, J.* (1962): The Nature of the LSD Experience, in: *J. Neur. Ment. Dis.* 135, p. 425.
- Unger, S. M.* (1964): *The Current Scientific Status of Psychedelic Drug Research* (New York: A paper delivered to the Conference on Methods in Philosophy and the Sciences).

LSD als zusätzliches Mittel zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Kenneth E. Godfrey und Harold M. Voth

Die Autoren berichten über eine Behandlung, in der zusätzlich zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie LSD-25 angewandt wurde. Sie geben einen kurzen Überblick über die Ergebnisse früherer Forschung auf diesem Gebiet. Durch den Gebrauch von LSD wird der psychotherapeutische Prozeß verkürzt. Andere Autoren haben darauf hingewiesen, daß durch Anwendung von LSD der Widerstand in der analytischen Situation verkürzt und schneller durchgearbeitet werden kann. Die Wirkung von LSD in der analytischen Therapie kann wie folgt zusammengefaßt werden: Die Regression wird gefördert, die Übertragung intensiviert, die Erinnerung erleichtert, der Widerstand verkürzt, die Fähigkeit zur Einsicht und Selbstbeobachtung erhöht.

Die beschriebenen Arbeitsergebnisse bestätigen die bisherige Forschung. Die Autoren warnen jedoch vor der Gefahr der Verallgemeinerung und unterstreichen die Bedingungen, die, ihrer Ansicht nach, erfüllt werden müssen, bevor ein Patient mit LSD-25 behandelt werden kann:

1. Der Therapeut muß nicht nur das Wesentliche der Psychodynamik erfassen können und ein versierter tiefenpsychologisch arbeitender Therapeut sein, sondern er muß auch eine gereifte und verlässliche Persönlichkeit sein.
2. Das Hilfspersonal darf dem Behandlungsprogramm nicht feindlich, sondern muß ihm eindeutig freundlich gegenüber eingestellt sein.
3. Der Patient muß sich sicher fühlen und wissen, daß er sich auf eine menschliche Unterstützung in und kurz nach der LSD-Erfahrung verlassen kann. M. S.

Die Suche nach wirksameren Behandlungsmethoden und der Wunsch, Persönlichkeitsveränderungen zu diagnostizieren, veranlaßte uns, die beiden Verfasser, LSD-25 als Hilfsmittel in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie anzuwenden.

Zweieinhalbjährige Erfahrungen mit der Droge, die an 125 Alkoholikern gewonnen wurden, waren hierfür eine wertvolle Vorbereitung. Die Wirkung der Droge, bezogen auf die Einstellung des Patienten und auf das therapeutische Milieu, konnte dadurch besser bewertet werden. Veröffentlichungen anderer Psychotherapeuten über die Anwendung von LSD-25 waren eine große Hilfe. Der hier geschilderte Behandlungsverlauf ist unser erster Versuch, zur Unterstützung der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie LSD anzuwenden. Obwohl bisher nur insgesamt 14 Patienten mit unterschiedlichem Erfolg mit diesem Verfahren behandelt wurden, sind wir zu einigen allgemeinen Schlußfolgerungen gekommen, die wir im folgenden darlegen.

Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Psychotherapie stehen an erster Stelle der Behandlungsmethoden für geistig-seelische Erkrankungen, jedoch kann ein voll ausgebildeter Psychotherapeut nur eine kleine Anzahl psychisch Kranker behandeln.

Die Verwendung von LSD in der therapeutischen Behandlung hat zwei Ziele: die Behandlungsdauer zu verkürzen und den therapeutischen Prozeß zu intensivieren. Seit über 18 Jahren wird die Anwendung von LSD und verwandten Substanzen als psychotherapeutisches Hilfsmittel erforscht. *Busch* und *Johnson* (1950) waren die ersten auf diesem Gebiet, ihre Beobachtungen und Hypothesen wurden durch die Arbeit anderer Wissenschaftler bestätigt.

Unsere Ergebnisse scheinen *Baker* (1967) und *Ditman* (1967) in diesem Punkt ebenfalls zu bestätigen. Auch *Sandison et. al.* (1954) halten die Verwendung von LSD in der Neurosen-therapie für sehr wertvoll. *Leuner* (1967), der den Begriff „Psycholyse“ geprägt hat, berichtet von hervorragenden Ergebnissen bei der zusätzlichen Anwendung von LSD in der Psychotherapie. Er machte darauf aufmerksam, daß Traumbilder, Regressionen, Übertragungsphänomene sich nicht von den klassisch bekannten Formen unterscheiden und daß LSD den psychoanalytischen Prozeß erleichtert. Auch wies er nach, daß die Abwehrmechanismen in der Psycholyse weniger starr sind; er meinte jedoch nicht, daß alle Phänomene, die in der Psycholyse auftreten, durch die psychoanalytische Theorie geklärt werden können. Auf der Josiah Macy Konferenz (1959) berichtete *Abramson* (1967) über die erfolgreiche Anwendung von LSD zur Vereinfachung der psychoanalytischen Behandlung, auch andere Psychiater haben über die Vorteile des LSD-Gebrauchs in der psychotherapeutischen Behandlung berichtet.

John Buckman (1963) stellte fest, daß „LSD ein mächtiges Mittel ist, die Widerstände des Patienten zu überwinden“ und zählte auf, wo LSD im therapeutischen Prozeß helfen kann:

1. Die Regressionsvorgänge werden beschleunigt.
2. Die Übertragung ist intensiver.
3. Das Erinnern wird erleichtert.
4. Psychische Entladungen werden verzögert oder beschleunigt.
5. Tiefere Einsicht ist möglich.
6. Die Fähigkeit zur Introspektion nimmt zu.

Lings (1963) Feststellung, daß der „Gebrauch von LSD in der Psychotherapie dem Patienten zu beachtenswerter Einsicht verhilft und ihm die infantile Neurose seiner Krankheit enthüllt“ und *Langners* Feststellung, „daß die LSD-Erfahrung die normale Dauer des Durcharbeitens verkürzt“, stimmen mit unseren Ergebnissen, die im einzelnen beschrieben werden, überein.

Falldarstellung

Es handelt sich um einen 26 Jahre alten, verheirateten Düsenjägerpiloten, Herrn M., der im November 1964 von einem Armee-Hospital in das Topeka Veterans Administration Hospital überwiesen wurde.

Mit der Diagnose „schizophrene Reaktion des schizo-affektiven Typs“ war er vom aktiven Dienst zeitweilig beurlaubt worden. Über seine Erkrankung sagte er: „Ich hatte einen Nervenzusammenbruch, mein Leben hat keinen Sinn mehr und es fällt mir schwer, mit Menschen zu sprechen“.

Seine Eltern waren ehrgeizige und fleißige Bürger der Mittelschicht einer Großstadt des Mittleren Westens. Zur Familie gehörten außer ihm der vier Jahre ältere Bruder und die Großeltern mütterlicherseits. Der Vater war streng und selbstbewußt, er neigte zu Wutausbrüchen. 1957 starb er an einer Koronarthrombose. Seine Mutter sei eine „aufbrausende Frau mit grauen Haaren gewesen, die an Asthma und Heuschnupfen litt“. Sein Vater habe oft versucht, die Streitigkeiten zwischen der Mutter und der Großmutter zu schlichten, oft sei er auch weggegangen, um den Streitigkeiten zu entgehen. Der Bruder sei ein sehr erfolgreicher Geschäftsmann geworden. Der Großvater sei ruhig und bescheiden gewesen, er habe nur wenig Aufmerksamkeit verlangt.

Patriotismus und eine religiöse Grundeinstellung waren in der Familie vorherrschend und hatten die Gedankenwelt des Patienten M. geprägt. Als Junge interessierte er sich für die Flugzeuge, die in der Fabrik, in der sein Vater arbeitete, hergestellt wurden. Kurz nach dem Krieg baute der Vater ein Werk für Heizgeräte auf, er war kaum zu Hause und konnte dem Sohn viel weniger Zeit widmen, als es dessen Wünschen entsprach.

Die folgenden Einzelheiten, die während der Anamnese spontan erinnert wurden, sind im Hinblick auf den Behandlungsverlauf sehr wichtig: Einmal wollte M. an einem Seifenkistenrennen teilnehmen, aber er konnte seinen Vater nicht dazu bringen, ihm die nötigen Materialien zu besorgen. — Wie der Vater, so waren auch die Söhne aktive Pfadfinder geworden. Als sich M. einer besonderen Gruppe anschließen sollte, mußte er zur Initiation eine Nacht allein im Wald verbringen und darüber nachdenken, was er seiner Mutter verdanke. — In die Schule kam er immer gut gekleidet, und die Mutter ermahnte ihn, auf seine Sauberkeit zu achten und nicht mit den anderen Jungen zu raufen. — Er sei einer der Intelligenteren der Klasse gewesen, jedoch kein Anführer, er habe sich auch nicht zur Gruppe zugehörig gefühlt, obwohl er an allen Veranstaltungen der Schule teilnahm. Seine Zeugnisse waren besser, als die seines Bruders, mit dem er heftig konkurrierte. Er war beliebt und wurde in mehrere Schulämter gewählt. Er spielte Fußball, machte Leichtathletik, war Mitglied in mehreren Clubs und arbeitete in der Schülerverwaltung mit. Trotzdem war sein Verhalten voll Abwehr, er war schüchtern und wirkte unecht und hielt sich selbst für den Sündenbock seiner Gruppe. — In der High School interessierte sich M. für Leichtathletik und Fußball und wurde ein hervorragender Sprinter. — Als einmal die Menstruation

seiner Freundin, mit der er regelmäßig sexuellen Verkehr hatte, ohne dabei Verhütungsmittel zu benutzen, verspätet einsetzte, wurde er sehr depressiv und hatte zu nichts mehr Lust. — Nach dem Tod seines Großvaters wünschte die Großmutter, daß er im Bett des Großvaters schlafen solle, damit sie mit ihrer Einsamkeit fertig werden könne. Er sträubte sich anfangs dagegen, „im Bett eines Toten zu schlafen“, willigte aber schließlich ein. — Die Eltern hätten sich immer Sorgen über seine Freundschaften gemacht, sie hätten Angst gehabt, er könne in schlechte Gesellschaft geraten. — Eine der Hauptwaffen der Mutter gegen die Söhne war der Vorwurf, daß sie so viel für sie geopfert habe. — Der Vater habe keine Lebensversicherung abgeschlossen, da er seine Söhne als Lebensversicherung für sich und die Mutter ansah. — Mit 13 Jahren wäre John Wayne sein Vorbild gewesen. Damals beschloß er, Pilot zu werden. Der Vater war jedoch für eine Ingenieurausbildung, einmal, weil er selbst nicht studiert hatte, zum anderen, weil die Luftwaffe keine sichere Zukunft böte. Nach der Oberschule besuchte M. daher eine staatliche Universität, wo er sich, wie sein Bruder, auf Flugzeugtechnik spezialisierte. Bereits in den ersten Studienjahren begann er, Flugunterricht zu nehmen. — Als er in den Weihnachtsferien die Nachricht vom Tod seines Vaters erhielt, war seine erste Reaktion, „daß er jetzt endlich das Auto bekommen könne“. Er weinte nicht, sondern beherrschte sich, so „wie der Vater es getan hätte“. Da die finanzielle Situation sich nach dem Tod des Vaters verschlechtert hatte, gab der Bruder seinen Beruf, in dem er erfolgreich gewesen war, auf, übernahm die Firma und ernährte die Familie. Der Tod des Vaters und die Begräbnisfeierlichkeiten machten M. viel zu schaffen. Er wollte trauern, konnte es aber nicht. Kurz vor dem Tod des Vaters hatten er und der Vater sich erneut verständigt, aber der Tod hatte diese Verständigung nicht ausreifen lassen. Er setzte sich in den Schreibtischsessel seines Vaters und wurde unempfindlich und unerreichbar, wie sein Vater gewesen war. Er beendete seine Ausbildung und wurde Diplomingenieur. Dann heiratete er seine Freundin, die er auf der Universität kennengelernt hatte und mit der er ständig zusammen gewesen war. —

Vor Beendigung seiner Flugausbildung unternahm er mit einigen Mädchen einen Flug nach Colorado. Sie gerieten in einen Schneesturm und machten eine Bruchlandung. Wie durch ein Wunder wurde niemand ernstlich verletzt. —

Er wurde ein erfolgreicher Ingenieur und ging zur Luftwaffe, wo er mit der offiziellen Pilotenausbildung anfang. Er erreichte die höchste Bewertung im theoretischen Wissen, wurde aber in der Gesamtbewertung nur zweiter. Damals bekam seine Frau das erste Kind, sie lebte bei ihren Eltern, als er den zweiten Teil des Kurses absolvierte. In dieser Zeit hatte der Patient zum ersten Mal eine außereheliche Beziehung mit

einer 38jährigen Witwe. Als er einer Kampfeinheit zugeteilt wurde, plante er, in der Luftwaffe zu bleiben. Getrieben davon, sich hervorzutun, übte er pausenlos Flugtechnik, denn er wollte einmal so „unerschrocken und sicher, wie ein richtiger Pilot“ sein.

Obwohl seine Ehe gut war, konnte er oft nicht mit seiner Frau sprechen. Er grübelte darüber nach, ob sie sexuell gut zueinander paßten und plagte sich mit der Vorstellung, kein richtiger Mann zu sein. Über die zweite Schwangerschaft seiner Frau freute er sich sehr.

Der Ausbruch der Krankheit

Als er die Offizierslaufbahn einschlug, quälte sich M. mit der Frage, ob er zum Piloten wirklich geeignet sei. Er gönnte sich keine freie Minute mehr und nahm jede Gelegenheit zum Fliegen wahr. Den leitenden Offizier provozierte er oft zu Auseinandersetzungen, gleichzeitig wollte er ihm nacheifern. Nach einer Rüge durch den leitenden Offizier kam er sehr gespannt und verzweifelt nach Hause. Seine Erregung über diese Meinungsverschiedenheit entlud sich in einem Ausbruch, in dem er mit der Faust eine Wand einschlug. Am nächsten Tag machte er Ausflüchte, einen längeren Auftrag zu übernehmen.

Er konnte nicht mehr mit dem Navigator arbeiten und litt an akustischer Überempfindlichkeit. Diese Schwierigkeiten hielten auch am nächsten Tag an, es wurde ihm ein anderer Navigator zugeteilt und er sollte eine Woche lang Präzisionsaufträge fliegen. In dieser Woche stellte die Aufsicht einen absonderlichen Flugstil bei ihm fest. Er erklärte, er mache Kunststücke, um sich zu entspannen. Er sagte später, er habe damals das Gefühl gehabt, „in einer anderen Welt zu sein“.

Nach seiner Rückkehr zum Flugplatz sperrte ihm sein Flugkommandant die Flugerlaubnis. Der Patient geriet in einen Verwirrungszustand und glaubte, daß seine Frau irgendwo in der Stadt gefangengehalten werde. Dieser Zustand steigerte sich, obwohl er mit seiner Frau am Telephon gesprochen hatte. Kurz danach verschwand er für kurze Zeit, er las eine Prostituierte auf, verließ sie dann wieder und kehrte in die Kaserne zurück. Am nächsten Tag sagte er, er sei kein Pilot und wolle nie wieder fliegen. Bald darauf litt er unter einem unkontrollierten Tremor und wurde verstört in ein Krankenhaus eingeliefert und von dort mit Hilfe starker Beruhigungsmittel in eine psychiatrische Klinik überwiesen.

Bei der Aufnahme war er unruhig, hyperaktiv und wahnhaft besorgt um die Sicherheit seiner Frau. Sein Zustand verbesserte sich etwas, aber seine Depression blieb anhaltend und er wurde in das Topeka Veterans Administration Hospital im November 1964 überwiesen.

Bei seiner ersten Untersuchung war M. aufmerksam und zeigte sich gut orientiert. Er war sehr intelligent, aber grübelte immer darüber nach, warum er keinen Erfolg habe. Sein abstraktes Denkvermögen war, als man sein Sprichwörterverständnis prüfte, nur gering beeinträchtigt. Er sprach ohne Stocken, sprach aber hauptsächlich darüber, daß es ihn beunruhige, weder mit seiner Frau, noch mit den anderen Patienten oder dem Pflegepersonal kommunizieren zu können.

Trotz seiner depressiven Verstimmung verfügte er über viel Energie. Er beschäftigte sich wie besessen damit, wie er sein Leben gestalten sollte, konnte aber keine konstruktiven Zukunftspläne machen. Der Patient hatte gute soziale Beziehungen, war aber gehemmt, wehrte ab und meinte, immer der Sündenbock zu sein.

Da er glaubte, daß seine Mutter weder Gefühle geben noch annehmen könne, war es für ihn schwer, eine Beziehung zu ihr aufrechtzuerhalten. Die Abhängigkeit von seiner Frau verleugnete er, indem er das starke Familienoberhaupt spielte. Über seine Fliegerlaufbahn machte er sich Sorgen, zu einem Piloten sei er nicht geeignet und er könne sich auch nichts für die Zukunft vorstellen. Die Ursache seiner Krankheit war ihm ein Rätsel. Er wollte gern hartgesotten wie John Wayne sein und wußte gleichzeitig, daß er diese Rolle nicht ausfüllen könnte. Wegen seiner gelegentlichen außerehelichen Affären machte er sich starke Schuldgefühle.

Die Diagnose des Topeka VA Hospitals lautete „neurotisch-depressive Reaktion mit Zwangsvorstellungen und -handlungen“, im Gegensatz zum Luftwaffen-Krankenhaus, das eine „schizophrene Reaktion schizoid-affektiven Typs“ festgestellt hatte. Es wurde eine psychotherapeutische Krankenhausbehandlung empfohlen. Bald nach Beginn dieser Behandlung wurde LSD als Hilfsmittel eingesetzt.

Behandlungsverlauf

Die Behandlung umfaßte 125 Stunden, bei einer Frequenz von drei Stunden in der Woche. In der Anfangsphase der Behandlung wurde ein therapeutisches Bündnis entwickelt, ein Überblick über die Krankheit gewonnen und der Patient auf die zusätzliche Verwendung von LSD vorbereitet, was gemeinsam mit seiner Frau durchgearbeitet wurde. Ein psychiatrisch ausgebildeter Sozialarbeiter war für die Familie verantwortlich.

Nach ungefähr einem Monat wurde zum ersten Mal LSD angewendet, in jeweils zweiwöchigem Abstand, im ganzen 13 mal. Die Anfangsdosis von 50 mcg erhöhte sich in den folgenden Sitzungen bis das Optimum von 150 mcg erreicht wurde. Zwei Stunden nach Einnahme des LSD erhielt der Patient jeweils Retalin in Dosen von 10 bis zu 20 mg.

Während der fünfstündigen LSD-Erfahrung (von 9 Uhr morgens bis 14 Uhr am Nachmittag) befand sich der Patient in einem Privatzimmer zusammen mit dem Psychotherapeuten oder einem speziell ausgebildeten Krankenpfleger. Der Therapeut war immer von 11 Uhr bis 14 Uhr anwesend und registrierte die Gedanken und Gefühle des Patienten. Um 14 Uhr erhielt die Patient Phenothiziane, um die Wirkung des LSD abzuschwächen. Für den restlichen Tag und in der Nacht wurde der Patient sorgfältig vom Pflegepersonal bewacht.

Gespräche mit dem Therapeuten am nächsten Morgen in dessen Arbeitszimmer wurden auf Tonband aufgenommen.

Das Wichtigste der psychotherapeutischen Sitzungen und der 13 LSD-Erfahrungen haben wir im folgenden zusammengefaßt dargestellt.

1. Stunde: Der Patient meint, im Vergleich zu seinem Bruder, immer nur zweitrangige Bedeutung gehabt zu haben, er habe sich nie zugehörig gefühlt. Die strenge und kontrollierende Mutter habe seine Erfolge nie wahrgenommen. Sein Vater sei sehr stark gewesen, aber auch er habe die Neigung gehabt, die Erfolge des Patienten nicht überzubetonen. Beim Tode seines Vaters habe er nicht geweint. Ein Tutor von ihm habe Selbstmord begangen.

2. Stunde: In seiner Einheit der Luftwaffe habe er die Rolle des Sündenbocks gespielt.

3. Stunde: Er drückt seine Hoffnungslosigkeit aus, die mit seinen hohen Idealen kontrastiert. Für jemand anderes zu arbeiten, falle ihm schwer.

4. Stunde: Er sei ein sehr schlechter Mensch.

5. Stunde: Er hat Angst, seine Frau durch seine Krankheit zu schädigen.

6. Stunde: Er hat Schuld- und Ärgergefühle wegen der Untreue zu seiner Frau. Er glaubt nicht an seine Gesundung und meint, lebenslang im Krankenhaus bleiben zu müssen. Er erinnert sich, daß die Mutter ihn „ihr Baby“ nannte.

7. Stunde: Er sei wütend. Er gestattete sich selbst nicht, ein Ziel zu erreichen. Er denkt wieder an seine Mutter, die seine Leistungen niemals lobte. Der Patient erhält zum ersten Mal LSD.

1. LSD-Sitzung: Die erste LSD-Erfahrung sei für ihn wie eine Meditationsübung gewesen, in der er sein Leben überblickt habe. Er machte sich Sorgen um seine Frau. Er möchte sehr gern wieder gesund werden — nicht zu gesunden sei, wie ein „Veilchen zu verwelken“. Gesundheit bedeute, alles zu meistern und mit anderen zu konkurrieren. Mit der Geschichte des Jagdfliegers, der beide Beine verlor, aber dennoch ein guter Pilot wurde, beschreibt er seine eigene Krankheit. Er fühlte sich jedoch sehr einsam in dieser ersten LSD-Erfahrung und vermißte die Gegenwart des höchsten Wesens, an das er glaubt.

8. Stunde: Unter der Wirkung des LSD sei es sehr dunkel gewesen und seine linke Körperhälfte habe geschmerzt. Er ist sehr bekümmert

wegen seiner Frau und seiner Kinder. Für eine Weile verliert er die Gewalt über die linke Hand.

9. Stunde: Er ist sehr gespannt, möchte die Behandlung aufgeben, wegrennen, der kleine „verlorengegangene Junge“ möchte er aber auch nicht sein. Durch sein promisküöses Verhalten wollte er beweisen, daß er ein Mann ist. Der sexuellen Beziehung zu seiner Frau sei er nicht gewachsen, vielleicht sei ein anderer Mann besser für sie.

10. Stunde: Er ist zuversichtlicher, aber kann keine Verantwortung für eigene Entscheidungen übernehmen. Das Leben verspricht viel, aber es enthält auch die Angst vor dem Tod. Seine selbstzerstörerischen Tendenzen werden ihm bewußt.

Wir interpretierten die erste LSD-Sitzung hauptsächlich als Ausdruck von Schuldgefühlen, Kastrationsangst (der Pilot, der beide Beine verlor) und Glauben an seinen Vater.

In den anschließenden therapeutischen Sitzungen drückte er seine Unfähigkeit aus, zu seiner Frau eine Beziehung aufzubauen, sowie keinen Erfolg im Leben zu haben. Um seine Gefühle und Meinungen klarer herauszuarbeiten, waren einige Interpretationen des Therapeuten nötig.

2. LSD-Sitzung: Er hat sexuelle Wünsche, er ist ein Mann, er sehnt sich nach einer Frau. Er möchte sein Leben gern auskosten und es ist ihm klar, daß er sich vor dem Leben nicht verstecken kann. Er möchte gern lieben, arbeiten und angstfrei leben. Erfolgreich das Leben zu meistern ist Kampf. Er findet seine Gleichsetzung von Leben und Kämpfen selbst absurd. Als ob er gegen die ganze Welt kämpfe, um erfolgreich zu sein. Er denkt daran, daß er sich immer selbst beweisen muß; er möchte gern energisch sein.

Dieses Material gibt dem Psychotherapeuten die Möglichkeit, den Vater des Patienten zu erwähnen. Der Patient greift dieses Thema schnell auf und zeigt Schuldgefühle, weil sein Vater so hart für die Familie gearbeitet hat.

11. Stunde: Er möchte sehr gern wieder gesund sein.

12. Stunde: Die Vergangenheit verfolgt ihn, er weigert sich hartnäckig, auf sie einzugehen.

13. Stunde: Für Raufereien hätten ihn seine Eltern schwer bestraft.

14. Stunde: Er möchte andere Menschen nicht verletzen und hat Angst, nie wieder gesund zu werden.

In der zweiten LSD-Sitzung erlebte er ein erotisches Bedürfnis nach Frauen und wurde sich seiner selbstzerstörerischen Tendenzen bewußt. Erfolg zu haben hieß kämpfen (wahrscheinlich gegen den Vater kämpfen). Der Therapeut interpretierte seine Zwangssymptome, die ihn daran hinderten, sinnvoll am Leben teilzunehmen. Er wünschte sich eine Autorität, die die Verantwortung über sein Leben übernehme. Teilweise machte er seine Eltern für seine Mißerfolge verantwortlich, die ihm Raufereien mit

Altersgenossen verboten. Er wurde auf die gegen sich selbst gerichtete Wut aufmerksam gemacht.

3. LSD-Sitzung: Der Patient nahm in der Sitzung einen starken Uringeruch wahr und das Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein, steigerte sich. Er erwähnt sein selbstzerstörerisches Verhalten, denkt an Selbstmord und versucht, seine Depression nach der zweiten LSD-Sitzung zu deuten. Er sei ein schlechter Mensch, und er fragt sich, ob er leben oder sterben soll. Gleichzeitig wird ihm die Verantwortung für seine Familie klarer, und die Unmöglichkeit, ihr auszuweichen. Er habe anderen viel Schaden zugefügt, und eigentlich müsse er deshalb sein Leben beenden. Kranksein heißt, das Leben zu beenden. Er erinnert sich an den Tod des Großvaters und, daß er als Fünfjähriger im Bett des Großvaters schlief, damit die Großmutter sich nicht so einsam fühlte. Es erregte ihn, aber gleichzeitig kam es ihm gespenstisch vor. Die Großmutter starb, der Vater starb, er mußte groß und stark sein. Er erinnert sich an einen versteckten Todeswunsch gegen seinen Vater und an die Skrupel, die er beim Tode seines Vaters gehabt hatte, ob nicht sein Wunsch auch zum Tode des Vaters beigetragen hatte. Er erinnert sich an einen spielerischen Kampf mit seinem Vater.

15. Stunde: Er ist sehr depressiv und verzagt. Er spricht von seiner Promiskuität und von Schuldgefühlen. Mit Hilfe des Therapeuten erkennt er, daß Schuldgefühle ihn an einer guten Beziehung zu seiner Frau hindern und ihn dazu bringen, sich mit anderen Frauen zu beschäftigen.

16. Stunde: Seine Wutgefühle seien eine unverzeihliche Sünde, wegen der er sich schuldig fühle.

17. Stunde: Er besitzt ein geringes Selbstwertgefühl und die Tatsache, ein Mann zu sein, bereitet ihm Angst.

18. Stunde: Er habe sehr stark an den Schürzenzipfeln seiner Mutter gehangen.

19. Stunde: Er habe Schwierigkeiten, soziale Beziehungen herzustellen, er spricht von Onanie und erinnert sich, daß er sie immer als etwas sehr Sündiges angesehen hat. Er erwähnt eine sexuelle Beziehung zu einem Mädchen während der Oberschulzeit.

20. Stunde: Die Welt lastet schwer auf seinen Schultern. Er beschreibt ein Flugzeugunglück, bei dem er knapp mit dem Leben davon kam. Das sei eine Strafe für seine Sünden gewesen.

21. Stunde: Es wird ihm zunehmend klarer, daß Schuldgefühle sein Verhalten bestimmt haben. Er deutet inzestuöse Wünsche seiner Mutter gegenüber an.

In der dritten LSD-Sitzung erinnerte er sich an Kindheitserlebnisse, durch die er ödipale Wünsche ausleben konnte. Er deutete Todeswünsche

gegenüber seinem Vater an und stellte fest, daß er immer der Mann an der Spitze sein wollte.

In den anschließenden Therapiestunden war er depressiv, äußerte Schuldgefühle und hatte ein geringes Selbstwertgefühl. Er berichtete über seine sexuellen Beziehungen zu anderen Frauen. Der Therapeut deutete, daß Schuldgefühle sich dahinter verbergen, die ihn gleichzeitig an einer guten Beziehung zu seiner Frau hinderten. Seine Schuldgefühle wären mit der Tatsache, daß er im Bett des Großvaters schlief, verbunden.

4. LSD-Sitzung: Er fühlt sich voller Leben, das macht seinen Blick für seine Krankheit schärfer, und manchesmal hat er das Gefühl, betäubt zu sein. Er ist in sich gekehrt und stellt fest, daß er noch nicht geschlagen ist, er hat etwas Hoffnung. Während eines Wochenendbesuches fühlte er sich seiner Frau sehr nahe, aber die Beziehung war noch immer nicht so, wie sie hätte sein können. Schuldgefühle zerstörten seine positiven Gefühle seiner Frau gegenüber. Er beschäftigt sich mit seinen Schuldgefühlen und sieht, daß sein präpsychotisches hypomanisches Verhalten hauptsächlich „Theater“ war. Er fühlt sich einer Einsicht nahe, ohne sie erreichen zu können. Er habe Spannungszustände, aber auch mehr Gefühle der Hoffnung, weniger Schuldgefühle und spricht über Einzelheiten seiner Krankheit, wie auch ihres Ausbruchs. In seinem Leben gebe es periodisch auftretende Depressionen. Er will vor allem der Realität des Todes entfliehen.

22. Stunde: Etwas ärgert ihn, er sei ein Moralist.

23. Stunde: Er möchte die starke Bindung zu seiner Mutter lösen.

24. Stunde: Sein Vater sei ein Antreiber gewesen. Der Patient wollte der Klassenerste sein und war in Wirklichkeit in der Fliegerausbildung nur der zweite.

25. Stunde: Er möchte sich gern die Schuhe des Vaters anziehen und möchte wissen, ob das „schrecklich“ sei.

26. Stunde: Er spricht über Homosexualität und den Konflikt zwischen Unterwerfung und Rebellion. Dieser Konflikt habe die Beziehung zu älteren Offizieren gestört. Die gleichen Konflikte zeigen sich in der Übertragung.

In der vierten LSD-Sitzung war er hoffnungsvoll, er verstand einige seiner Schuldgefühle und deren Auswirkungen besser und fühlte sich seiner Frau näher.

In den anschließenden Therapiestunden erkannte er seine Mutterbindung und seinen Wunsch, dem Vater nachzueifern und seinen Platz einzunehmen. Der Therapeut deutete, daß es sich um ödipale Konflikte handelte. Zum ersten Mal äußerte der Patient seine Schuldgefühle wegen seiner Onanie. Er sprach über die Schwierigkeit, überall erfolgreich zu sein, worauf der Therapeut, an den Wunsch, die Schuhe des Vaters zu tragen, erinnerte. Zum ersten Mal erwähnte er den Konflikt zwischen

Unterwerfung und Auflehnung. Der Therapeut wies in diesem Zusammenhang auf den vorgesetzten Offizier und auf die Übertragungssituation hin.

5. LSD-Sitzung: In der letzten Sitzung sei er einer Erkenntnis sehr nahe gekommen, ohne sie aber zu erreichen. Die Blume im Behandlungsraum stellt die Frau dar, seine Frau, die er sehr liebe. (Eine ähnliche Äußerung machte ihn nach der letzten Sitzung sehr depressiv.) Er weiß nicht, warum er Schuldgefühle hat, sie sind jedoch deutlich vorhanden. Die Vorfälle anlässlich des Ausbruchs seiner Krankheit kommentiert er weitschweifig. Er erinnert sich auch an eine Diskussion über das mögliche Erbe des Vaters vor dessen Tod, in der er an das neue Auto des Vaters gedacht hatte. Als der Vater starb, habe er sich sehr schuldig gefühlt. Sein vorgesetzter Offizier sei sehr barsch gewesen, er habe Angst vor dem Fliegen gehabt und gerade, als er als Pilot etwas leisten konnte, klappte es nicht mehr. Er hatte die Wahnvorstellungen, daß andere Männer ihm seine Frau wegnahmen und daß seine Frau ihn betrog. Er erinnerte sich, daß er in der Stadt krampfhaft nach seiner Frau suchte und daß die Suche mit einer Krankenhauseinweisung endete. Die Erinnerungen daran sind sehr lebhaft. Mit 21 Jahren habe er einmal gedacht, daß seine Mutter eine alleinstehende Frau ist, die einen Mann brauche. Manchmal fürchtet er, daß er Amok laufen könne.

27. Stunde: Er könne gesund werden, das erschreckt ihn. Er hat weniger Angst vor den Menschen und fühlt sich seiner Frau und seinen Kindern näher. Seine Frau habe gute Eigenschaften, die er vorher nie an ihr bemerkt habe. Seine Gefühle der Mutter gegenüber kann er nicht genau beschreiben.

28. Stunde: In einem Traum sei er wieder bei der Luftwaffe gewesen und habe mit einem altmodischen Flugzeug eine kleine Insel verteidigt. Er fühle sich mehr mit seiner Mutter, als mit seiner Familie verbunden, gelegentlich seien jedoch die Gefühle für seine Familie stärker.

29. Stunde: Zärtliche Gefühle werden ihm bewußt. Er mag die Familie seiner Frau, weil sie ihn als Mann respektiert. Seine Mutter sei nicht ganz schlecht. Er liebe harte Arbeit. Er erinnert sich an seine Angst in seiner akuten Krankheitsphase. Er glaubte damals, daß seine Frau in einem Autowrack saß und sich von ihm scheiden lassen wollte. Als Kind hatte er Schuldgefühle, er sei sich immer sehr klein vorgekommen und habe zu Gott gesprochen, wenn er traurig war. Er spricht von der Liebe zu einem Mädchen und erinnert sich an seine erste Verabredung. Die Mutter habe ihn abgepaßt, als er nach Hause kam. Dem Patienten wird die Bedeutung dieser ersten Freundin und ihrer Beziehung zu seiner Mutter langsam klar.

30. Stunde: Er fühlt sich heute wohler. Sein Vater sei ein guter Mensch gewesen, der nicht von seiner Umwelt abhängig war.

In der fünften LSD-Sitzung fühlte er sich seiner Frau mehr verbunden. Er stellte fest, daß er sie mehr lieben könne, als vorher, aber gleichzeitig habe er auch mehr Schuldgefühle. Diese Sitzung enthüllt offene Todeswünsche gegenüber seinem Vater und andere ödipale Konflikte. Er versagte als Pilot, als seine Befähigung am größten war und als er einen bestimmten Auftrag erhielt.

In den anschließenden therapeutischen Sitzungen glaubte er, wieder gesund werden zu können, er fühlte sich Frau und Kindern verbunden, konnte aber seine Gefühle der Mutter gegenüber nicht klar ausdrücken. Er erinnerte sich an Schuld- und Kleinheitsgefühle, die er als kleiner Junge erlebte. Der Therapeut erkannte die ödipalen Wurzeln und seine Interpretationen halfen dem Patienten, dies zu erkennen.

6. LSD-Sitzung: Zum ersten Mal war die LSD-Sitzung nicht erschreckend. Er erinnerte sich an weitere Einzelheiten seiner Krankheit. Er spricht über das schwindende Interesse an Mädchen, über seine Impotenz und seine Unfähigkeit zu Onanieren, über seinen barschen Vorgesetzten und vor allem darüber, besser mit seiner Frau auskommen zu wollen. Wegen seiner sexuellen Wünsche hat er weniger Schuldgefühle. Er beginnt, sich mit seiner Zukunft zu beschäftigen und was aus ihm werden soll. Er erinnert sich an den Anblick eines nackten kleinen Mädchens, als er vier Jahre alt war. Man sagte ihm, Onanie sei eine Sünde gegen Gott. Er wünscht, daß seine Frau ihn perfekt machen solle. Offizier in der Luftwaffe zu sein, verlange einen sehr hohen Perfektionsgrad, den er seiner Meinung nach nicht besitze.

31. Stunde: Seit langem fühlt er sich wieder besser. Er ist selbstsicherer. Als kleiner Junge habe er versucht, der Mutter zu zeigen, daß er ein Mann ist. (In der Übertragung zeichnen sich klar ödipale Konflikte ab.) Er könne nicht mit dem Therapeuten (= Vater) arbeiten, da dieser gegen ihn sei. Die Behandlung helfe ihm nicht, er werde keinen Erfolg haben.

In der sechsten LSD-Sitzung beschrieb er sexuelle Konflikte und war der Überzeugung, daß Onanie eine Sünde gegen Gott sei. Dem Patienten ging es besser, aber in der therapeutischen Übertragung zeigte er starken Widerstand. „Gesund zu werden, heißt sich unterworfen zu haben“. Der Therapeut deutete seine Untreue, die Onanie und das Fliegen als Versuche, der Mutter zu beweisen, daß er für sie ein Mann ist. Schuldgefühle gegenüber Gott (= Vater) wurden interpretiert. Es wurde festgestellt, daß er mit dem Therapeuten (= Vater) nicht arbeiten konnte, da er diesen als ihm feindlich erlebte.

7. LSD-Sitzung: Dem Patienten wird klar, daß er gegen seinen Arzt gekämpft hat und sich im therapeutischen Widerstand befand. Er erinnert sich, daß er dem Arzt direkt in die Augen gesehen habe und sich sagte: „Nein, das ist nicht wahr, ich versuche nicht, mit meiner Mutter eine

inzestuöse Beziehung zu haben“. Der Arzt habe ihn anklagend angesehen, indirekt gab der Patient damit zu, daß er eine solche Beziehung wünschte. Er entdeckt auch die Angst, sich dem Arzt zu unterwerfen und durch die Therapie ein Roboter zu werden. Er möchte gern seine eigene Firma haben und im Management sein. Vielleicht würden seine Kinder ihn später hassen. Er wird sich einer unbewußten Feindseligkeit dem Vater gegenüber klar, den er, so weit er es weiß, sehr geliebt hat und für den er, kurz vor dessen Tod, sehr viel Zärtlichkeit empfunden habe. Am Ende der Sitzung spricht er darüber, daß er sich sehr männlich fühlte, als er zuletzt zusammen mit seiner Frau schlief.

33. Stunde: Er spricht über die Schuldgefühle wegen des Todes seines Vaters und über sein Vergnügen bei der Annahme, nun das Auto seines Vaters zu erben.

34. Stunde: Er komme in der Therapie nicht mehr vorwärts, der Therapeut behandle ihn zu seinem eigenen Nutzen. Er zeigt sehr großen Widerstand, läßt sich nicht fassen und möchte die LSD-Behandlung abbrechen.

35. Stunde: Er fühlt sich entmutigt, der Therapeut mache sich über ihn lustig. Als er in der High School war, habe er kein Identitätsgefühl besessen. Er habe sich immer draußen gefühlt, er spricht über seine Wut und seine Furcht vor seinem Vater, dem Mann Nr. 1.

36. Stunde: Er möchte sein Vertrauen wiedergewinnen, seine Schuldgefühle sollen ihm genommen werden. Wenn er als Junge irgendetwas Neues unternommen hätte, fühlte sich seine Mutter schrecklich verletzt. Er verdanke seiner Mutter schrecklich viel; es sei schwierig, ihr näher zu kommen. Ödipale Schuldgefühle werden als Grund dafür angesehen, daß er sich keinen Erfolg gestatten kann.

37. Stunde: Er möchte gern eine Stelle finden, weiß aber nicht, wie er dabei verfahren soll. Er möchte immer noch gern aus der Behandlung fortlaufen. Er hat Angst vor der Arbeit und fühlt sich in der Behandlung frustriert. Er fürchtet, man könne ihn wieder fertig machen.

In der siebenten LSD-Sitzung wurde der Widerstand in der Übertragung deutlicher. Er meinte, der Arzt nehme an, daß er, der Patient, inzestuöse Beziehungen zu seiner Mutter aufnehmen will, er hatte Angst, sich zu unterwerfen und hatte gleichzeitig die Phantasie, der Boss einer großen Firma zu sein. Seine Wutgefühle versetzten ihn in Alarmbereitschaft, er fühlte sich in der Behandlung mit dem Vater-Therapeuten festgefahren und wollte deshalb mit der Behandlung aufhören. Sein mangelndes Männlichkeitsgefühl wird auf die ödipale Situation zurückgeführt und es wird auf die Bedeutung des Ödipuskomplexes für die Entstehung des Erfolgsgefühls hingewiesen. Erfolgreich zu sein heißt, den Vater zu vernichten und die Mutter zu gewinnen. Eine erfolgreiche Behandlung wäre eine Unterwerfung unter den gehaßten Vater.

8. LSD-Sitzung: Er habe in dieser Sitzung vor allem an seine Frau gedacht. Es wird ihm in aller Schärfe bewußt, wie sehr er seine Frau liebt, daß sie sexuell sehr anziehend ist, wie gern er mit ihr zusammen ist; es ist, als ver liebe er sich gerade in sie. Er hat niemals zuvor in seinem Leben etwas so schönes erlebt. Es sei überhaupt das Beste. Er möchte gern wissen, was mit ihm los ist. Fast scheint es, als warte er auf einen Blitz, der ihn zerschmettert. Er fühlt sich immer noch von der Gesellschaft ausgeschlossen. Unter der Wirkung des LSD wurde es ihm deutlich, daß er sein ganzes Leben in seinem Gehirn gespeichert habe. Er denkt über Leben und Tod nach und über ein Leben nach dem Tode. Er beschäftigt sich wieder mit seiner Krankheit, damit, wieviel Wissen er als Luftwaffenoffizier erworben hat, wie unbarmherzig er sich antrieb, er erinnert sich an den Ärger mit vorgesetzten Offizieren und erkennt, daß er viel von diesem Ärger provozierte. Die große emotionale Distanz zu seiner Frau wird ihm bewußt. Er erinnert sich an seine gelegentliche Untreue, seine mögliche Impotenz und an seine starken Isolationsgefühle. Eigentlich fürchtet er, daß der Arzt im Kern seines Wesens etwas wirklich Böses entdecken könne. Er träumte, daß er und sein Bruder sich um einen Sitz im Senat bewarben mit dem Siegel der Integrität und der Kooperation. Er fürchtet, die Arbeit eines Senators sei zu hoch für ihn. Die Behandlung verlaufe besser, und er erwähnt Senator Kennedy. Er spricht mit Intensität über seinen sterbenden Vater und über das Gefühl, einen Schock zu bekommen. Es wurde interpretiert, daß der Patient meinte, jemand müsse sterben, damit er ein Mann sein und Erfolg haben könne.

38. Stunde: Er beschließt, mit seiner Frau einen Wochenendausflug zu machen. Sein Vater habe sich nie etwas gegönnt, er habe immer zu hart gearbeitet.

39. Stunde: Er möchte sich ändern. Er vollende nie das, was er sich vornimmt. Er fühlte sich seiner Einheit zugehörig, aber als er leitender Pilot wurde, flog er nicht mehr so gut. Es ist schwer für ihn, Hilfe vom Therapeuten anzunehmen.

40. Stunde: Vielleicht behandelt er den Therapeuten so, wie er sich seinen Eltern gegenüber verhielt. Der klassische Widerstand arretiert den therapeutischen Prozeß. Er will sich nicht dem Therapeuten „unterwerfen“, denn wenn er gesund werden würde, hätte der Therapeut gesiegt.

41. Stunde: Ein Mißlingen der Therapie wäre ein Sieg über den Therapeuten. Der Patient fühlt sich in der Mitte der Erfolgsleiter. Er meint, der Therapeut sehe ihn wie seine Mutter, schwach und untauglich.

In der achten LSD-Sitzung erlebte er neue intensive Liebesgefühle für seine Frau, aber auch Schuld-, Angst- und Isolationsgefühle. Hauptsächlich beschäftigten ihn Einzelheiten seiner Krankheit. Die ödipale

Bedeutung des Materials wird gedeutet, hervorgehoben wurde, daß jemand sterben müsse, damit er sich zu einem Mann entwickeln könne. Dieser „Jemand“, so wurde interpretiert, sei sein Vater.

9. LSD-Sitzung: Er habe sehr viel Einsicht bei dieser LSD-Erfahrung gewonnen. Allmächtige Kräfte hätten beschlossen, daß er ein Mann sein soll, d. h. daß er einen „Penis habe“. Er beschreibt die visuellen Erlebnisse in der LSD-Erfahrung: Ein Penis, der einen Strohhut trug, ging in eine Bar. Er war ein hübscher Kerl, der dem Therapeuten ähnelte. Er liebte das Vergnügen und wurde sein ständiger Freund. Auch andere Männer wären mit ihrem Genital da gewesen. In seinem Leben habe er das männliche Genital überbewertet. Er denkt an seine eigenen Führereigenschaften bei der Feststellung, daß sein Phallusfreund diese Eigenschaften besaß. Das Thema, mit Autoritäten zu konkurrieren, taucht auf. Er erinnert sich in diesem Zusammenhang an seine vorgesetzten Offiziere, an seine Konkurrenzhaltung dem Vater gegenüber. Er beschreibt viele der Eigenschaften, die er an seinem Vater liebte und erkennt in der LSD-Sitzung erneut, daß er sich der Behandlung widersetze, weil er sich nicht dem Therapeuten unterwerfen wollte.

42. Stunde: Er grübelt über seinen Antriebsmangel, er fühlt sich in die Irre getrieben, ist falsch orientiert und fehlgeleitet. Er möchte gern wissen, warum er sich so sperrt und warum er so respektlos ist.

43. Stunde: Er spricht über die letzte LSD-Sitzung. Sein kleiner Begleiter habe wie sein Vater ausgesehen. Er äußert sehr viel Gefühle in dieser Sitzung. Er erinnert sich der Gespräche mit seinem Vater, der sehr verständnisvoll war und stellt ihn den späteren vorgesetzten Offizieren in der Luftwaffe gegenüber.

In der neunten LSD-Sitzung ereignete sich die wichtigste intrapsychische Veränderung, die wir als einen bedeutsamen Wandel in seinem ödipalen Konflikt ansehen und der vielleicht die Auflösung seines Ödipuskomplexes war. Schuld- und Angstgefühle ließen nach, der Kampf gegen eine Unterwerfung unter den Therapeuten wurde bald eingestellt, und der Patient begann, sich mit dem Vater in der Übertragung zu identifizieren, was sich symbolisch darin ausdrückte, daß der Penis zu seinem Freund und ständigen Begleiter wurde. In diesem Zusammenhang stellte er seine früheren Schwierigkeiten mit Autoritätspersonen. Die therapeutische Interpretation verknüpfte die Traumgestalt mit dem Vater. Der Patient erkannte, daß er mit seinem Verhalten vor dem Ausbruch der Krankheit auch seinem Vater, der Späße liebte, nacheifern wollte.

10. LSD-Sitzung: Er beschäftigt sich hauptsächlich wieder mit Frauen, vor allem mit seiner eigenen Frau: wie sehr er sie mag und wie sehr sie ihn sexuell erregt. Während eines Teils der Sitzung empfindet er zum ersten Mal einen starken Brechreiz. Er spricht viel über seine ödipalen

Konflikte und über ihre Manifestationen in seinem Leben. Vor allem stellt er fest, daß er seine Frau in einer gewissen Distanz von sich gehalten habe, und daß er viele Autoritätskonflikte hatte. Möglicherweise sehe er sich nach einer Stellung um.

44. Stunde: Er erinnert sich an schöne Erlebnisse mit seinem Vater und an ihre gemeinsame Arbeit. Die LSD-Behandlung habe ihm irgendwie dabei geholfen, seinen Widerstand gegen die Therapie aufzugeben.

45. Stunde: Er habe geträumt, seine Frau habe mehrmals Drillinge bekommen, am ersten Tag zwei Jungen und ein Mädchen, dann zwei Mädchen und einen Jungen und am dritten Tag drei Mädchen. Allen wäre es sehr gut gegangen. Er spricht von seiner alten Angst vor dem Vater.

11. LSD-Sitzung: Er erinnert sich an vieles, was in seinem Leben passierte, besonders an seine früheren Versuche, „Krach zu schlagen“ und an die Bedeutung seiner Erkrankung. Während der LSD-Erfahrung seien viele kleine Typen herumgerannt, die seine vergangene Playboyexistenz schal fanden. Ein kleiner Bursche in einem Cowboyanzug keifte ihn die ganze Zeit an und trat ihn jedesmal, wenn er etwas Dummes tat. Er sei einer großen Anzahl von Menschen zu Dank verpflichtet. Er denkt über die Behandlung nach, besonders über die ödipale Thematik. Er wollte seinem Therapeuten gern den Dokortitel verleihen. Für einen Augenblick hatte er ein ganz starkes Isolationsgefühl, als ob er die Welt verlasse. Die Zukunft erschreckte ihn etwas. „Aber mein kleiner Freund war da und sagte, wir können es schaffen“.

46. Stunde: Er möchte gern in Kalifornien leben. Er erkennt seine Vaterübertragung.

47. Stunde: Es ist sehr schwer für ihn anzuerkennen, daß der Therapeut ihm hilft, dasselbe gelte auch für seinen Vater.

48. Stunde: In den letzten beiden Wochen sei viel in der Therapie geschehen. Er habe erkannt, daß er Gefühle für seinen Vater auf Autoritätspersonen überträgt und sieht die damit verknüpfte Dynamik. Er sei Frauen nachgejagt, um seine Männlichkeit zu beweisen und Flugzeuge hätten für ihn Macht symbolisiert. Er spricht über seine Krankheitsphase in der Luftwaffe, besonders über die Schwierigkeiten, die er mit dem Vorgesetzten hatte. Er erwähnt seine Onanie und gibt den Inzestwunsch in der Onaniephantasie zu. Der Therapeut bestätigt die Einsicht des Patienten, daß es sich um ödipale Konflikte handele, aber legt Wert darauf, die Abwehr gegen ein konstruktives Umgehen mit dieser Einsicht zu deuten.

12. LSD-Sitzung: In dieser Sitzung sei weniger als sonst geschehen. Er selbst hat nach dem Grund gesucht, warum es zu den Zusammen-

stößen mit den vorgesetzten Offizieren kam, warum er diese Konflikte selbst inszenierte und warum er sich so verletzt fühlte. Sein Verhalten vor seiner psychotischen Reaktion sei durch eine Art Supermännlichkeit gekennzeichnet gewesen. Er erinnert sich an seine Kindheit, die Schulzeit, insbesondere an seine hohen Ideale, seine Ergebenheit Gott, dem Vaterland, der Mutter gegenüber. Diese Ideale bezogen sich auf das allerhöchste — auf den Wunsch, seine Mutter zu besitzen.

Erfolg und Erfüllung dieser Ideale seien ihm immer viel zu wichtig gewesen. Er weint in dieser Sitzung, als habe er diese „hehren Vorstellungen“ nun für immer verloren. Zu gewinnen war ihm immer sehr wichtig, vielleicht sollten ihn diese Erfolge dafür entschädigen, daß er sein höchstes Ziel nicht erreichen konnte. Er erinnert sich an seine große Vaterlandsliebe.

49. Stunde: Er macht weiterhin Berufspläne und plant ein Leben mit seiner Frau und den Kindern. Zu seiner Mutter habe er jetzt eine realistischere Beziehung.

50. Stunde: Sein Vater habe immer hart gearbeitet, er möchte mit seinen Kindern zusammenleben. Menschen kennenzulernen sei leichter, als er dachte.

51. Stunde: Er freut sich über seine Freiheit, selbst entscheiden zu können. Er möchte eine Stelle haben, um für seine kleine Familie sorgen zu können.

Der Therapeut wies vor allem auf die Tendenz des Patienten hin, der Verantwortung eines erwachsenen Menschen aus dem Weg zu gehen und auf den Wunsch, den Therapeuten nicht an seinen Zukunftsplänen teilnehmen zu lassen. Es wurden selbstzerstörerische Tendenzen in seinen Zukunftsplänen festgestellt.

13. (letzte) LSD-Sitzung: Er fühlt sich wie ein Gast auf einer Party, an der viele Frauen ohne Gesichter teilnehmen. Er ist sehr gelangweilt und fühlt sich etwas aufgebläht, als habe er zuviel gegessen. Er möchte gern wissen, warum er im Krankenhaus ist und empfindet keine Verbindung zur Außenwelt. Er habe alles im Leben, er „habe es geschafft“. Das ist ein großartiges Gefühl, er hat jetzt keine Probleme mehr, bald wird er eine Stelle haben. Er denkt an seine schöne Frau und an seine prächtigen Kinder. Er sei jetzt viel geduldiger mit den Kindern als seine Frau. Er ist der unbeschwerteste Mensch der Welt. Er mag seinen Arzt und sieht die Ähnlichkeit von Arzt und Vater. Der Arzt ist für ihn kein Rivale mehr und kein Hemmschuh für seine Gesundheit, in Wirklichkeit steht der Arzt auf seiner Seite. Er hat ihm gegenüber nicht mehr das Spannungsgefühl, das identisch mit den Gefühlen zu seinem Vorgesetzten war. Er kann es gar nicht mehr glauben, daß er in seinen depressivsten

Zuständen an Selbstmord dachte. Selbstmord erscheint ihm jetzt gänzlich ausgeschlossen. Es gibt für ihn viele Parallelen zwischen seiner früheren Beziehung zu seinem Vater und den Gefühlen seinem Arzt gegenüber. Er stellt sich wieder die Zeit seiner Erkrankung vor, wie bekümmert er sich fühlte und wie unsicher er damals war — ganz anders als heute —, als er zum ersten Mal nach Hause durfte. Er erinnert sich an frühere Sitzungen, besonders an die, in denen er von seiner Liebe zu seiner Frau sprach und an der Existenz Gottes zweifelte. Zum Schluß der Sitzung denkt er an die symbolische Bedeutung des Fliegens für ihn und sagt, er könne jetzt jederzeit wieder fliegen, wenn er es wollte.

In den LSD-Erfahrungen hatte er keine visuellen Wahrnehmungen seines Vaters gehabt, aber in vier oder fünf lebhaften Träumen hatte er seinen Vater wie in einem Zwischenreich besucht.

In den LSD-Sitzungen erinnerte er sich an die vielen Gefühle, die er für seinen Vater gehabt hatte, an alte Erlebnisse, aber diese Erinnerungen waren nicht mit visuellen Wahrnehmungen verbunden.

Der Therapeut beschränkte sich darauf, das verschiedene unbewußte Material, das in die Behandlung eingebracht wurde, zusammenzufassen, nämlich, daß Erfolg die Vernichtung des Vaters und die totale Verantwortung für die Mutter bedeutete.

Die Psychotherapie lief in den folgenden zwölf Monaten langsam aus, sie diente vor allem zum Zweck der Nachuntersuchung. Die über dreijährige Beobachtung zeigt, daß es dem ehemaligen Patienten jetzt gut geht. Er kommt in seinem Beruf außerordentlich gut voran, erhält Gehaltserhöhungen und wurde mehrmals befördert. Für Verbesserungsvorschläge wurde er von seiner Firma belohnt. Er und seine Frau richteten sich ein neues Haus ein, in dem sie nun zu fünft leben. Ein Sohn wurde nach Beendigung der Behandlung geboren.

M. war ein Jahr lang erfolgreicher Vorsitzender eines Sportclubs mit 600 Mitgliedern. Nebenher schreibt er Artikel für eine Sportzeitung und an einem Buch über sein Leben, seine Krankheit und die Behandlung, sowie über sein Leben nach Beendigung der Therapie. Psychopathologische Symptome, wie vor Beginn seiner Krankheit, lassen sich nicht feststellen. Er verfügt über Energie, verneint jedoch Gefühle von Angst oder Antriebslosigkeit, wie sie vor Ausbruch der Krankheit bestanden.

Bei der Nachuntersuchung schilderte seine Frau folgende Beobachtungen. Sie stellte seinen Charakter, seine Persönlichkeit und sein Verhalten vor und nach der Behandlung einander gegenüber: „Als wir noch bei der Luftwaffe waren, also bevor er ins Krankenhaus kam, war er hyperaktiv. Er mußte sich in verschiedenen Aktivitäten zwanghaft auszeichnen; alles was er machte, war es Arbeit oder Vergnügen, wurde ihm zur

Arbeit, z. B. ein Flugzeug zu steuern, Golf zu spielen oder zu kegeln. Er war von dem Zwang getrieben, alles besser als irgend jemand anderes zu machen — aber heute hat sich das alles geändert. Sport, wie z. B. Kegeln, ist für ihn jetzt eine Erholung, denn er kann sich dabei entspannen und an dem Spiel freuen. Natürlich muß er noch immer wetteifern, besonders, wenn er in der Mannschaft des Kegelvereins spielt. Jedoch ist das Ziel jetzt nicht mehr, die anderen auszustechen, sondern sich an ihrer Gesellschaft und den Spielregeln zu freuen. In den letzten Monaten hat mein Mann vieles angefangen und hat Hervorragendes geleistet. Kürzlich hatte er einen Theaterbesuch für 600 Personen organisiert. Im Theater entdeckte er die Nationalen Rennfahrer, und er brachte es fertig, eine kleine Rede zu halten, in der er die Sportrekorde jedes einzelnen aufzählte, ohne daß er sich vorher Notizen gemacht hätte. Vor seiner Krankheit war er nie so selbstsicher, er hatte auch nicht den Wunsch gehabt, eine Rede vor 600 Menschen zu halten“. Der größte Fortschritt ihres Mannes bestehe jedoch im Umgang mit anderen Menschen. Er könne sich in viele Menschen hineinversetzen, er könne sich vorstellen, wie andere auf eine Situation reagieren werden, er könne anderen gut mitteilen, daß er sich ihrer Gefühle bewußt sei. Vor seiner Krankheit habe er schnell Kontakt mit anderen Menschen gefunden, die die gleichen Interessen hatten, aber sobald er eine Freundschaft geschlossen hatte, mußte er sich zwanghaft einem Fremden zuwenden, der wie eine neue Herausforderung erschien.

„Die Art, wie er mit den Kindern umgeht, hat sich auch sehr geändert. Vor seiner Krankheit gehörte er zu den Vätern, die von ihren Kindern blinden Gehorsam verlangen. Das ist heute ganz anders. Er erklärt ihnen gern etwas und sagt, warum sie sich so verhalten müssen, wie man es ihnen sagt. Obwohl er gar nicht so viel zu Hause ist, wie ich und die Kinder es gern hätten, nutzt er die Zeit mit den Kindern gut aus. Er kann ihnen seine Gefühle so mitteilen, daß sie ihn verstehen. — Am schwierigsten ist es für mich, zu erklären, wie die Beziehung zwischen meinem Mann und mir sich in den letzten Jahren geändert hat. Diese Veränderungen sind, wie ich meine, durch eine neu erworbene Fähigkeit zustande gekommen, Zärtlichkeit anzunehmen, und auch zu geben. Wenn ich an unserer Beziehung vor der Erkrankung denke, erscheint es mir, obwohl es mir damals nicht klar war, daß für ihn damals nur wichtig war, daß er mir gefällt. Damals gründete sich unsere Beziehung nicht auf echte Zuneigung, sondern diese war nur gespielt. Dies trifft heute nicht mehr zu. Er fühlt sich nicht mehr gehemmt, seine Zuneigung auszudrücken, wann immer es ihm gefällt. Seine emotionale Beteiligung ist echt, damals war er dazu nicht fähig. Vor seinem Zusammenbruch hatte er eine Trennwand um sich herum gebaut, er wollte sich selbst allein besitzen; in den Wochen vor seinem Zusammenbruch verlangte er nach

Zuneigung von jedermann. Viele seiner Arbeitskollegen scheinen ihn gut zu kennen und beneiden ihn wegen seiner Unabhängigkeit und um die Bereitschaft sich zu engagieren, wenn andere vor der Verantwortung zurückschrecken. Alle, die ich kenne, meinen, er sei sehr glücklich. Abgesehen von einigen Ausnahmen, tut er das, was ihm gefällt. Er nimmt an den Sportarten teil, die ihm Spaß machen, er ist mit den Menschen zusammen, die er sich ausgesucht hat und kommt und geht, wie es ihm gefällt. Er ist voll Leben und die anderen Menschen merken das.“

Diskussion

Die Art und Weise dieser Behandlung ist der klassischen, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sehr ähnlich; wir meinen jedoch, daß das klinische Ergebnis, was Gründlichkeit und Kürze der Behandlung betrifft, nicht ohne die Anwendung von LSD als therapeutisches Hilfsmittel zustande gekommen wäre.

Der Patient befand sich in einem akuten Zustand und infolgedessen waren unbewußte Faktoren leichter erkennbar. Wir vertreten jedoch den Standpunkt, daß erst mit Hilfe des LSD die Ursachen der Erkrankung des Patienten viel deutlicher zutage traten, so daß man ihre Auswirkungen in Vergangenheit und Gegenwart des Patienten viel besser verfolgen konnte. Therapeutische Einsicht entstand durch ein Verständnis der Symbolik, wie sie sich in der LSD-Erfahrung zeigte, und durch die Deutung der Übertragung, durch Erinnern und Durcharbeiten des Konfliktes des Patienten. Er konnte Vergangenheit und Gegenwart ausgezeichnet in Verbindung setzen. Die Behandlung hatte eine beachtliche emotionelle Tiefe. Insbesondere der Widerstand hätte sich ohne die Anwendung von LSD noch viel länger, als bis zur neunten LSD-Sitzung manifestieren können. Keiner von uns, den beiden Autoren, hatte es in seiner therapeutischen Praxis erlebt, daß Widerstand in dieser klassischen Form sich so schnell und mit so viel Einsicht in die Ursachen des Widerstandes auflöste.

Wir wissen, daß man aus einer Krankengeschichte keine Verallgemeinerungen ziehen darf. Wir meinen jedoch, auf Grund unserer Arbeit mit diesem Patienten und einigen anderen, daß die Psycholyse erfolgversprechend ist. Es müssen aber folgende Bedingungen erfüllt sein, ehe ein Patient mit dieser Methode behandelt werden kann:

1. Der Therapeut muß u. E. nicht nur das Wesentliche der Psychodynamik erfassen können und ein versierter tiefenpsychologisch arbeitender Therapeut sein, sondern er muß auch eine gereifte und verlässliche Persönlichkeit sein.

2. Das Hilfspersonal darf dem Behandlungsprogramm nicht feindlich, sondern muß ihm eindeutig freundlich gegenüber eingestellt sein.

3. Der Patient muß sich sicher fühlen und wissen, daß er sich auf eine menschliche Unterstützung in und kurz nach der LSD-Erfahrung verlassen kann.

Wir sind uns darüber im klaren, daß unsere Methode nur eine von vielen ist, LSD zu psychotherapeutischen Zwecken zu verwenden. Wir meinen, daß der grundlegende psychotherapeutische Prozeß nicht geändert, sondern einfach erweitert und verkürzt wurde. Unsere Erfahrungen weisen auf die Bedeutung halluzinogener Drogen als eine Möglichkeit, mehr Patienten psychotherapeutisch zu behandeln.

LSD as an Adjunct to Psychoanalytically-Oriented Psychotherapy

Kenneth E. Godfrey and Harold M. Voth

The authors discuss the case of a patient with whom they used LSD-25 as an adjunct to psychoanalytically-oriented psychotherapy. They give also a short survey about the earlier research in this area; the research material proves that the use of LSD-25 shortens the duration of psychotherapeutic treatment. Some authors stressed the fact that the use of LSD-25 may lead to a weakening of the defence mechanisms in the analytic situation.

The effects of LSD-25 on the psychoanalytic process may be summarized as follows: advancement of regression, intensification of transference, facilitating of memory, support of "acting-out" and increase of the ability for insight and self-observation. The case discussed in this paper confirms these results of LSD-research. The authors emphasize the acceleration of resistance by the use of LSD-25 in the psychoanalytic treatment. Warning of too quick generalizations of their results they stress the importance of certain conditions which are necessary in their opinion for a use of LSD-25 in treatment: the therapist must be a secure, mature, active person and must commit himself fully to the cure of his patient. The support personnel must be nonhostile and clearly sympathetic with the treatment program. The patient must feel completely safe and supported by warm human relationships during the LSD-experience and immediate post-LSD period.

The use of LSD does not alter the basic psychotherapeutic process but magnifies and accelerates it.

Literatur

- Arendsen Hein* G. W. (1967): Dimensions of Psychotherapy, in: Abramson: The Use of LSD as an Aid to Psychotherapie (Indianapolis: Bobbs-Merrill)
- Baker*, E. F. S. (1967): LSD Psychotherapy; LSD Psycho-Exploration, *ibid.*
- Busch*, A. K., *Johnson*, W. C. (1950): LSD as an Aid in Psychotherapy, in: *Dis.Nem. System* 11

- Dahlberg, C. C.* (1967): LSD Facilitation of Psychoanalytic Treatment; A Case Study in Depth, in: Abramson, *ibid.*
- Ditman, K. S., Bailey, J. J.* (1967): Evaluating LSD as a Psychotherapeutic Agent, *ibid.*
- Godfrey, K. E.* (1968): LSD Therapy-Alcoholism The Total Treatment Approach (Catanzaro: C. C. Thomas)
- Johnson, G.* (1964): Three Years' Experiences with the Use of LSD as an Aid to Psychotherapy, in: Supplementum 180 of the 14th Congress of Scandinavian Psychiatrists Acta Psychiatrica Scandinavica
- Leuner, H.* (1963): Psycholytic Therapy — Clinical Psychotherapy with LSD-25 and Related Substances, in: Z. Psych. Med. Psych., Vol. 13, p. 57—64
- (1967): Present State of Psycholytic Therapy and Its Possibilities, in Abramson, *ibid.*
- Ling, T. M., Buckman, J.* (1963): Lysergic Acid (LSD-25) and Ritalin in the Treatment of Neurosis (London: Lombarde)
- (1967): The Use of LSD-25 and Ritalin in the Treatment of Neurosis, in: Abramson, *ibid.*
- Sandison, R. A.* (1954): Psychological Aspects of the LSD Treatment of the Neuroses, in: J. Ment. Sc., Vol. 100, p. 508
- , *Spencer, A. M., Whitlow, J. D. A.* 1954): The Therapeutic Value of Lysergic Diethylamide in Mental Illness, in: J. Ment. Sc., Vol. 100, p. 491
- Voth, H. M.* (1962): Ego Autonomy, Autokineses and Recovery from Psychosis, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 6, p. 288—293

Ein Fall von narzißtischer Identitätsstörung mit LSD-Psychose

Gilbert J. Rose

Eine narzißtische Identitätsstörung ist anzunehmen, wenn unbewußte Phantasien von einer Verschmelzung mit Objekten fortbestehen. Solche Patienten sind präödipl fixiert und haben verschwommene Grenzen zwischen ihrem Selbst und den Objekt-repräsentanzen. Sie können sich als phallische Auswüchse, anale Produkte, als Brust oder Mund empfinden und ihre Ansicht von der Welt kann von entsprechenden Teilobjekten geprägt sein. Viele Patienten dieser Art sind neurotisch, manche jedoch psychotisch. Nicht nur ihr Körper-Ich ist deformiert, sie verwenden auch ausgiebig äußere Objekte und die Realität für Ich- und Über-Ich-Funktionen. Während äußere Kräfte ihnen als Ersatz für die eigene psychische Struktur dienen, behalten sie in gewissem Ausmaß eine narzißtische präobjektale Fusion bei. Im folgenden wird eine Patientin beschrieben, bei der die Mutter zum Teil das Über-Ich ersetzte. Dieses erlaubte der Patientin nicht, die Realitätsprüfung unabhängig von der Mutter vorzunehmen. Es bestand für sie ein ständiges Bedürfnis nach Formen des Wahrnehmens und Erkennens, durch welche Realität in systematische Erfahrung umgesetzt wird. Diese Formen wurden von ihrer Psychopathologie bestimmt: Phantasien, Phobien und gegenphobisches „acting-out“. Als sie eine massive Dosis LSD nahm, brachen alle Mechanismen, mit denen sie die Realität aufrechterhalten hatte, zusammen. Sie mußte ihre Ich-Grenzen aufheben, die Realität opfern und sich in eine präobjektale narzißtische Fusion zurückziehen. Im therapeutischen Bündnis wurden Über-Ich-Elemente wirksam, die den pathogenen Elementen des mütterlichen Über-Ichs entgegengesetzt waren. Sie durfte nun suchen und zur Kenntnis nehmen, was ihr verboten war, also alle Aspekte der Realität, die mit ihrer narzißtischen Einheit mit der Mutter nicht zu vereinbaren waren. Die therapeutische Beziehung verschaffte ihr realistischere Über-Ich-Normen und verstärkte ihren Sinn für Identität. M. S.

„Laßt doch Zwischenraum bei eurem Zusammensein
und laßt die himmlischen Winde zwischen euch tanzen.
Liebt euch, doch macht aus Liebe keine Fessel;
Laßt sie lieber eine wogende See zwischen den
Ufern eurer Seele sein.
Füllt euch gegenseitig den Becher, aber trinkt
nicht aus einem.
Gebt euch von eurem Brot, aber eßt nicht von
demselben Laib.
Singt und tanzt zusammen und seid fröhlich, aber
laßt jeden von euch alleine sein.
So wie die Saiten einer Laute getrennt sind, wenn
sie auch mit derselben Musik schwingen.
Gebt eure Herzen doch nicht in des anderen Gewahrsam.
Denn nur die Hand des Lebens kann eure Herzen halten.

K. Gibran (1923)

Narzißtische Identitätsstörungen habe ich in einer früheren Arbeit als Zustände beschrieben, in denen das Identitätsgefühl auf unbewußten Phan-

tasien beruht, die die Verschmelzung von Ich und Objekt zum Thema haben (Rose, 1966). Es handelt sich um präödiipale Fixierungen, in denen die Grenzen zwischen dem Selbst und den Objektrepräsentanzen im Ich verwischt sind (Jacobson, 1964). Patienten mit narzißtischen Identitätsstörungen erleben sich selbst wie auch ihre Umwelt in Teilobjekten: als großer Phallus, als anales Produkt, als Brust oder Mund. Die Realitäts- und Selbstwahrnehmung ist dementsprechend gestört. Viele Patienten mit narzißtischen Identitätsstörungen sind neurotisch, manche jedoch psychotisch. Nicht nur ihr Körper-Ich ist deformiert, meistens sind auch ihre Ich- und Überich-Funktionen von äußeren Objekten und Teilrealitäten abhängig. Während äußere Instanzen diesen Patienten als Ersatz für die eigene psychische Struktur dienen, sind die Patienten gleichzeitig in einem gewissen Maß an einen narzißtischen Zustand vor der Ich-Nichtich-Unterscheidung gebunden.

Die folgende Patientengeschichte ist ein Beispiel für das zuletzt Gesagte; die Überich-Struktur wurde hier teilweise von der Mutter übernommen, deren Überich der Tochter nicht gestattete, unabhängig vom Wertesystem der Mutter Realität zu prüfen und nach eigenem Urteil zu handeln.

Die Zustimmung oder die Mißbilligung der Mutter verliehen den Dingen Realität oder verleugneten ihre Existenz und verhinderten ihre Realitätserkenntnis. Im folgenden sind die Auswirkungen auf die Ich-Funktionen, die Charakterbildung und auf das Identitätsgefühl der Patientin aufgezeichnet.

Ariel, etwas über 20 Jahre alt, war eine attraktive, aber nachlässig gepflegte junge Frau. Ihr Verhalten wirkte zögernd und inhaltslos. Mit ihrer ständig wechselnden Miene und ihrem trippelnden Gang wirkte sie wie Alice, die den Weg aus dem Wunderland verwirrt und wie im Nebel sucht. Ariel kam in die Behandlung wegen einer Schreibstörung, die kurz vor dem Abschluß ihrer Berufsausbildung aufgetreten war. Sie litt unter schwermütigen Depressionen und Selbstmordgedanken und konnte bis zu sechzehn Stunden am Tag schlafen. „Mama“ wußte am allerbesten, was Ariel durchmachte, sie wußte es besser als Ariel selbst und alle anderen. Obwohl Ariel der Mutter nie etwas verschwiegen hatte, war sie häufig weinend hinter ihrer Mutter hergelaufen und hatte sie angefleht: „Warum glaubst du mir denn nicht?“

Manchmal hatte sie das Gefühl, die Mutter beobachte sie über ihre Schulter hinweg, und Ariel hätte dann am liebsten ihre Mutter gehaßt oder einen Streit mit ihr angefangen, um sie sich vom Leib zu halten, oder sie versuchte, alle Gedanken auszulöschen, damit die Mutter sie nicht mehr lesen konnte. Als Kind hatte Ariel eine Geheimsprache und Code-Wörter entwickelt, um Dinge zu benennen, vor denen sie Angst hatte. Wenn die Mutter dennoch die verborgene Bedeutung erriet, bekam Ariel

panische Angst. Wenn die Mutter ihr die Haare kämmte, sprang Ariel vor Schmerzen auf, sie hielt aber still, wenn andere Personen sie frisierten. Wenn eine Bemerkung gemacht wurde, die ihr zu nahe ging, hustete Ariel meistens. Lachen und Brechreiz dienten ihr auch zur verstärkten Abwehr von unangenehmen Dingen. Den Wunsch nach intensiverer Nähe drückte sie durch Gähnen aus. Ariel war die intimste Bezugsperson für ihre Mutter. Sie empfand dasselbe wie die Mutter und fühlte sich auch für deren Schmerzen verantwortlich. Wenn Ariel sich selbst für etwas interessierte, wurde die Mutter depressiv und warf ihr vor, sie sei unreif. Nach solch einem Vorfall konnte Ariel dann manchmal bis zu sechzehn Stunden schlafen. Die Mutter sagte ihrer Tochter, was sie eigentlich dachte und was sie wirklich fühlte. Ariel meinte, sie habe daneben auch eigene Gedanken und Gefühle, die von der Mutter aber nicht anerkannt wurden und ihr daher unwirklich erschienen. Zum Beispiel glaubte sie, Elend und Haß in der Welt zu sehen, doch die Mutter nannte das „Negativismus“. Die Mutter schien vieles zu verharmlosen und zu verschleiern. Zum Beispiel weigerte sie sich, die Armaturen ihres Autos reparieren zu lassen, so daß Tachometer und Tank immer 0 anzeigten. Da Ariel sich nicht auf die gebräuchlichen Instrumente verlassen konnte, mußte sie sich an anderen visuellen und auditiven Merkmalen orientieren, um die Geschwindigkeit zu erraten; eine bestimmte Vibration verriet ihr, daß das Benzin noch 5 km reichen werde. Obwohl eindeutige Beweise zur Verfügung gewesen wären, mußte sich Ariel auf so subtile Zeichen verlassen. Als Ariel eine schadhafte Batterie in ihrem neuen Auto entdeckte und den Autoverkäufer für einen Betrüger hielt, wies die Mutter das als indiskutabel ab.

Die Mutter war kurz nach dem ersten Weltkrieg in Belgien geboren. Berichte über die Vergewaltigung Belgiens durch die Deutschen begleiteten ihre Kindheit. Bis zu ihrem zehnten Lebensjahr hatte sie keine Geschwister gehabt und hatte sich für einen Jungen gehalten. Sie war sehr verzweifelt, als der Vater ihr sagte, sie könne niemals ein Junge werden. Die Mutter hatte relativ spät geheiratet und bei der Geburt von Ariel kämpfte ihr Mann in Belgien. Sie hatte sich einen Sohn gewünscht und empfand von Anfang an Ariel als eine Last. Mehrfach sagte sie zu Ariel, daß sie sie an einen jüngeren Bruder erinnere, dem sie den Tod gewünscht hatte.

Knapp zwei Jahre alt, kam Ariel wegen einer Pyelitis ins Krankenhaus. Gleichzeitig hatte sie eine Adenoidektomie, und ihre äußeren Genitalien entzündeten sich. Einige Wochen lang wurde sie mehrmals täglich mit heißen Kompressen behandelt und mehrmals wurden die Labien voneinander gelöst, was sehr schmerzhaft war. Vermutlich auf Anraten des Arztes führte die Mutter nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die Behandlung noch einige Wochen fort. Damals sagte der Arzt der Mutter

auch, daß diese Behandlung eventuell die Ursache für später auftretende emotionelle Störungen sein könne.

In den Jahren darauf hatte die Mutter mehrere Fehlgeburten. Ariel meinte, der Grund für den Brechreiz und die Fehlgeburten der Mutter, läge in einem Lied, das sie damals oft sang, und sie fürchtete sich vor der Melodie und ihrer vermeintlichen eigenen Macht. Damals „liebte“ Ariel ihre Mutter ebenso, wie sie ihren Vater „haßte“. Sie erinnert sich, daß er bis in ihre Pubertät hinein morgens nackt gymnastische Übungen machte. Er neigte zu Wutanfällen und drang in ihr Zimmer ein, wenn sie zu lange schlief, was häufig vorkam, und riß ihr die Bettdecke weg, unter der sie nackt schlief.

Als junges Mädchen erlebte sie bei der Lektüre des „Doktor Faustus“ von Thomas Mann eine mystische, ekstatische Erleuchtung und verwandelte sich von einem „nichtssagenden Mäuschen“ in eine „Exzentrikerin“. Sie kannte ganze Teile des Buches auswendig und versetzte sich so sehr hinein, daß sie fast an ihre Phantasie glaubte, früher in Deutschland gelebt zu haben. Sie war besessen von ihrer Liebesgeschichte mit dem Helden, dem talentierten, aber wahnsinnigen Musiker und Komponisten Adrian Leverkühn. Ähnliches erlebte sie, als sie den Film „Die Geschichte einer Nonne“ sah, der von einer belgischen Nonne im Kongo handelt, die nicht so selbstlos sein konnte, wie es von ihr erwartet wurde. Die Identifikation mit Adrian war jedoch vollständiger. Sie schrieb eine Geschichte über das Gefühl, eins mit ihm zu sein. Adrian Leverkühn war der edle Deutsche, und ihre Liebe zu ihm entsprach ihrer Abscheu vor dem Bösen. Sie hatte hypnagogische Halluzinationen von bösen Dämonen und lebte in dem Wahn, daß Hitler bei ihr sei oder daß sie ihn, um ihn zu schützen, in ihrem Zimmer beherberge. Sein bloßer Name versetzte sie in Panik, und einmal blieb sie die ganze Nacht auf und warf Gegenstände auf das Buch.

Als sie jünger war, hatte sie oft das Gefühl gehabt, in einer schalldichten Kammer oder hinter Glas zu leben; oft war ihr benommen und schwindlig. Stimmen erschienen gedämpft und die Formen der Gegenstände verwischt. Obwohl sie ungefähr wußte, was um sie herum vorging, hatte sie doch soweit den Kontakt zur Außenwelt verloren, daß ihr ihre Phantasien wichtiger als alles andere waren. Trotz ihrer ständigen Phantasien über Deutschland sanken ihre Schulleistungen kaum, und auf Außenstehende machte sie nur den Eindruck, sehr viel nachzudenken. Gelegentlich empfand sie plötzlich diffuse Gefühle; sie wurde von Reue oder Wut überwältigt oder von zielloser unbegrenzter Energie. In ihren Alpträumen erlebte sie Vergewaltigungen, Verstümmelungen, Naturkatastrophen und Weltuntergänge. Eine Verbindung zur Realität blieb aber auch in ihren Träumen erhalten. In einem Traum flog Ariel in einem Zimmer mit einigen lebendig gewordenen Möbeln herum und gab damit

vor ihrem Freund an. Dieser (vielleicht war es der Therapeut) sagte, natürlich könne sie so herumspielen, aber er möchte gern wissen, was das alles bedeuten soll und er hätte andere Dinge zu tun. In ihren wahnhaftesten Zuständen hörte sie eine kleine Stimme, die sie als Teil ihrer selbst erkannte. Diese Stimme kommentierte Ariels Zustände kritisch in herablassender Weise und fand Ariels Selbstmordgedanken lustig. Ariel ihrerseits verhielt sich dieser Stimme gegenüber amüsiert nachsichtig, weil sie sich als relativ verlässliche Realitätsbindung in stürmischen Zeiten erwiesen hatte. In erster Linie jedoch hing Ariels Realitätsorientierung von der Mutter ab. Ein manifester Traum zeigte, wie weitgehend die Mutter Ariels Wahrnehmungen beeinflussen konnte. „Es lag ein feenhaftes, blaues, schönes, gleichzeitig bedrohliches Leuchten über einer nächtlichen Landschaft, die weit, kalt und fremd war. Als Mutter das Licht am Horizont gesehen hatte, sagte sie, es sei künstlich und man solle es löschen. Danach wurde es pechschwarz und ich verlor die Lust, es zu sehen, weil Mutter mir das Gefühl gab, das sei furchtbar verrückt“.

Hielt die Mutter eine ihrer Wahrnehmungen für falsch oder schlecht, so verdrängte Ariel sie und verleugnete ihre Realität. Licht gab es nur, wenn die Mutter den Schalter kontrollierte. Heftige Emotionen mußten abgespalten werden, weil die Mutter ihnen keinen Realitätswert zuerkannte. Die Existenz dieser Emotionen war eine ständige Bedrohung der zerbrechlichen Differenzierung von Mutter und Umwelt. Ariel hatte ein ständiges Bedürfnis nach Wahrnehmungs- und Anschauungskategorien (im *Kantschen* Sinne), die die Realität in systematische Erfahrungen umzusetzen vermögen. Die Form dient sowohl als Mittel zur Stärkung der Ich-Grenzen, wie auch zur Vermittlung von Bedeutungsinhalten. Der erste Aspekt ist hier der wichtigere.

1. Eine der allgemeinsten Wahrnehmungskategorien hatte Ariel in der Phantasie gefunden, daß weder Aggression noch Sexualität existieren. Die Wahnvorstellung über Deutschland hatte ihr Leben über die Pubertät hinaus bestimmt und gelenkt und sie vor nicht neutralisierter Aggression und Sexualität geschützt. Fast jede Wahrnehmung wurde durch diese Phantasievorstellung gefiltert, und ihre aggressiven und sexuellen Triebregungen konzentrierten sich auf eine sadomasochistische Thematik. Ohne starke Wahnvorstellungen fühlte sie sich, wie sie sagte, gallertartig wie eine Qualle. Die Phantasien kanalisiert nicht nur ihre Gefühle, sondern waren auch der Zugang zur Realität selbst. Alles, was nicht mit einer Phantasie, die auf ihre Person bezogen war, verknüpft werden konnte, existierte nicht für Ariel. Realität konnte nur über den Umweg einer egozentrierten Phantasie zur Erkenntnis gelangen. Ariels Phantasien hatten so einerseits die Funktion, Realität zu vermitteln, wie andererseits, sich vor ihr zu schützen. Starke, direkte Außenweltreize wurden als sexualisierte Angriffe erfahren, die Ariel zu zerreißen drohten. Dazu

gehörte auch die Morgensonne, der sie entflo, indem sie bis in den späten Nachmittag hinein schlief. Sie wurde von verschiedenen Lichtqualitäten sexuell erregt. Sie versuchte deshalb, sie in ästhetische Vorstellungen zu übersetzen, über die unbelebte Welt zu zerstreuen und sie in Phantasien aufzuteilen. Dies gelang, bis ihre Gefühle dann doch so stark wurden, daß sie sie nicht mehr aufhalten konnte und sie in einen orgiastischen, tranceähnlichen Zustand verfiel.

2. Sexuelle und aggressive Triebregungen, die sie nicht neutralisieren konnte, projizierte sie in Form paranoider Angst und ging ihnen durch Gegenphobien aus dem Weg. Diese phobischen Triebentäußerungen bewahrten ihre labilen Ich-Grenzen davor, sich in Verschmelzungsphantasien mit ihrer Umwelt aufzulösen. Ohne phobische Phantasien, mit denen sie sich die Menschen fernhalten konnte, fühlte sie sich der Gefahr ausgesetzt, das passive und willenlose Instrument fremder Wünsche zu werden. Ariel war zwanghaft nachgiebig und übersteigert einfühlsam. Wenn sie ihre Schwester geschlagen hatte, weinte sie und wenn sie jemand auf die Zehen trat, stieß sie selbst einen Schmerzenslaut aus. Nach einem intensiven Gespräch mit einem Freund erwartete sie im Spiegel dann sein Gesicht zu sehen und war erstaunt, ihr eigenes Gesicht zu erkennen. Ihren Wunsch, wieder in einem undifferenzierten Verschmelzungszustand zu leben, rationalisierte sie durch politische und soziale Überzeugungen, die eine sadomasochistische Färbung hatten. Vor gefährlichen Aktionen schützte sie ihre Angst, die eine Distanz zu anderen Menschen aufrecht erhielt. Gelegentlich kam auch gegenphobisches Ausagieren vor. Manchmal ging sie in den frühen Morgenstunden spazieren und begann Gespräche mit unbekanntem Männern. Durch ihre unirdische Unschuld brachte sie die Männer von sexuellen und aggressiven Absichten ab und brachte es fertig, von ihnen tränenreiche Geständnisse ihres Unglücks zu hören. Ihre Überzeugung, daß die künstliche Trennung zwischen den Menschen aufgehoben werden müsse, führte zu einem lustlosen sexuellen Ausagieren. Ein Ventil fand sie vor allem in der Bürgerrechtsbewegung, für die sie unter erheblichen Opfern die Behandlung für einige Monate unterbrach. Obwohl sie fast ständig von Ängsten verfolgt wurde, konnte sie mutig und sogar heldenhaft sein, wenn sie das Gefühl hatte, zu einer wirklichen Versöhnung von Gegensätzen beizutragen. Dies erklärt auch ihre männliche Identifikation mit Adrian Leverkühn und ihre platonische Liebesaffäre mit Deutschland. Ihr Realitätsgefühl zeigte ihr rechtzeitig, daß auf beiden Seiten der kämpfenden Parteien zwielfichtige Figuren vorhanden waren, und diese Einsicht, zu der sie durch eigene bittere Erfahrung gekommen war, bewahrte sie davor, weiterhin sadomasochistische Strebungen innerhalb dieses politischen Rahmens zu projizieren.

Später machte sie in ihrer humorvollen Art die Bemerkung: Wenn die Behandlung sie von einem glühenden politischen Integrationisten in einen

Erz-Segregationisten verwandele, dann sei die Genesung schlimmer als die Krankheit.

Ihre sadomasochistischen Tendenzen wurden wieder introjiziert und enttäuscht und schwermütig nahm Ariel die Behandlung nach neun Monaten und sechs Wochen wieder auf. Dazu ist ein Traum bemerkenswert, den sie zuletzt vor ihrem Weggang geträumt hatte. Er hatte von einem gefährlichen Flug zusammen mit ihrer Mutter und ihrem Bruder, der im Traum ein Baby war, sowie von einer anschließenden Rettung gehandelt, ein manifestes Thema, das auf Geburtsphantasien wies (Rose, 1962).

Ariel hatte einige Eigenarten und Sublimierungen entwickelt, um ihren Gefühlen einen äußeren Rahmen zu geben: waren ihre Ich-Grenzen besonders schwach, so bemühte sie sich, steif zu gehen, ihr Haar streng zu kämmen und sah abweisend und unfreundlich aus. Den Winter liebte sie wegen seiner strengen, klaren Schnee- und Eisbildung, die ihr wegen ihrer Strukturen voll Leben zu sein schienen. Der Frühling kam ihr dem Tod gleich, weil die Schneeschmelze die klaren Formen wieder auflöste.*

Vom aktuellen Zustand ihrer Ich-Grenzen hing auch Ariels Musikinteresse ab. Sie liebte klassische Musik, wenn sie sich ihrer selbst sicher war, weil diese ihr vielfältige Möglichkeiten für Gefühlsassoziationen bot. War sie jedoch stark beunruhigt, so hörte sie Rock'n Roll, um sich zu beruhigen. Sie sagte, diese Musik „gebe ihr einen Halt“ wegen ihrer Vorhersehbarkeit und ständigen Wiederholung, die für sie Verlässlichkeit, Beständigkeit und Sicherheit, wie der Funkspruch für den Piloten im Nebel, bedeute. Es schien, als ließe sie sich von der Rock'n Roll-Musik wie von einer guten Mutter umarmen, deren Sprache noch nicht verstanden, aber in ihren gleichbleibenden Formen wiedererkannt und geliebt wird. Vielleicht ermöglichte die Laustärke der Rock'n Roll-Musik auch eine neue Gegenbesetzung, die die Differenzierung von Ich- und Nicht-Ich unterstützte. Ariels größte Begabung war Zeichnen. Wenn sie zeichnete, fühlte sie sich „ganz wirklich“. Wie so viele ihrer Aktivitäten diente auch ihre erste ernstzunehmende Zeichnung dazu, ihre Liebe und ihren Wunsch nach Versöhnung mit der Mutter auszudrücken. Neben der inhaltlichen Bedeutung waren Ariels Zeichnungen durch die ästhetischen Formen, die als eine Art „Verpackung“ für zu intensive Emotionen dienten, sehr wichtig.

* April ist der grausamste Monat,
er brüht Veilchen aus totem Land,
vermischt Erinnerung und Sehnsucht,
wühlt taube Wurzeln mit Regen auf.
Der Winter hielt uns warm und bedeckte die Erde
mit vergessendem Schnee, fütterte ein kleines Leben
mit getrockneten Knollen.

T. S. Eliot (1930)

Nach der Einnahme einer größeren LSD-Menge brachen alle Mechanismen, mit denen Ariel ihre Realität aufrechterhalten hatte, zusammen. Verdrängte libidinöse Strebungen überschwemmten ihr Ich, und stärkste Regressionen machten ihre Realitätsprüfung zunichte. Zuerst fühlte sie sich wie neugeboren und sah die Welt ohne Schutzfilter und ohne die Scheuklappen ihrer Wahnvorstellungen und paranoiden Ängste. Die Welt war neu und farbig, und Ariel empfand ein weites Spektrum libidinöser und aggressiver Gefühle. Sie fühlte sich euphorisch befreit und wollte begierig die Welt erfahren, die ihr durch die LSD-Heilung auf so magische Weise zugänglich geworden war. Gleichzeitig jedoch hatte sie monatelang nachts psychotische LSD-Zustände, die ständig Qualen verursachten. Ihre sexuelle Erregung versuchte sie vergeblich durch Masturbation zu verringern. Sie hatte Angst, einzuschlafen, weil dann die bewußten Abwehrkräfte noch schwächer gewesen wären. Chronische Schlaflosigkeit verstärkte ihren Angstzustand und ihre Furcht vor dem Einschlafen. Sie fürchtete, ihren Verstand zu verlieren, wenn die nächtlich wiederkehrende LSD-Erfahrung konstant bliebe.

Obwohl sie Angst davor hatte, trat der psychotische Zustand nie tagsüber auf und auch nicht ohne vorangegangene Masturbation. Sie war sich immer im klaren darüber, daß sie eigentlich die Täuschungen und Halluzinationen eines Wachtraumes erlebte. In den nächtlichen wiederkehrenden psychotischen LSD-Zuständen war ihre Wahrnehmungsfunktion darauf regrediert, nur Erscheinungen ihres Trieblebens wahrzunehmen, wahrscheinlich mit der Funktion, der Abwehr und der Selbstbestrafung zu dienen. Zugleich repräsentierten diese Wahrnehmungen aber reaktivierte Triebsetzungen. Es ist möglich, daß in diesen Wahrnehmungen das kindliche Trauma wiederholt wurde, in dem die Labien schmerzhaft voneinander gelöst und mit heißen Kompressen behandelt worden waren. Neben dieser inhaltlichen Bedeutung demonstrierten sie die toxische Auflösung von relativ autonomen Wahrnehmungsfunktionen. Wahrnehmungsregressionen führen immer zu Angst und tragen zur Realitätsflucht bei. Wenn Ariel in diesen Zuständen wach war, sah sie intensive Bilder gigantischer Genitalien, weiblicher und männlicher, die manchmal sich zu einem bisexuellen Symbol verdichteten, z. B. zu einem Krokodil. Orale Themen, wie kannibalisches Beißen, Saugen oder Verschlungenwerden waren vorherrschend. Jede Öffnung war ein weibliches Genital, das wie ein Sog wirkte, alles Gestreckte war ein Phallus. Von allen Seiten drohten Vergewaltigung und Auflösung. Obwohl sie einerseits wußte, daß Gegenstände reale und feste Körper sind, schienen sie ihr andererseits gleichzeitig veränderlich und ständig in Bewegung zu sein. Umriß, Größe und Entfernung waren nicht mehr verläßlich und konnten die visuellen Elemente einer Gestalt nicht mehr zusammenhalten. Bei der Auflösung der Gestaltwahrnehmung und ihrem Verfall in winzige Teilchen schienen

diese Teilchen miteinander zu verschmelzen und sich miteinander zu paaren.

Bei einer Berührung war Ariel sich nicht mehr sicher, ob diese von ihr selbst oder von jemand anderem ausgegangen war. Zustände sexualisierter Wahrnehmung und Desorganisation wechselten häufig mit Zuständen, in denen die Wahrnehmung normal war. Zum Schutz vor der intensiven Angst, die mit diesen Erfahrungen verbunden war, phantasierte sie, mit ihrer Umwelt zu verschmelzen. Sie erlebte sich als Teil einer Wand und aller sie umgebenden Gegenstände und halluzinierte den Vorgang der Verschmelzung mit ihnen. Dadurch wurde einerseits ihre panische Angst verstärkt, gleichzeitig fühlte sie sich sicherer. Sie meinte, wenn sie mit allem eins wäre, könne sie den Schmerz, den sie sich selbst zufüge oder der ihr angetan wurde, besser kontrollieren. Das Einswerden mit den Wänden war also ein Versuch, sich gegen die starken sexuellen und aggressiven Impulse abzusichern, die sie durch ihre Wahrnehmung empfing. Die Besetzung mit Aggressivität entsprach der Fragmentierung der Wahrnehmung, und die Besetzung mit Sexualität in Form der Paarung der Gegenstände entsprach der Zusammenfügung der Fragmente. Ariel meinte, sie könne ihre Umwelt nur dann kontrollieren, wenn sie sich in alles hineinversetzte und dadurch vor fremden wie vor eigenen Angriffen geschützt sei. Wirklich-Sein hieß für sie Getrennt-Sein und damit Ausgeliefertsein. Daher mußte sie sich jede Trennung und Distanz aufheben, die Realitätserkenntnisse opfern und auf narzißtische Zustände regredieren, die vor der Ich-Nichtich-Unterscheidung bestanden, die ihre erste Welterfahrung ausgemacht hatten.

Die Mutter hatte immer große Anteile von Ariels Überich-Struktur ersetzt. Als Ariel ihre Ausbildung abschließen wollte, regredierte sie zu noch stärkerer Verschmelzung mit der Mutter. Während die partielle Vereinigung mit der Überich-Struktur der Mutter Ariel geholfen hatte, Triebregungen zu verdrängen und ihre narzißtisch erlebte Welt in ihrer Erscheinung zu formen und zu kontrollieren, verhinderten die mütterlichen Überich-Störungen die Entwicklung von Ariels Ich-Funktionen, indem Ariel nichts zur Kenntnis nehmen durfte, was dieses Überich nicht billigte. „Das Überich hat nicht nur Einfluß auf das Realitätsgefühl, es spielt eine entscheidende Rolle in der Entwicklung der Wißbegierde“ (Stein, 1966). Das galt für viele der sexuellen und aggressiven Realitätsaspekte und sogar für Ariels Existenz, insbesondere für die Tatsache, daß Ariel ein Mädchen war. Ariel hatte sich derart an die Realitätserfahrung ihrer Mutter angepaßt, daß sie sich wie eine Ausdehnung der Gedankenwelt der Mutter empfand und die geheime Vorstellung entwickelte, keine Vagina zu besitzen, was später als Ursache ihrer Frigidität erkannt wurde. Andererseits war sie als kleines Kind intensiver sexueller Stimulierung ausgesetzt gewesen, einmal durch die frühe Behandlung ihrer

Genitalien, zum anderen durch das Verhalten des Vaters und ihre sexualisierten Ringkämpfe mit ihm. Als die LSD-Erfahrung Ariels Abwehrmechanismen auflöste und sie mit libidinösen Impulsen überschwemmt wurde, gingen ihre integrativen und der Realität angepaßten Ich-Funktionen in einer regressiven Flutwelle unter. Ariels Realitätswahrnehmung war extrem verletzlich, da das Überich der Mutter ihre volle Entwicklung verhindert hatte.

Ariel konnte während der ganzen Zeit ambulant und ohne Medikamente behandelt werden. Sie schloß ihre Ausbildung ab und konnte schließlich einen Beruf ergreifen. Die analytischen Interpretationen waren bedeutsam gewesen, wichtiger aber war das therapeutische Bündnis. In der Übertragung wurden Überich-Elemente wirksam, die den pathogenen Anteilen ihres Überichs, die aus der Beziehung zu ihrer Mutter herrührten, diametral entgegengesetzt waren. Die therapeutische Beziehung machte es ihr nicht nur möglich, Neues zu erfahren und kennenzulernen, sondern machte dies zum Leitprinzip der Behandlung. Im Gegensatz dazu hatte die Verbindung mit der Mutter ihr verboten, die von dieser mißbilligten Realitätsanteile überhaupt erst wahrzunehmen. Ariel hatte die Wahrnehmung dieser Realitätsaspekte mühsam unterdrückt, um ihre erste Lebenserfahrung — das narzißtische Einssein mit der Mutter aufrechtzuerhalten. Die Auflösung ihrer Ich-Grenzen war eine Regression zur Erreichung dieses Ziels. Um sich an ihre Mutter anklammern zu können, war sie bereit, die Realität zu opfern.

Im therapeutischen Prozeß kam es darauf an, Ariel als ganze Person anzunehmen, damit sie ihre eigene und fremde Identität erfahren konnte. Die therapeutische Beziehung bot ihr realitätsgerechtere Überich-Normen, als ihre Mutter. Ariel konnte ihren Existenzanspruch auf alle Gedanken und Gefühle ausdehnen. Die Kritik des Über-Ichs machte es nicht mehr möglich, sie als wirklich zu erkennen, und ihre Existenz konnte die therapeutische Beziehung nicht sprengen, denn gegenseitige Kritik und Anteilnahme waren möglich. Kritik an ihrem destruktiven Ausagieren verletzte ihre Integrität und ihr Recht auf eigenes Verhalten nicht länger. Das alles trug dazu bei, ihr Realitätsgefühl von den Über-Ich-Störungen der Mutter zu befreien. Ihr Humor half ihr, Gedanken und Gefühle bewußt werden zu lassen und ihre abwertende Selbstkritik zu mäßigen. Ihre Gefühlshaltung in der Therapie konnte in einem optimalen Bereich zwischen Nähe und Abstand gehalten werden, ohne in zu großer Einfühlbarkeit unterzugehen oder in äußerster Distanzierung isoliert zu bleiben. Je mehr Toleranz Ariel ihren eigenen Gedanken und Gefühlen entgegenbrachte, um so mehr konnte sich ihr aktuelles Verhalten entspannen. Sie machte die Erfahrung, daß Mißbilligung und Zuneigung einander nicht ausschließen und daß Realität unabhängig von beiden weiterbesteht. Da sie in der therapeutischen Beziehung sowohl eine affek-

tive Beziehung, wie auch verlässliche Realitätsmaßstäbe erfahren hatte, konnte sie sich der Realität stellen, ohne die Zustimmung der Mutter zu benötigen. Sie war nicht mehr gezwungen, entweder getrennt von der Wirklichkeit, oder vereint mit der Mutter, leben zu müssen, um die frühe narzißtische Realität wiederzuerlangen.

In einer der letzten Sitzungen erinnerte sie sich daran, wie sie als kleines Mädchen jahrelang einen schwankenden Gang hatte. Erst als die Mutter ihrer Bitte nachgab, sie als Mädchen zu kleiden und nicht als Jungen, wurde ihr Gang sicherer. Sie beendete die Behandlung mit der Gewißheit, daß sie noch viel lernen müsse, aber ihr Ich und ihre Identität hatten festen Boden gewonnen.

A Case of Narcissistic Identity Disorder with LSD Psychosis

Gilbert J. Rose

Patients with disorders of narcissistic identity depend for their sense of identity on the persistence of unconscious fantasies of fusion with objects and have various body ego deformations. Some, in addition, make use of external objects and reality to substitute or reinforce their own psychic structure. A case of this latter type of "structural fusion" is described in which a mother represented the patient's superego. This helped the task of drive control, but superego distortions undermined ego functioning, especially the perception of reality. The perception of reality came to be molded as well as reflected by the various forms which her psychopathology provided: fantasies, phobias and counterphobic acting-out. An LSD episode was followed by months of recurrent, nocturnal states of perceptual regression. Superego elements in the therapeutic relationship were especially helpful in freeing reality-testing from restrictions imposed upon it by mother's superego. This resulted in improvement of ego functioning and strengthening of the sense of identity.

Literatur

- Eliot, T. S.* (1930): *The Burial of the Dead*, from *Collected Poems* (New York: Harcourt, Brace & Co.)
- Gibran, K.* (1923): *The Prophet* (New York: Alfred A. Knopf)
- Jacobson, E.* (1964): *The Self and the Object World* (New York: Int. Univ. Press)
- Rose, G. J.* (1966): *Body, Ego and Reality*, in: *Int. J. Psychoanal.* 47, p. 502—509

- (1962): Unconscious Birth Fantasies in the Ninth Month of Treatment, in J. Am. Psychoanal. Ass. 10, p. 677—688
- : ‚Kind Lear‘ and the Use of Humor in Treatment, to be published in J. of the Am. Psychoanal. Ass.
- Stein, M. H.* (1966): Self-Observation, Reality, and the Superego, from *Psychoanalysis - A General Psychology* (New York: Int. Univ. Press)

Bericht über Eigenerfahrungen mit LSD und Haschisch

Anke Meilicke

Die Autorin beschreibt ihre Erfahrungen mit LSD und Haschisch. Es handelt sich dabei um Experimente, die in der Vereinzelung durchgeführt wurden. Die Nacherfahrung der unter Drogen Stehenden macht die depressive Bewußtseinsstruktur deutlich. Bemerkenswert ist, daß die Regression hier unter der Ich-Herrschaft geschieht und zu keiner Desintegration der Persönlichkeit führt. Trotz der depressiven Komponente ist keine Suchterscheinung aufgetreten. Die Autorin konnte ohne therapeutische Hilfe mit dem Drogengebrauch aufhören und war im Stande, ihre Erfahrung zu verarbeiten und zu integrieren. M. S.

Acid-Erfahrungen (LSD)

Ich habe fünf- oder sechsmal Acid genommen (1968, Anfang 1969), einmal in Tablettenform (amerikanisch), die anderen Male in einer Flüssigkeit auf Löschpapier getropft oder als weißes, geschmack- und geruchloses Pulver (englisch). Über die Menge der LSD-Substanz kann ich keine Angaben machen. Ich habe keine Aufzeichnungen über *trips* gemacht, die Zusammenstellung jetzt aus dem Gedächtnis muß also ziemlich lückenhaft sein.

Von der Tablette nahmen ein Freund und ich nur jeder gut ein Viertel. Nach etwa einer halben Stunde hatten wir das Gefühl, von einer Woge fortgetragen zu werden. Es wiederholte sich mehrmals, auch während der folgenden Stunden. Wir gingen zum Kurfürstendamm. Der Weg dauerte scheinbar Stunden. Körperlich und auch sonst fühlten wir uns ganz leicht. Oft blieben wir stehen und staunten oder lachten zu Tränen über Dinge, die uns auffielen. Alles war ungemein komisch, obwohl Formen und Umrise wie gewohnt blieben. Menschen gegenüber bekamen wir den „durchdringenden Blick“, d. h. man hatte das Gefühl, sie zu erfassen, zu kennen, hinter dem Bild ihre Person in ihrer Situation zu begreifen. Alle Bedeutungen waren offenkundig — Werbung, Bewegungen. Farben sprangen überdeutlich und klar heraus, Lust an den Farben. Dann aßen und tranken wir etwas, noch nie hatte es so gut geschmeckt. Der Geschmack und Geruch jeder einzelnen Zutat wurde einzeln und gleichzeitig im Zusammenhang mit den anderen, voll und abgerundet, aufgenommen.

Nach einigen Stunden klang die Wirkung ab. Die folgenden Nächte träumte ich unheimlich viel, tagsüber hatte ich das Gefühl der Gedankenflucht. Ich fühlte mich einige Tage danach ziemlich deprimiert.

In der TU wurde die neue Mensa mit einem Fest eingeweiht. Ich ging mit einigen Bekannten dorthin. Im Gebäude gaben mir Freunde einen *trip*, sie hatten auch einen genommen. Ich verlor sie später und bat einen guten

Bekanntem, der nur geraucht hatte, auf mich aufzupassen. Die unheimlich vielen Leute und die Bieratmosphäre machten mich zurückgezogen und still. Ich saß am Rand mit anderen auf einem Tisch und beobachtete. Auch hier das Gefühl, daß man die Leute und ihr Spiel durchschaut. Mich störten die Angetrunkenen, das Papier, die Becher und der Schmutz auf dem Boden. Dann stand ich auf und ging in einen anderen Raum. Der Raum war gefüllt mit Geruch, differenziert hundert Menschen-Schweiß-Gerüche, Räucherstäbchengeruch, Trinkgeruch, Zigaretten- und Haschgeruch, Parfümgeruch und der Geruch des neuen Gebäudes.

In dem Raum war Musik, eine Light-Show mit blauem Licht und Menschen, die tanzten. Ich schaute fasziniert auf eine Frau, die sich mit tiefem, vollem Dekolleté, alles bewegend, schlangenartig der Musik anpaßte. Plötzlich explodierte das Licht in Weiß und ich verließ meinen Körper in diesen aufzüngelnden Schlangenbewegungen. Ich war in dem Licht, war das Licht, das über dem Raum schwebte, — ungefähr vier Zeiteinheiten, dann kehrte ich wieder in meinen Körper zurück, sah meine Umgebung, um gleich wieder zu verschwinden. Nie vorher hatte ich dies alles durchströmende Glück empfunden.

Mein Bekannter faßte mich an und sagte, wir gingen jetzt wohl besser hinunter. Ich erschrak fürchterlich, weil ich überhaupt keine Kontrolle mehr hatte über das, was ich tat. Hatte ich was Schlimmes gemacht? Der Weg dauerte Wochen. Immer mehr und mehr und tausende von Menschen, die auf einen zukamen, ich konnte kaum atmen. An alles dachte ich, alles war gegenwärtig und verschwand sofort wieder. Eine kleine Tür, eine enge Pforte. Kälte. Ein Mann, der Stempel auf die Haut machte (Schlächter). Unter dem Stoß meines Stempels fiel ich zu Boden. Man trug mich auf eine Bank. Keine Umrisse, nur Lila-Blau-Rot in dem ich schwebte.

Ich lag und spürte einen kalten Luftzug. Luft aus dem großen Ventilator in der Pathologie. Zwei Reihen, mit Tüchern bedeckt, gelbe Beine mit Karten, auf einigen ein kleiner Blumenstrauß, unter dem Ventilator der 18jährige, mit den Keksen, der Kordel und dem Taschentuch am Fußende. Alle, die ich hab sterben gesehen, in der Agonie, alle, die ich fertiggemacht hatte, alle, die ich gesehen hatte, waren da.

Ich erkannte das Gesicht über mir. Es sprach. Ich glaube, ich verstand. Ich wollte antworten. Ich sah den Kreis der hundert Möglichkeiten der Antworten, ich durchlief ihn, pickte willkürlich, automatisch eine heraus. Das ging einige Zeit so; ich soll mich völlig normal unterhalten haben.

Dann kam ein Mann und fragte, was das Schönste auf der ganzen Welt sei. Ich wußte, er wollte mich überprüfen. Er lachte, und im Zen-

trum stand diese überdimensionale Nase, die alles andere verdrängte. Ich war hingerissen von dieser Nase und glaubte wirklich, es könnte nichts schöneres auf der Welt geben.

Der Bekannte sollte immer noch ein Weilchen warten, bis er die Mäntel holte, ich hatte fürchterliche Angst, alleingelassen zu werden. Als er ging, setzte ich mich und wartete wieder Stunden. Ich mußte mich ganz festhalten, weil ich das Gefühl hatte, in den Ritzen der Fußbodenplatten zu versinken. Die Leute, die vorbeikamen, gingen durch die Wand, mit Zeitlupenschritten, Grimassen und unverhältnismäßig großen oder kleinen Körperteilen. Wenn ich die Augen schloß, schwebte ich glücklich in den schönen Farben.

Die ganze Zeit über, auch als ich hingefallen war, war ich mir dessen bewußt, daß ich die Droge genommen hatte. Ich wußte alles, was ich darüber gelesen hatte, und daß mir körperlich nichts passieren konnte.

Als wir eingehakt zum Wagen gingen, war klare, glitzernde Schneeluft. Er war alle Männer hintereinander, mit denen ich jemals so gegangen war.

Mit einem Freund von ihm gingen wir in seine Wohnung. Wieder war der Weg sehr weit und viele Wege in ihm. Ab und zu überkam mich die Woge, die mich hinwegschwemmte. Ich sah mir ein großes Labyrinth-Plakat an und war gleichzeitig in dem Gebäude. Der Bekannte war rausgegangen, ich stand am Schrank und las laut einen Vers. Er war hereingekommen, ich sprach ihn an und guckte zur Tür. Erst in dem Moment öffnete sich die Tür und alles war so, wie ich es gerade erlebt hatte.

Dann stand ich am Fenster und merkte, daß die ganze Hippie-Ideologie Scheiße ist. Der Schnee, das Haus, der Baum, die Straße waren da, völlig wertfrei und neutral; wieso schön, an sich?

Der Bekannte telefonierte. Ich wußte auf einmal nicht mehr, was vor sich ging. Wie lange war ich schon in diesem Raum, ein paar Tage? Er ruft ein Krankenhaus an, weil ich wahnsinnig geworden bin. Jetzt ist es so weit, ich komme nicht mehr zurück.

Ich wurde beruhigt und ging dann nach Hause, es war nur um die Ecke. Ich las bis zum Morgen und dachte nach; ich weiß nicht mehr, was.

Ein anderes Mal nahm ich mit meiner Freundin etwas bei mir, wir gingen dann über den Kudamm zu ihrer Wohnung in die Uhlandstraße. Ich war zuerst etwas ängstlich, doch sie sagte, ich müßte es lernen, irgendwelche Menschen würden immer um mich sein. Wir gingen in die Gedächtniskirche, deren Raum sich atmend bewegte, die Augen spielten immer neue Fresken an die Decke. Ich fand eine rote, duftende Rose, die mein Zeitmesser für den Tag wurde. Ich wußte, wenn sie verblüht war, war

der Tag vorbei, ich feuchtete sie immer wieder an und sah sie langsam verwelken.

Ich hatte mich kurz vorher von dem Freund, mit dem ich das erste Mal zusammen Acid genommen hatte und ein halbes Jahr zusammen gewesen war, getrennt. Er kam und ich wurde unheimlich traurig. Er tat mir sehr leid und ich weinte um ihn, um mich und um alles. Ich weinte sehr lange — bis alles raus war. Dann holte ich mir in einem großen Glasgefäß Wasser, es gab eine Muschel, deren Hälften so genau ineinanderpaßten, ein paar Gräser und meine Rose. Ich spielte sehr lange mit ihnen, es war Wasser, das ganze Meer, und immer neue Farben — von der Sonne, von meinen Augen, von beiden.

Später ging ich immer wieder durch den engen Gang die enge Pforte, ich konnte sie durchschreiten, hin und zurück. Ich las im „Tibetanischen Totenbuch“ und verstand, was es heißt: das klare Licht der Erkenntnis dämmert . . .

Bei einem anderen Mal fuhren wir in einem Auto. Es war ein warmer, freundlicher Herbsttag, viele Menschen waren auf den Straßen. Es war auf der Avus, wir waren sehr schnell gefahren — ich versuchte, mir hinterher darüber klar zu werden, was das war: reine Existenz, jenseits von Raum und Zeit. Ich wußte: das war es! Ich kann nicht sagen, was. Ich wußte. Bewegung, Ruhe, die Synthese im Fahren, das Leben selbst.

Tao als nicht zu definierender, alles umfassender Begriff war falsch, weil er nichts mehr aussagt. Auf der Erde ist der Weg, abgegrenzte Dimension, Zeit eingeschlossen durch richtungsweisende Veränderung. Zum ersten Male war ich dankbar für Grenzen, weiße Linien, die sagten: bis hier und nicht weiter, Polizisten, die Handzeichen gaben, Wegweiser. Ich hatte gebeten anzuhalten, aber es würde weitergehen, es geht weiter, du mußt mitgehen.

In der Schlüterstraße hielt der Wagen. Alles war in Bewegung, ich konnte nicht aussteigen. Ich wollte sprechen, ich konnte nichts sagen. Der andere sagte, es wäre unheimlich einfach, solange der Mund aufginge, käme auch Sprache heraus. Das war die Erkenntnis. Ich konnte mich auf meinen Körper verlassen.

Einmal habe ich mit vier anderen einen Trip genommen. Auffallend war, daß wir immer alle auf derselben Stufe waren, d. h. keiner trat aus oder hatte einen Horrortrip oder erlebte wesentlich anderes. Die Kommunikation bestand während der ganzen Zeit.

Ein bißchen schwierig kann es werden, „zurückzukommen“. Die Diskrepanz zwischen Existenz und Reflexion empfand ich besonders beim *Auto-trip*. In dem Moment, wo mir etwas bewußt werden kann, ist es vorbei und ich habe Abstand. Aber das haben wir wohl, solange wir

leben, zu akzeptieren; denn außerhalb von Raum und Zeit ist nur Tod. Ich habe mal was gelesen vom Sterben-lernen. Das kann man nicht. Man kann zurückkommen und leben lernen.

Haschisch-Erfahrungen

Ich habe Haschisch meist vermischt mit Tabak in einer Zigarette oder aus einer Pfeife geraucht. Beim ersten Mal habe ich gar nichts gespürt. Ich lernte bald, nicht verkrampft auf irgendwelche Wirkungen zu warten, sondern ganz entspannt mit guten Freunden in geeigneter Umgebung — bekanntes Zimmer, Musik — mich der andersartigen Situation hinzugeben. Da das assoziative Denken gefördert wird, ergaben sich ungemein anregende Gespräche. Aber auch sachliche Diskussionen stockten weniger leicht, weil man in größerer Klarheit alle Fakten parat hatte. Man verfügte über sein Wissen und konnte es spielerisch anbringen.

Ich konnte Denkvorgänge direkt beobachten, wie z. B. die fortschreitende Lösung einer komplizierten Rechenaufgabe, die ich wohl schwerlich sonst im Kopf gerechnet haben würde.

Eine Wirkung, die ich bei Freunden auch nur am Anfang in dieser Form beobachtete und selbst erlebte, war, daß man ungemein lachlustig war. Der kleinste nichtssagende Anlaß genügte, um in ein minutenlanges, sich steigerndes Lachen auszubrechen bis man buchstäblich nicht mehr konnte und die ganze Bauchmuskulatur wehtat. Natürlich fühlte man sich dann entspannt und wunderbar leicht.

Sehr leicht fühlte ich mich einmal. Es war Ostern 1969 in der Nähe von Blackpool, auf dem Lande. Mit einem englischen Freund und dessen Eltern waren wir rausgefahren, sie machten einen Besuch bei Verwandten und wir gingen spazieren. Das Land war hügelig und baumlos, auf den großen, niedrig bewachsenen Wiesen, die durch lange, kleine, weiße Steinmauern abgegrenzt waren, weideten Schafe. Wir kamen an einen See und einen Wald mit großen, rauschenden Bäumen, an einem klaren Bach setzten wir uns auf große Steine und rauchten. Ich fühlte den rauhen Frühling des Nordens, die zaghaft warme Sonne auf meiner Haut. Wir warfen kleine, runde Kieselsteine ins Wasser, er gewann, denn seine hüpfte öfter. Nach langer Zeit gingen wir weiter, keine Menschen waren zu sehen. Da war nur Wind, starker Seewind, das eisklare, bewegte Wasser, das Grün und Blauweiß des Himmels und die gleißende Sonne. Wir gingen sehr lange, an den Händen gefaßt, ab und zu sprachen wir, ich weiß nicht mehr was. In einer Mulde liebten wir uns, zaghaft warm und in gleißender Sonne. Ich wurde eins mit der dunklen, duftenden Erde, mit allen Erinnerungen an sie, mit allem, was sie hervorbringt und verbirgt. Ich war diese Erde mit dem Zyklus des Jahres, mit Schnee und

Kälte und Totengrab. Doch über mir war die Sonne — und in mir. Sie machte mich ganz weit und hell, ich war bereit und nahm ihren Samen auf. Es war ein Mysterium. — Dann war ich Ich, und unter mir war die Erde und über mir war der Himmel. Zu beiden gehörte ich, und aufrecht gingen wir weiter.

Gehen konnte ich, und mich bewegen, und lachen und atmen. Der Wind durchdrang mich ganz, die Lunge, die Adern, jede kleinste Verästelung war voll pulsierenden Lebens. Ich war im Krankenhaus gewesen, zwei Tage und zwei Nächte lang war dieser Kloß im Hals, das Leben von Schlucken zu Schlucken (Tonsillektomie). Nun war der Weg frei, ich brauchte nie mehr Angst zu haben.

Ich erlebte mit Hasch eine Intensivierung der Wahrnehmungen und Erinnerungen. Beides verband sich lückenlos, d. h. die jetzige Wahrnehmung war verbunden mit Gewesenem, dies war gegenwärtig. Störendes klammert sich aus, weil man unverkrampft konzentriert ist, d. h. der Moment ist voller. Ein Beispiel: Ich war auf dem Weg nach Hause. Etwa zweihundert Meter vorher fing es plötzlich an zu regnen. Ich blieb unter einem Baum stehen. Was ich im einzelnen sah, kann ich jetzt nicht wiedergeben, es war alles, was sich um mich herum bewegte, alles, was sich anders bewegte, Bewegung durch Regen, Atmosphäre einer Regenstraße. Gleichzeitig war ich das Kind mit Gummistiefeln und Regenmantel, das dann und wann auch Regenatmosphäre erlebt hatte.

Der Bruch der Zeit, der andererseits ein Kontinuum ist, wird deutlich in einem Aufsatz vom 26. 2. 1968, der eine Zeit versucht zu beschreiben, in der ich unter Hasch-Einfluß stand. Fünf Minuten, genau beschrieben.

Ich stand am Fenster. Ich hatte länger dort gestanden. Die Beine wurden müde vom langen Stehen. Ich wollte aufhören zu stehen. Ich wollte mich umdrehen und gehen. Ich war nicht mehr nur da, ich verharrte im Ruhezustand. Die Platte war abgespielt, ich mußte das Radio ausdrehen, die Batterien.

Die Uhr tickte. Die Uhr tickt, Obergelpe, Uhlandstraße, Jahre her, ein Zimmer, — wie still es hier ist! — eine Uhr, mein Hören, Zeit ... in der Gegenwart ... ist Zeitlosigkeit. Das andere sind Erinnerungen, Vorstellungen, nicht vor der Zeit, sondern in der Zeit. Oder auch nicht. Als Erinnerung jetzt empfunden, gegenwärtig in meiner Vorstellung. Die Augen schließen, nichts Bestimmtes sich vorstellen wollen, sich gehen lassen, fallen lassen, die Bilder kommen lassen ... Sie kommen, ich bin ein Kind, ich stehe in der Küche, es ist mittags nach dem Abwasch, die Gardine verfängt sich, ein Vogel singt, es riecht nach Bohnerwachs, ich sehe die Rillen und Dellen im Linoleum unter dem Kocher, die Kreissäge von Mühlingshaus ... — Das Haus ist abgebrannt.

Ruckartig drehe ich mich um. Das Zimmer war halbdunkel, das Gold im Bob Dylan-Plakat leuchtet als Spiegelung des Abendrotlichts.

Ich ging fünf Schritte in den Raum, bemüht, die umliegenden Puzzle-Stückchen nicht zu betreten und mich nicht in den Verlängerungsschnüren zu verfangen. Ich trug den weißen Schreibtischstuhl vor das Fenster. Es war kalt, meine Hände fühlten die heiße Heizung. Ich setzte mich, lehnte mich am Stuhlrücken an und legte die Füße der in den Knien angewinkelten Beine auf das Fensterbrett. Das Fenster war schnee- und staub-schmutzig.

Ich sah aus dem Fenster. Blick aus dem Fenster, Aufsatzthema. Was sehe ich? Ich sehe das, was man mit einem Blick, was ich mit meinem Blick aus meinem Fenster sehe. Aber ich soll beschreiben, was ich sehe. Nun gut, dieses hauchdünne Schmutzgebilde am Glas. Es ist ..., es sieht aus wie ..., als Ganzes hat es die Form ..., im einzelnen ... nein, das führt zu weit.

Was sehe ich draußen? Häuser, Straßen, Spaziergänger, Autos, die stehen, und Autos, die fahren, einen Kran... die rote Fahne hatte eine Stunde über Berlin geweht... ich weiß, ich werde nun Kräne immer in Beziehung bringen mit roten Fahnen; ich sah es mich sagen, später, jetzt, hörte mein plötzliches — denn die Idee war mir erst gerade gekommen —: „Ach, da fällt mir wieder ein ...“

Muster der Verbindungsröhren im Kran, Firmenschild, Straßenschild, Frau mit braunen Stiefeln auf dem Fahrrad und drei Hunde hinten im Korb — Sonntagnachmittagsausflug — zerbrochene Rotweinflasche auf dem Gehsteig, eine Frau macht Licht und zieht die Gardine zu, ein rotes Dach, ein schwarzes Dach, kleine, große, runde, quadratische und auch andere rechteckige Schornsteine, Antennen.

Antennenwald — welch unheilvolle Verknüpfung! Der Wald ist draußen, auf dem Land, was ich sehe, sind Antennen, mehrere, viele, sehr viele Antennen. Vielleicht fünfzig oder zehn oder, ich schätze, hundert. Eine Antenne sieht aus wie eine Antenne und viele Antennen sehen aus wie viele Antennen. Antennen nehmen wir als Bilder auf, wir denken in Bildern mit ihnen, die beschreibende Sprache kann keine Abbilder geben, sie weckt im Zuhörenden nur Vorstellungen. Man müßte aufhören, die Bilder mit Wörtern zu fassen. Man müßte sehen lernen. Sehen, nicht wie etwas ist, sondern daß es so ist. Man müßte Beschreibungen mit Fotoapparaten machen. Sehen, bewußt, sehen, ohne Worte sehen ...

Ich sah, daß der Himmel oben blau war, daß er nach unten heller und farbloser wurde und über den Dächern dunkelweiß war. Ich sah, was meine Augen spielten: sah die allmählichen Übergänge sich zusammen-drängen in eine klare Trennungslinie, die sich gewellt in waagerechter Richtung durch den Himmel zog. Die Himmel war zu gleichen Teilen blau und weiß.

Meiner Meinung nach ist Hasch kein Mittel, das zu Rausch- oder euphorischen Zuständen führt. Es intensiviert die augenblickliche Stimmungslage. Ist man deprimiert oder ängstlich, wird man deprimierter und ängstlicher sein, ist man gelöst und glücklich, ergeben sich ungeahnte Möglichkeiten des Glücklich-Seins. Man wird wahr und selbstverständlich. Man tut Dinge um ihrer selbst willen, bzw. weil es Freude macht, sie zu tun.

Das empfand ich besonders beim Lieben. Da war keine Hast oder festgelegtes Spiel, alles floß ineinander, ohne Dauer und gerade deswegen mit Dauer. Ich entdeckte die Worte ‚empfinden‘ und ‚tief‘, da war keine Trennung mehr, keine losgelösten Begriffe, Form und Inhalt gingen ineinander über. Da war das Registrieren des Körpers als Aktivum, das schaffende Einssein mit ihm. Ich zitiere von damals: „... die Bewegungen waren unendlich langsam und fließend und kreisend. Jedes Empfinden, jede Veränderung verwandelten sich sofort in eine geometrische Figur in einem geschlossenen System sich dauernd verändernder Zusammenstellungen — wie in einem Kaleidoskop“.

Dinge, die man kennt oder schon hunderte von Malen getan hat, erscheinen einem plötzlich ganz neu. Musik, die man genau kennt, hat man in dieser Art noch nie gehört. Interessant war, zu beobachten, wie sich visuelle und auditive Veränderungen koordinierten. Ein Freund hatte eine kleine selbstgebastelte Lampe — a little light-machine —, die während des Brennens verschiedenfarbened Licht ausströmte. Die Veränderungen waren arhythmisch, d. h. von unterschiedlicher Dauer. Hörte man Musik dazu, so wurde das Licht zu einem anderen Medium der Musik. Einmal konnte ich bei geschlossenen Augen Töne „sehen“. Jedem Ton war eine ganz bestimmte Farbe zugeordnet, die mit dem Ton auch wiederkehrte.

Raucht man nicht allein, so kann einem im Grunde nichts passieren. Geht's einem von beiden schlecht oder ihn überfallen Angstzustände, so ist der andere immer stärker und hilft. Einfach dadurch, daß er da ist, daß man mit ihm verbal kommuniziert. In solchen Momenten ist man unheimlich suggestibel, was der andere sagt ist hundertprozentig richtig, das Problem ist gelöst.

Auf der anderen Seite hatte ich das Erlebnis völliger Isolation während eines Gesprächs. Es war unmöglich, den anderen verstehen zu machen, was man wirklich meinte, oder besser: es war sehr gut, daß die anderen nicht verstanden, was man sagte. Die konkrete Situation: Einige Bekannte waren bei mir zu Hause. Sie waren Freunde eines Freundes, mit dem ich zu der Zeit eng zusammen war. Unter ihnen war seine frühere Freundin, die, aus Amerika zurückgekehrt, noch in der früher gemeinsamen Wohnung wohnte und sich mit seinem Bruder angefreundet

hatte. Ich hatte starke Vorbehalte gegen das Mädchen und meinte aufpassen zu müssen, damit ich mich nicht verriete. Dann merkte ich, nachdem wir geraucht hatten, daß ich alles sagen konnte, ohne daß sie merkte, was ich wirklich sagte. Ein anderer sprach über meinen Freund, seinen Charakter und seine Probleme, doch ich merkte, er sprach nicht über ihn — er ist ganz anders, oder ich sah ihn ganz anders — was er von sich gab, war sein Bild, waren seine Schwierigkeiten und seine Probleme.

Starke Angst hatte ich einmal in einem Café. Ich hatte eine Telegramm bekommen mit der Nachricht, daß meine Großmutter durch einen Auto-unfall ums Leben gekommen war. Ich konnte nicht allein sein und ging zu Freunden und erzählte von ihr. Dann rauchten wir und gingen raus. In dem Café ging ich zur Toilette. Dort in dem engen Raum bekam ich fürchterliche Angst. Ich konnte zwar zurückgehen, mich aber nicht äußern, da die Gedanken so wahnsinnig schnell purzelten. Ich versuchte, mich darauf zu konzentrieren, was meine Freundin aus den Ferien erzählte. Es gelang mir nicht, einige Worten standen beziehungslos im Raum. Ich konnte meine Hirntätigkeit nicht mehr kontrollieren.

Die „Hölle“ erlebte ich einmal. Ein Freund war bei mir, es klingelte, und ein bekanntes Ehepaar kam, um etwas abzuholen. (Ich werde oft nervös, wenn es klingelt, besonders, wenn ich schon Besuch habe.) Sie sind „alte Hasen“, die seit langer Zeit gut dosiert und mit der nötigen Selbstverständlichkeit rauchen. Er sprach außer griechisch nur französisch, d. h. ich konnte mit ihm gar nicht sprechen, mit ihr nur englisch. Ich fühlte mich unwohl, doch wir rauchten und hörten Jandl's Sprechgedichte. Ich weiß nicht mehr, was wir sprachen, ich glaube, fast nichts, und nach kurzer Zeit gingen sie alle drei. Mir war hundeübel. Ich legte mich hin, doch dann mußte ich brechen, was ein symbolischer Akt war. Doch auch danach fühlte ich mich erbärmlich. Ich legte eine Bach-Platte zur Hilfe auf. Jeder Herzschlag durchbohrte mein Gehirn wie einen Revolverschuß. Die Gedanken jagten wieder so, daß ich nicht mitkam. Da war nichts, woran ich mich hätte klammern können, auch die Musik war anders, es stimmte alles nicht. Ich wollte irgendwas tun, ändern... ich konnte mich nicht bewegen... Ich guckte auf die Uhr, eine Stunde war vergangen. Die längste Zeit meines Lebens.

Als ich anfang zu rauchen, hatte ich das Gefühl des Neu-Anfangs. So also konnte man die Welt erleben, nicht wie einen Zwang und mit determinierten Entscheidungen und Wegen, sondern anders und neu und frei. Dies war meine dritte „Wiedergeburt“, die erste als Christ, die zweite als absurder Mensch und die dritte als lebendiger Mensch.

Vieles, was ich jahrelang verdrängt hatte, konnte ich neu durcharbeiten; auf einem Weg von zehn Metern widerlegte ich die ganze christliche Argumentation meines Vaters. Ich hatte öfter Angst vorm Rauchen, weil

man die Kontrolle verlieren kann, doch ich arbeitete mit der Angst und wußte, daß Ja zum Hasch Ja zum Leben bedeutet. Ich wurde unternehmungsfähiger und kannte viele Leute, wie nie vorher.

Zwischendurch hatte ich mal Angst, ich könnte süchtig werden. Ich rauchte drei Wochen gar nicht und zeigte keinerlei Entzugserscheinungen oder besondere Depressionen, obwohl ich mal zwei Monate fast jeden Tag geraucht hatte. Ich wunderte mich nur, daß man, auch ohne was zu nehmen, *high* sein konnte. Vielleicht ist es eine bestimmte Sensibilität, die man erlangt und nicht wieder verliert.

Aufgehört habe ich in der Zeit vor dem Abitur. Ich merkte, daß ich immer weniger Lust hatte, Wissensstoff einzupauken, den ich aber zur Prüfung brauchte. Außerdem löste sich die enge Beziehung zu einem befreundeten Paar, mit dem ich die meiste freie Zeit verbracht hatte. Ich umgab mich auch wieder mit Leuten, die nicht rauchten. Nach dem Abitur, das eine wirkliche Prüfung war, ging ich arbeiten und dann zur Uni. Seit dieser Zeit rauche ich kaum, seit März gar nicht mehr.

Was bewog mich, ganz aufzuhören, obwohl doch so viel Angenehmes mit dem Rauchen verbunden war? Mehrere Gründe waren dafür ausschlaggebend.

Zuletzt hatte ich in Frankfurt geraucht, wo ich für sechs Wochen einen Freund besuchte. Es machte keinen Spaß, weil er kein „Typ“ zum Rauchen ist. Während ich zum Teil schöpferische Fähigkeiten entwickelte — Malen, Geschichten erzählen — äußerte er sich nur rational und in der „Metasprache“, d. h. es kam nicht wirklich spontan und produktiv was raus. Einmal ging es ihm schlecht, doch auf meine Fragen antwortete er nur: der Kreislauf. Ich war ein bißchen unduldsam über seine Unaufrichtigkeit. Denn ich weiß, daß solch physische Veränderungen psychisch erlebt werden. Auch seine Freunde konnten nicht mit dem Stoff umgehen, für sie war es Mode, und alle blieben ziemlich langweilig.

Außerdem war wohl ein gewisser Sättigungsgrad erreicht. Was zu erforschen war, war im großen durchdacht. Ich sah klar gewisse Schwierigkeiten, die immer wiederkehrten, und Reaktionsweisen, die ich nicht ändern konnte. Und obwohl man — entgegen der allgemein vorherrschenden Meinung — aus der einen umgebenden Realität nicht fliehen kann, ändert sich doch das Verhältnis zur Zeit. Ich lebte im Moment, unfähig zu wirklicher Dauer und Planung. Damit werden alle Empfindungen und Erkenntnisse auf den Moment reduziert und relativiert. Ich habe bei anderen diese tiefe Depression beobachtet, die sich unweigerlich einstellt, wenn man die Fähigkeit verliert, sich in der Zeit zu vergegenständlichen. Da waren viele Interessen, man las dies und das, doch alles blieb irgendwo nahe der Oberfläche

Ich halte Hasch für ein probates Mittel, sich selbst besser kennenzulernen, ich glaube nicht, daß es viel hilft, die Welt zu verändern. Mit Hasch kann man unter Umständen ein angenehmeres privates Leben führen, doch der Entzug oder die Privatisierung ist für mich auf die Dauer keine Alternative.

Report on Personal Experiences with LSD and Hashish

Anke Meilicke

The author, a young girl-student, describes her experiences of LSD and hashish. With LSD she experienced an intensification of perception. All objects took a new meaning, colours were more vivid, meals were more tasty. She had a feeling of happiness. In spite of some moments, in which she lost control upon her body and feared loneliness, she was aware that she was under the influence of drugs.

Once she had a trip in a group; all four participants had experiences on the same level and the communication among them did not cease. The author found it sometimes severe to return to reality, as existence and reflexion were not coordinated in the body-self. She concludes that one must learn how to return to body-feeling and to life.

In her describing hashish-experiences the author remarks that one has to be able to relax and surrender to unusual situations. Hashish should be taken together with friends in a convenient setting. The associative thinking is supported as well as memory. Afterwards there are feelings of relaxation and lightness. Sexual experience in this state is described as a mystery.

In general this hashish experiences revealed to her much of her repressed desires and she could undertake creative activities. Nevertheless these experiments took often place in an isolated state. This contributed probably to her depressive reaction, but it is to be observed that the regression in this case was dominated by a strong ego, so that it did not experience a personality desintegration.

Die Heroin-Sucht: Ein Abwehrmechanismus

Gabriel de la Vega

Es handelt sich nicht um eine Arbeit über die eigentlich zur Diskussion stehenden Halluzinogene, da Heroin zu den harten Drogen gehört und suchtbildend ist. Die Bearbeitung des Problems durch den Psychiater de la Vega bringt eine außerordentlich einsichtige Erhellung der Psychodynamik des Drogenmißbrauchs an sich, mit aufschlußreicher biographischer Dokumentation, die einen Aussagewert über die Dynamik des Abusus bei persönlichkeitsgestörten Patienten hat.

Bei den Suchterscheinungen betonte man früher hauptsächlich den hedonistischen Aspekt, d.h. das Streben des Süchtigen nach lustvollen Befriedigungserlebnissen. Weniger beachtete man dabei, daß das Befriedigungsmoment früher oder später hinter der Tatsache zurücktritt, daß die Sucht zu einem Zwang mit zerstörerischen Folgen wird, daß die Gesamtpersönlichkeit in Mitleidenschaft gezogen wird. Ziel dieser Arbeit ist es, die Sucht als Abwehrmechanismus darzustellen, welcher in chronischen Konfliktsituationen immer und immer wieder mit einer gewissen Unausweichlichkeit angewendet wird. Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte und pharmakologische, sowie psychophysiologische Aspekte der Sucht, kommt der Autor auf die klinischen Erscheinungen zu sprechen. Der Süchtige war von früher Kindheit an nicht fähig, mit Ängsten, libidinösen Impulsen oder feindseligen Regungen umzugehen, also mit Es-Abkömmlingen. In der Regel probiert er verschiedene Abwehrmechanismen aus und muß schließlich feststellen, daß er diese Abwehrmechanismen nicht erfolgreich einsetzen kann. Dann greift er auf den ihm noch verbleibenden Abwehrmechanismus, nämlich die Sucht, zurück. Die Beziehungen der Sucht zu hypnoiden Zuständen, zu Schlaf und Traum, welche alle in gleicher Weise zu Abwehrzwecken verwendet werden können, werden aufgezeigt. Seinen Abwehrcharakter zeigt das Suchtmittel z. B. dadurch, daß es Träume unterdrücken kann, es macht sie also überflüssig. Der Süchtige, der nur mangelhaft mit drängenden inneren Impulsen fertig wird, versucht der Auseinandersetzung mit Hilfe des Suchtmittels aus dem Wege zu gehen. Unter dem Schutz des Suchtmittels versucht er, die Beziehungen zu den äußeren Objekten wiederherzustellen, ohne dabei von Es-Impulsen überwältigt zu werden. Er sieht im Suchtmittel ein Teil- bzw. Übergangsobjekt und verhält sich zu ihm wie ein Kind zu den als allmächtig erlebten Eltern. Auf diese Weise versucht er, mit seinen intensiven ambivalenten Gefühlen fertig zu werden.

Der Autor berichtet von zwei Suchtpatienten. Beide hatten eine Psychotherapie mitgemacht und befinden sich jetzt in einer klassischen Psychoanalyse. Sie sind seit über drei Jahren frei von Opiaten. Bei beiden kam der Durchbruch in der Analyse, nachdem sie ihre intensive Angst vor der Passivität auf der Couch, ihre Hilflosigkeit und ihre Unfähigkeit, den Analytiker anzuschauen und mit seinen Reaktionen fertig zu werden, zur Sprache gebracht hatten. Die analytische Arbeit setzte am bewußten Konfliktmaterial ein. Den Patienten waren ihre Gefühle und Phantasien, die sie jahrelang hatten, weitgehend unbewußt geblieben. Jahrelang hatten sie von jeder Spritze behauptet, daß es die letzte sei. Man mußte ihnen unermüdlich klarmachen, daß ihnen normale Triebregungen zu fehlen scheinen und daß das Mittel sie schließlich umbringen wird. Erst dann kann man ein therapeutisches Bündnis herstellen, welches in der Regel stürmisch bewegt ist.

M. S.

Die Interpretation der Drogensucht darf sich nicht nur auf hedonistische Aspekte beschränken. Aus der früheren und neueren psychoanaly-

tischen Literatur interessierten mich vor allem die Arbeiten von *S. Rado* (1926, 1928, 1933), *R. Savitt* (1954, 1963), *C. W. Socarides* (1958, 1960) und eine kleine Arbeit von Sigmund *Freud* über Psychopathie (1905). Betont wurde vor allem, daß der Süchtige Lustgewinn sucht, aber dieser Ansatz kann nicht erklären, wieso Drogen (hauptsächlich bei multiplen Süchten) diesen Lustgewinn irgendwann nicht mehr garantieren, daß sie zu einem Zwang werden und schließlich zu einem lebensbedrohenden Mittel. Die Autoren weisen auch daraufhin, daß bei fortschreitender Sucht die ganze Persönlichkeit des Patienten betroffen ist, auch der seelische Aufbau von Es, Ich und Überich. In den überwiegenden Fällen hat Heroin Auswirkungen auf das Ich, nicht nur im physiologischen und genetischen Bereich und in Veränderungen im Elektroencephalogramm, sondern es beeinflusst die autonomen Ich-Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Motilität, synthetische Fähigkeit. Der Einfluß des Heroins auf das Über-Ich zeigt sich an mangelndem Verantwortungsgefühl, an der fehlenden Motivation zur Teilnahme an sozialen Angelegenheiten, an kleineren Vergehen, an Verbrechen usw.

Zur Zeit des Sklavenhandels nutzten die Portugiesen und die Briten die Entdeckung des Morphiums aus, um die Sklaven in Abhängigkeit zu halten. Ihre Überlegung war:

1. Durch die Gewöhnung an die Droge würden die Sklaven weniger Nahrung brauchen.
2. Die Sklaven würden für die Droge arbeiten.
3. Sexuelle Schwierigkeiten könnten so in den engen Schiffsräumen der damaligen Zeit umgangen werden.
4. Die Schiffe könnten dicht belegt werden, da Probleme wie Sexualität, Nahrungsaufnahme, Defäkation nur „minimal“ wären.
5. Die Sklaven könnten nicht fliehen, da sie von der Droge abhängig wären.

Ein anderes Beispiel lieferten die Japaner bei der Besetzung der Mandschurei: die japanischen Behörden wußten sehr gut, daß sie jeden kräftigen Chinesen mit Hilfe des Morphiums besiegen konnten. Sie brachten es fertig, daß die Chinesen sich durch den systematischen und bewußten Gebrauch der Droge daran gewöhnten, den größten Teil ihres Lebens im Dämmer Schlaf zu verbringen.

Diese beiden historischen Beispiele demonstrieren die allgemeine Verbreitung von Süchten und illustrieren, wie zur Verteidigung und zum Schutz von Erobernden eine „soziale Einrichtung“ geschaffen werden kann. Lassen wir die moralischen Überlegungen beiseite, so erkennen wir, daß die systematische Bedarfsweckung einer Gesellschaft nach Morphinum der Einrichtung eines totalitären Erziehungssystems vergleichbar ist. Ein Erziehungssystem dieser Art wurde von den Nationalsozialisten begünstigt, ihr Erziehungssystem bezweckte ihren Selbstschutz. Unsere eigenen

Systeme der Sozial- und Privatversicherungen könnten von der Regierung, den Versicherungsgesellschaften oder jeder der daran beteiligten Personen, ebenso mißbraucht werden.

Aus der Semantik wissen wir, daß das Wort „Morphium“ nach dem Namen des griechischen Gottes „Morpheus“ (des Gottes des Schlafes und der Träume) gebildet wurde und daß das Wort „Opium“ aus dem Lateinischen stammt, wo es sowohl die Essenz des Mohnsamens, als auch den Zustand des Dahinträumens bedeutet. Dieser sprachliche Zusammenhang offenbart schon die enge Beziehung zwischen dem Opium und seinen Derivaten einerseits und den Phänomenen des Schlafes und der Träume andererseits. Die Dichter haben in ihren Werken Leben und Traum miteinander verbunden, z. B. *Calderon de la Barca* (Das Leben ein Traum), *Shakespeare* („Wir sind aus solchem Stoff, wie dem zum Träumen“) und kürzlich der italienische Übersetzer *Pavese* (1965), der in einer Anmerkung zur Würdigung von *Faulkners* „As I lay Dying“ von „il tone frasognato“ spricht, der auf jemand zutrifft, der schlecht geschlafen hat und nun wie ein Schlafwandler spricht und handelt. Er nannte Faulkners Werk „la lenta realta“, und „i piatti e faticosi monologhi interiori“ oder als „sciappare una voce, un dialogo in alto silenzio, in una tensione quasi de prodigio“. Diese Sätze vermitteln die Vorstellung, daß das Leben als ein Wachtraum — auch ohne Benutzung von Drogen — gelebt werden kann. Wir wissen auch, daß durch Hungerzustände Trancen ausgelöst werden können.

Der psychophysiologische Aspekt der Sucht muß historisch und individuell betrachtet werden, denn wir wissen, daß jeder Mensch süchtig werden oder durch Medikamente dazu gebracht werden kann. Aus der neuesten Fachliteratur erfahren wir von *Snyder* und *Merril* (1965) das folgende:

„Bei einer Serie von halluzinogenen Drogen und ihren entsprechenden nicht halluzinogenen, strukturell analogen chemischen Verbindungen wurden molecular-orbital-Berechnungen homologen durchgeführt. Diese Berechnungen — bei Serien von mono-, bi- und trihydroxilierten Phenyl-äthylaminen durchgeführt — ergaben, daß mit der fortschreitenden Hydroxilierung ein Anwachsen des höchsten, (mit Elektronen) besetzten molekularen Energieniveaus korrelierte. Es gab eine negative Korrelation zwischen der Anzahl der Methoxyl-Gruppen des jeweiligen Phenyl-äthylamins und der Energie des niedrigsten unbesetzten Molekülorbitals, ein Zeichen dafür, daß die zunehmende Methoxilierung die Fähigkeit dieser Verbindungen herabsetzt, als Elektronen-Acceptoren zu fungieren. Die enge Beziehung zwischen der Energie des höchst besetzten Molekül-Orbitals — einem Maß für die Fähigkeit Elektronen abzugeben — und der halluzinogenen Potenz von Drogen legt das Modell eines Elektronenaustauschprozesses bei den Drogen nahe“.

Hinzuzufügen ist auch, daß Forschungen über Chromosomenveränderungen, die sich über sieben Jahre erstreckten, bei Süchtigen eine Beschädigung der Chromosomen 11 und 19 aufwiesen. Der Schaden ist jedoch heilbar, wenn er rechtzeitig erkannt wird. Entwickelt wurde auch noch die Theorie der sogenannten neuronalen Rezeptoren, die zur Erforschung von Cyclazocin führte. Wenn Cyclazocin einem Süchtigen täglich gegeben wird, erzeugt es Entziehungssymptome. Wird es täglich verabreicht und anschließend Morphium, so rufen die Opiate keine physische Abhängigkeit (Sucht) hervor, „wahrscheinlich weil sie die Position der Rezeptoren nicht mehr erreichen“. Die DME-Enzyme (drug metabolizing enzymes = drogenzersetzende Enzyme) wirken spezifisch auf lipid-lösliche, große Moleküle, zu deren Gruppe viele Drogen gerechnet werden.

In Tierexperimenten (*The Sciences*, 1966) rief die Anwendung von Nikotin folgende Wirkungen hervor: „Bei Anwendung großer Dosen... verfallen die Tiere in einen eigentümlich stabilen Zustand... In dieser Periode bleiben die Tiere in einem Zustand zwischen Wachheit und Schlaf. Die elektrischen Reaktionen einiger Gehirnteile auf sensorische Stimulierung ähneln jenen, die während des normalen Schlafes auftreten. Hingegen ähneln die Reaktionen anderer Gehirnteile denen eines wachen Tieres“. Man kann John *Locke* beipflichten, der meinte: „Nihil in intellectu quod non fuerit in sensu“, d. h. das Bewußtsein enthält nichts, dem nicht eine sinnliche Wahrnehmung vorausgegangen ist.

Das gleiche gilt zum Beispiel nicht in der Hypnose, und selbst bei den Hypnotisierten ist die Tiefe des hypnotischen Zustandes individuell verschieden. Bei Opiaten sind die Fälle sehr selten, die eine paradoxe Reaktion auf die Wirkung der Droge zeigen. Bei der Gegenüberstellung der Elektroenzephalogramme von Hypnose- und Rauschzuständen stellt man fest: „Die Hypnose führt einen Zustand herbei, der sich weniger vom Wachzustand unterscheidet, sie tendiert vielmehr dazu, den Wachzustand zu maximieren und die Struktur des EEGs zu stabilisieren. Der hypnoide Zustand scheint eine vermehrte Aktivierung des Zentralnervensystems zu bewirken (*Dickes*, 1965). Wenn es auch keine übereinstimmenden oder allgemeingültigen Aussagen über Heroinsüchtige gibt, so läßt sich, verglichen mit dem hypnoiden Zustand, eine entgegengesetzte Wirkung im EEG feststellen, nämlich, daß sich der Kurvenverlauf des EEGs abflacht und den „klassischen Typ“, den sogenannten „K-Typ, Thetawelle oder Hintergrundwellentyp“, zeigt.

Klinisch gesehen sind die Patienten — das gilt auch vom Standpunkt einer Ich-Psychologie aus — einfach unfähig, mit Es-Abkömmlingen umzugehen. Wir sehen nach und nach, daß die Patienten seit frühester Kindheit gänzlich unfähig waren, mit ihren Ängsten, libidinösen und aggressiven Impulsen fertigzuwerden. *Bowlby* (1951, 1956) definiert

den Zustand der Reife folgendermaßen: „... der Kern einer gesunden, erwachsenen Persönlichkeit ist die Fähigkeit, bewußte, stabile und kooperierende Beziehungen zu anderen Personen anzuknüpfen — besonders zu Liebesobjekten; die geglückte Entwicklung dieser Fähigkeiten beim Erwachsenen hängt von einer gesunden Kindheitsentwicklung ab“. Beim Süchtigen läßt sich eine solche Entwicklung nicht feststellen. Er neigt dazu, die kurze Dauer und die Geheimhaltung von Freundschaften durch sein Verlangen nach der Nadel zu erklären. In Wirklichkeit hat jeder Süchtige, der ernsthaft motiviert ist und in einer Behandlung bleibt, eine gestörte Kindheitsentwicklung gehabt. Das allein reicht jedoch nicht aus, um süchtig zu werden. Ich bin der Meinung, daß die langsame Entwicklung eines Menschen zu einem Süchtigen damit beginnt, daß es ihm nicht gelingt, durch ein „Trial und Error-Verhalten“ einen anderen Abwehrmechanismus anzuwenden. Stellen die Süchtigen fest, daß sie mit der Realität nicht fertig werden können, so verlassen sie sich auf verschiedene Drogen, anstatt psychotisch zu regredieren. Das heißt nicht, daß es nicht auch Süchtige gibt, die psychotisch reagieren. Wenn man mit einem Süchtigen im Anfangsstadium seiner Sucht spricht, werden die emotionalen Inhalte des Patienten deutlicher, da er freier über die Bedeutung der Droge für sich spricht. Der Anfänger stellt gewöhnlich fest, daß er die Droge als Abwehr benutzt, da er nicht fähig ist, mit den Belastungen seines psychischen Lebens oder der Realität fertigzuwerden. Er kann keine Kritik vertragen, fühlt sich meistens schon durch einen strengen Blick vernichtet und verhält sich wie ein schwaches und flehendes Kind. Er wird auch häufig von anderen Abwehrmaßnahmen sprechen, die er ausprobiert hat, wie Frauen nachjagen, ein Hobby nach dem andern ergreifen, sich in Arbeit vergraben und zwanghaft an pseudo-religiösen Ritualen teilzunehmen. Erst wenn ihm klar wird, daß er keinen Abwehrmechanismus wirksam anwenden kann, wird er verwirrt und fällt früher oder später einem Rauschgifthändler, einem Verführer oder einem Kumpel zum Opfer.

In typischer Weise beschreiben solche Süchtigen auch die Euphorie und die „schwer in Worte zu fassenden Gefühle“, die sie bei der ersten Einspritzung von Heroin erlebten. Schmerzvoll werden sie sich bewußt, daß sie eine Entspannung in dieser Art nie wieder erleben werden. Klinisch gesehen ist, nachdem die Patienten „aufs Trockene gesetzt worden sind“, das Verlangen sehr intensiv, und die Patienten werden rückfällig und greifen wieder zur Droge. Es ist meine These, daß der Todestrieb sich in den Phantasien der Patienten in Form aller möglichen Schrecken, die ihnen widerfahren, ausdrückt, sobald ein arbeitsfähiges therapeutisches Bündnis errichtet worden ist. Muß ich den Leser daran erinnern, wie oft die Süchtigen behaupten, sie nehmen die Droge, weil sie eine ernste körperliche Krankheit haben?

Dazu ist in der neueren Fachliteratur ein Artikel von R. *Dickes* (1965) erschienen, der wiederum die Allgemeinheit des hypnoiden Phänomens beschreibt und zwar als Abwehrmechanismus. Diese Idee entwickelten vor ihm zwei argentinische Analytiker, F. *Cesio* (1960) und Leon *Grinberg* (1963), die diesen Zustand mit dem Ausdruck „Lethargie“ bezeichneten. Ihnen allen ging die berühmte Arbeit von S. *Ferenczi* (1950) voraus, der meinte, man solle einen schlafenden Patienten auf der Analysencouch nicht stören.

Bevor ich fortfahre, möchte ich den Begriff „Abwehr“ darstellen, wie ihn S. *Freud* (1930) und Anna *Freud* (1946) oder *Hinsie* und *Campbell* (1960) verstehen.

Er bedeutet „eine psychische Eigenschaft oder einen Mechanismus oder einen dynamischen Vorgang, der dazu dient, das Individuum gegen Trieb- oder Affektgefahr zu schützen“. Es mag angebracht sein, die Definition von Anna Freud von einem gelungenen Abwehrvorgang zu übernehmen; er ist „die dauernde Lahmlegung“ des Triebes. „Was wir zu sehen bekommen, ist nicht mehr die unentstellte Es-Regung, sondern Es-Regung, modifiziert durch Abwehrmaßnahme des Ichs... Alle abwehrenden Aktionen des Ichs gegen das Es hin gehen nämlich stumm und unsichtbar vor sich. Wir können sie immer erst nachträglich rekonstruieren, nie wirklich verfolgen. Das stimmt zum Beispiel für die gelungene Verdrängung. Das Ich weiß nichts von ihr, man nimmt sie überhaupt erst nachträglich durch das Auftreten von Ausfallerscheinungen wahr. Das heißt, bei einer objektiven Beurteilung des betreffenden Individuums fehlen bestimmte Es-Regungen... Das Ich weiß gewöhnlich nichts von ihrer (der Triebreugung) Abweisung und von dem ganzen Konflikt, der zur Einsetzung der neuen Eigenschaft geführt hat“.

Eine Sucht nimmt pathologische Züge an, wenn sie sich als falscher Zwang darstellt, wenn sie unverhältnismäßig lange andauert oder wenn das Ich der Person — meiner Meinung nach — diesen Abwehrtyp nicht aufgeben kann, welche Folgen das auch haben mag. Im wesentlichen zeigt der Süchtige eine mangelhafte Anpassungsfähigkeit an schmerzvolle innere Reize. Ich möchte hier den gleichen Ansatz wie A. *Rechtschaffen* (1964) und Charles *Fisher* (1963) — beide in Verbindung mit Träumen — benutzen. Die Alltäglichkeit von Träumen hat nicht wissenschaftliche Experimente u. ä. zum Verständnis der Träume verhindert. Es scheint, daß wir es bei der Sucht mit einer im Grunde biopsychischen Reaktion zu tun haben, deren psychische Korrelate an ihren defensiven Anteilen zu erkennen sind, ähnlich wie bei der Traumdeutung. Wenn man zynisch sein will, ist Morphium die „perfekte Droge“. Sie wirkt nämlich bei jedem Patienten, egal aus welchen Gründen, sei es als Mittel zur Kontrolle libidinöser Impulse, feindseliger Wünsche, von Schuldgefühlen, narzißtischen Verletzungen usw. Es

mag — um es hinzuzufügen — naiv oder selbstverständlich erscheinen, wenn man sagt, es handele sich hier um eine allgemeine psychologische Erscheinung, da jeder durch Morphinium süchtig werden kann, und sie deshalb dem allgemeinen menschlichen Bedürfnis zu schlafen und zu träumen ähnlich sei. Wenn Schlaf in der Form der Lethargie oder gar in der Form mystischer Lethargie dazu dient, schmerzhaften Reizen auszuweichen, ist er krankhaft. Es ist mir klar, daß meine Definition des Süchtigen Ansatzpunkte zur Kritik enthält. Ich habe vor allem den „träumerisch-schläfrigen Typ“ (den mit der Nadel) untersucht, aber zufällig und erstaunlicherweise stellte es sich in den Experimenten von C. Fisher (1963, 1965) über Traum-Entzug heraus, daß Patienten nach der Einnahme von Barbituraten, Alkohol und Amphetamin sehr gut Träume unterdrücken konnten. Meiner Erfahrung nach gilt das gleiche für Marihuana-Raucher, LSD-Esser und bei Gebrauch anderer Drogen. In dem Buch von A. E. Fontana und seiner Gruppe (1965) wird bei der Diskussion von LSD betont, daß Drogen, die „Halluzinationen“ hervorrufen, gleichzeitig „eine Intensivierung der Abwehrmechanismen bewirken und daher das Bedürfnis nach einer richtig durchgeführten Psychotherapie vergrößern, da sonst die entgegengesetzte Wirkung sich einstelle und der Abwehrmechanismus verstärkt werde“. Diese Forschergruppe registrierte auch, daß das Symptom und/oder sein Anzeichen „nur ein Signal ist, das seine eigene Sprache spricht; drückte es nicht symbolisch eine unbewußte Motivation aus, so wäre es keiner Modifikation zugänglich.“

Die obigen Zeilen sind nur ein vorläufiger Versuch, die Drogen-Sucht näher zu definieren, nämlich als dynamische Funktion, die wie jeder andere Abwehrmechanismus gegen die sogenannte „Befriedigung“ der Es-Abkömmlinge gerichtet ist. Jemand, der Drogen regelmäßig einnimmt, ist ebensowenig als Süchtiger zu bezeichnen, wie man eine Halluzination nicht einfach als Wunscherfüllung darstellen kann. Beides sind Prozesse, die das Ich vor der Auseinandersetzung mit unerträglichen Wünschen schützen sollen, wie auch gleichzeitig Restitutionsversuche. Es ist eine Ich-Funktion, Beziehungen zu äußeren Objekten herzustellen oder eine solche Beziehung wieder aufzunehmen, ohne daß das Ich dabei von internen Störfaktoren überwältigt wird. Es ist als Teilobjekt, als Übergangsobjekt anzusehen oder als irgendeine andere Art, mit intensiven, ambivalenten Gefühlen umzugehen. Die Patienten reagieren ähnlich wie ein Kind auf die den Eltern zugeschriebene Allmacht, oder wie im Alltag, wenn wir gezwungen sind, mit Autoritätspersonen auszukommen.

Im folgenden stelle ich zwei Krankengeschichten mit Opiatsucht vor, welche den Abwehrmechanismus bei den Süchtigen deutlich werden lassen. Beide Patienten kommen noch immer ohne Drogen aus und kön-

nen zur Zeit eine klassische Analyse mit freien Assoziationen auf der Couch durchführen. Bei beiden kam der Durchbruch, nachdem sie ihre Furcht davor ausgedrückt hatten, passiv auf der Couch zu liegen, unfähig zu sein, mich anzusehen, und meine Reaktionen zu überprüfen, „hilflos wie ein Kind zu sein.“ Ich nehme an, daß ich die Aspekte des Abwehrmechanismus bei Drogensucht ausreichend dargestellt habe. Ich beschäftige mich in dieser Arbeit ausschließlich mit Drogen, die intravenös gespritzt und nicht oral genommen werden. Ich bin mir bewußt, daß ich damit das Problem vereinfache, da wir in der Regel multiple Süchtige vorfinden. In keinem der beiden Fälle begann die Behandlung als „klassische“ Analyse, d. h. mit vier bis fünf Stunden in der Woche auf der Couch mit freien Assoziationen. Wie üblich hatten beide Patienten zwei bis drei Sitzungen in der Woche, in denen sich Therapeut und Patient gegenübermaßen. Zeitweilig verschwanden die Patienten und tauchten erst wieder auf, wenn sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten waren oder, wenn sie eine neue „Entziehungskur“ wünschten. Jetzt sind beide, soweit ich weiß, drei Jahre lang ohne Droge ausgekommen und unterziehen sich einer klassischen Form der Psychoanalyse. Untersuchungen, wie psychologische Tests. Elektroencephalogramme usw. sind gemacht worden. Beide EEGs zeigen eine leicht abnorme Charakteristik, wie sie bei einer toxischen Reaktion auftreten kann, nach der Entziehungskur zeigten die EEGs jedoch einen normalen befundfreien Verlauf. Das psychologische Ergebnis war primär das einer Charakterstörung undifferenzierten Typs, es tauchten Untertöne von Verfolgungs- und Bezugsideen auf, und die Unfähigkeit, Gefühle zu äußern.

Der erste Fall zeigt das Bild einer akuten, schweren Sucht von mehrjähriger Dauer. Die besonderen Umstände dieser Geschichte — der Patient ist Arzt — beschränken notwendigerweise meine Angaben über den Fall. Der Patient ist der einzige Sohn seiner Eltern, nach der Scheidung der Eltern erhielt der Patient zwei Halbbrüder durch die erneute Ehe des Vaters. Er kam zu seiner Großmutter, und er erinnerte sich an seine tiefen Verlassenheitsgefühle, der nächtlichen Sehnsucht nach der Mutter. Die Großmutter war streng und unerbittlich — so sehr, daß sie, wenn er nachts nach der Mutter weinte, gewöhnlich sagte: „Er wird sich schon in den Schlaf weinen“. Mit seinem ältesten Halbbruder, der selber einige Begegnungen mit der Polizei gehabt hatte, die aber nie sehr ernsthaft waren, kam er nicht gut aus. Dieser Bruder hatte elf Kinder, die alle unehelich geboren waren. Der Patient selbst war dreimal verheiratet und ist nun von seiner dritten Frau geschieden worden. Sein jüngerer Bruder ist ebenfalls Arzt und dabei ziemlich erfolgreich, er wird vom Patienten bevorzugt. Als Kind reagierte er mit großen Ängsten auf den Schulbesuch, da er eine andere Glaubenszugehörigkeit als die meisten seiner Klassenkameraden hatte. Er hatte das Gefühl, daß

die anderen Kinder auf ihm herumhackten und behauptete, er habe sich praktisch jeden Tag mit einem anderen Jungen streiten und prügeln müssen. Er lernte sehr bald, daß Weinen und Klagen bei Großmutter und Vater nutzlos waren. Der Vater ermutigte ihn meistens, sich von den anderen Kindern nichts gefallen zu lassen, aber sobald eine Beschwerde von der Schule kam, schlug er den Jungen gnadenlos.

Als er zehn Jahre alt war, hatte er Schwierigkeiten beim Urinieren und machte zum ersten Mal mit Morphinum Bekanntschaft. Er erfuhr später, daß man der Familie erzählt hatte, er habe eine angeborene Verengung des Harnleiters und würde deshalb Schwierigkeiten beim Urinieren haben. Selbst heute ist ihm die Situation nicht klar, denn er machte bis zum Alter von 15 oder 16 Jahren nachts ins Bett: „Nachts konnte ich ohne Schwierigkeiten urinieren“, genauer gesagt „im Schlaf“. Als dieses Phänomen aufhörte, litt er an Phasen „nichtklärbarer Schlaflosigkeit“, wie er sie nannte, die kamen und wieder gingen. Zu Beginn der Behandlung machte er seinen Vater verantwortlich, der ihn angetrieben hatte, in der Schule sehr gute Noten zu erreichen, was ihm auch gelang. Als der Patient ins College ging, arbeitete der ältere Halbbruder im Geschäft des Vaters, wo er die Rechnungen bei den Kunden kassierte. Zwischen Vater und Bruder kam es zu Streitigkeiten, weil der Sohn häufig Geld vom Vater stahl. Schließlich nahm ihn der Vater aus dem Geschäft wegen wiederholten Stehlens. Der Bruder brachte seine Schulausbildung nicht zu Ende.

Der Patient erinnert sich auch sehr lebhaft an den Ruf der Mutter, „eine leichtfertige Person“ zu sein. Jedesmal, wenn ein Fest stattfand, an dem die Familie teilnahm, hatte er Angst und erwartete, daß die Mutter einen großen Auftritt machen würde. Entweder war sie betrunken oder von allen möglichen „Typen“ begleitet. Er erinnert sich an einen besonderen Vorfall, der stattfand, als er bereits Arzt war. Er sah auf einer dieser Parties seine Mutter, wie sie — schon betrunken — ausgerechnet mit einem seiner alten Schulfreunde flirtete. Er konnte seine ohnmächtige Wut nicht vergessen, und auch nicht, wie er aschfahl wurde. Schließlich ging er zu seiner Mutter und „schleifte sie hinaus“. Trotz all dieser Episoden bezahlte ihr der Patient dennoch die Miete, wenn sie die Alimente und das übrige Geld, das ihr geschiedener Mann ihr schickte, vertrunken hatte, obwohl er wußte, daß sie das Geld mit seinem ältesten Halbbruder, der ihr immer am nächsten gewesen war, teilen würde.

In jener Zeit hatte er einen Alptraum, der sich immer wiederholte, in dem seine Mutter ganz anders erschien. Dieser Traum verschwand, als er heiratete. Merkwürdigerweise heiratete er eine Frau, deren Liebe er niemals sicher war, auch dann nicht, als sie ein Kind hatten. Er behauptete, wegen seiner Sucht habe seine Frau angefangen zu trinken

und sie seien schließlich in gegenseitigem Einverständnis voneinander geschieden worden. Auch sie verschwendete jeden Geldbetrag, den er ihr gab, so mußte er das Schulgeld für sein Kind zwei- oder dreimal zahlen, „weil sie es für anderes verbrauchte“. Die Situation war so chaotisch, daß er die Zustellung der Rechnungen an ihn selbst und nicht mehr an seine Frau veranlassen mußte. Obwohl der Patient selber Chirurg ist, hatte er eine akute Pneumonie wegen fünf Spritzen, die er sich in den Brustkorb injiziert hatte. Er gab sich auch Spritzen in die Blase, den Harnleiter und den Nacken. Mitunter taumelte er von den Spritzen so stark, daß er gebrochene Rippen und eine Lähmung des linken Arms durch die Verletzung eines Nervs davontrug.

Der zweite Bericht schildert die Geschichte eines Einzelkindes, eines Jungen, der große Angst vor dem Schulbesuch hatte. Diese Angst war so stark, daß er selbst noch im College dreimal das Studium abbrach, „weil man dort so antisemitisch“ war.

Er war bis zum achten Lebensjahr Bettnässer und wurde immer als ein Muttersöhnchen angesehen. Er vermisste die — wie er es nannte — „Sicherheit“ Geschwister zu haben und behauptete, deshalb sei er auch heute noch ein „Einzelgänger“. Seine Sucht begann vor zehn Jahren mit Barbituraten, die er nahm, weil es seine Mutter täglich tat und er wurde schließlich heroinsüchtig. Er sagte: „Ich bildete mich für den großen Stoff aus“. Er verübelte es jedem, der ihn einen „Süchtigen“, „ein Tier“ usw. wegen seiner Sucht nannte, tatsächlich war er in den letzten Jahren unfähig gewesen zu arbeiten. Er behauptete, man könne ihn nicht psychiatrisch klassifizieren, denn man habe ihm gesagt, daß er weder schizophoren noch neurotisch sei, „deshalb muß ich ein anderes Syndrom haben“. Bevor ich ihn zum ersten Mal sah, versuchte er mehrmals — unter anderem in Lexington, Kentucky — eine Entziehungskur zu machen, verließ aber jedesmal die Klinik, bevor er „nüchtern“ wurde. Er nahm weiterhin Barbiturate und bekam bei Versuchen aufzuhören, mehrmals Muskelkrämpfe. Während ich für ihn verantwortlich war, verließ er noch einmal ein privates Sanatorium, bevor er „nüchtern“ wurde, bekam im Hotel einen Krampf und ging dann freiwillig in ein staatliches Krankenhaus. Als seine Zeit als freiwilliger Patient zuende ging, verließ er das Krankenhaus und verweigerte jede weitere stationäre Behandlung.

Er war verheiratet gewesen und hatte einen elfjährigen Sohn; weil er nicht für das Kind sorgte, hatte seine ehemalige Frau einen Prozeß gegen ihn angestrengt. Tatsächlich jedoch wollte sie nicht einmal, daß er dem Kind eine Postkarte schickte, „bevor er nicht geheilt ist.“

Für ihn bedeutete „rauschgiftsüchtig“ soviel, wie hemmungslos zu sein“. Er setzte es mit allen Arten kriminellen Verhaltens gleich, schließlich könnte man ihn dann auch Penner nennen. Er ist ein sehr sanft-

mütiger Mensch und seit ich ihn kenne, hat er nie ein schmutziges Wort benutzt. Er gehört zu der Gruppe, die ich „chirurgisch Süchtige“ nennen möchte; denn, um an die Droge zu gelangen, hatte er sich allen möglichen Operationen unterzogen, so war er zweimal am linken, einmal am rechten Handgelenk operiert worden und einmal am Nacken, weil er „Calciumablagerungen“ hatte. Das konnte ein Internist, der ihn auf meine Bitten untersuchte, nicht bestätigen, es fanden sich keine Anzeichen für eine Hypercalcämie. Er hatte auch Operationen machen lassen, um Schmerzen in der Bauchhöhle, die nicht zu identifizieren waren, erforschen zu lassen. Er behauptete, seit dem Alter von zehn Jahren wie sein Vater an einem „Tic douloureux“ zu leiden, für den er Opiate brauchte, er machte seine Runden von Arzt zu Arzt und erhielt Rezepte. Seine Mutter erzählte ihm, er sei als Kind sehr empfindsam, aber auch wenig zugänglich und schwer erziehbar gewesen, er habe sich viel im Haus aufgehalten. Draußen habe er sich niemals mit anderen Kindern geprügelt, sondern habe es vorgezogen, nach Hause zu laufen, selbst wenn er sehr erbost war. Er betrachtete sich immer als einen „besonderen Fall“, weil er das einzige Kind war und keine Geschwister hatte, „die die Zuneigung der Eltern mit ihm teilen mußten“. Er hatte immer Angst, wenn man mit ihm zum Arzt ging und wurde bei Impfungen einige Male ohnmächtig. Es ist ihm ein Rätsel, wie er rauschgiftsüchtig werden konnte, da er doch solch eine Angst vor Spritzen hatte. Einmal war er, als er unter Drogenwirkung stand, nur knapp dem Verbrennungstod entgangen, weil er „zufällig“ eine brennende Zigarette auf die Matratze fallen gelassen hatte. Manchmal fand er, wenn er wieder nüchtern war, ein großes Durcheinander vor, Telefon und Nachttisch waren umgeworfen, und er konnte sich nicht erinnern, das selbst getan zu haben. Er meint, er sei ein verschlossener Mensch und bleibt lieber in seinem Hotelzimmer, weil er vor anderen Leuten Angst habe. Einzig das Zusammensein mit anderen Süchtigen gibt ihm das Gefühl „ein Mann zu sein, zu dem man aufschaut“. Erst in diesem Milieu fühlte er sich zum ersten Mal angenommen und hatte keine Angst vor einem Zimmergenossen oder einem Freund. Im College ging das nicht, weil er damals noch nicht „süchtig“ war. Zweimal hatte er eine Blutvergiftung, kompliziert durch eine Pneumonie, da er zum Heroinspritzen schmutzige Nadeln genommen hatte.

Ergebnis

Die Schwierigkeiten, denen ich begegnete, sind von *Ritchfield* (1954) beschrieben worden: „Der Psychoanalytiker soll bestimmte methodologische Normen und Forschungstechniken anwenden, wenn sie mit den Fakten, auf die er seine Arbeit aufbaut, vereinbar sind. Er soll sich

nicht an bestimmte Verfahrensweisen halten, nur weil sie charakteristisch... in einer fragwürdigen Weise mit einer vagen und willkürlichen Abstraktion, wie der des allgemeinen Wissenschaftsbegriffes, verknüpft sind.“ Zu Beginn muß der Analytiker primär mit bewußten Konflikten arbeiten und nicht mit der konfliktfreien Sphäre des Ichs. Das führte mich zu meiner Annahme, daß es sich bei der Drogensucht um einen Abwehrmechanismus handelt. Es geht um bewußtes, konflikthafte Material und hauptsächlich werden Verhaltensweisen interpretiert. Ich habe in meiner mehrjährigen Praxis keinen Fall erlebt, der nicht so begann, wie Anna Freud 1965 so treffend in ihrer Schrift über Kurztherapie feststellte, muß man ausgehend von den bewußten und kontrollierten intellektuellen Leistungen des Patienten auf seine dahinterliegenden Konflikte schließen. Die Patienten sind sich ihrer eigenen Gefühle und Phantasien so wenig bewußt, daß sie sich jahrelang — wie in den beschriebenen Fällen — vormachen oder einreden, daß jede Spritze die letzte sei. Klassisch beharrend ist der Satz: „Ich könnte aufhören, wenn ich wollte.“ Wenn man bei der Bearbeitung dieses Materials dem Patienten gegenüber immer wieder nachdrücklich feststellt, daß er weiß, daß die Spritze ihn eines Tages töten wird und daß bei ihm alle normalen Triebe, sexuelle oder andere, fehlen oder zu fehlen scheinen, dann entwickelt sich ein therapeutisches Bündnis, das meiner Erfahrung nach immer sehr stürmisch verläuft. In den beiden dargestellten Fällen sprachen beide Patienten von Heroin immer als dem „Kehricht“ oder dem „Shit“.

In einem der Fälle verwirklichte der Patient durch den Chirurgen sein Bedürfnis, in Schlaf versetzt zu werden, in der Hoffnung nie wieder aufzuwachen. Hinter seinen eigenen Todeswünschen stand der mörderische und schließlich bewußte Wunsch, seinen Vater zu töten. In sexuellen Beziehungen zu Frauen hatte der Patient immer die Phantasie, die Frau zu schwängern, sie geschlechtskrank zu machen. Schließlich sagte er, daß er als Schuljunge sein Genital mit Büchern verdeckt habe, da er es für einen schmutzigen Körperteil gehalten habe, den niemand sehen dürfte. Unnötig zu sagen, daß in seinen Träumen und in anderem Material seine Kastrationsangst sich ausdrückte. Er beschrieb sich fortwährend als einen „ungefährlichen“ Menschen. Seine Objektbeziehungen — vor allem zu seiner geschiedenen Frau, wie aber auch zu jeder anderen Frau, mit der er sexuelle Beziehungen hatte — entpuppten sich früher oder später als lebensbedrohend. Er sagte schließlich, daß er das College verließ, nicht weil die Leute dort so antisemitisch eingestellt gewesen wären, sondern weil er sich nicht so männlich wie die anderen Jungen gefühlt und nicht gewußt hätte, wie man mit Mädchen umging. Dafür macht er immer wieder seine Eltern verantwortlich, da er damals keinen um Rat hätte fragen können.

Bei dem zweiten Patienten war die Situation klarer bestimmbar, da die Eltern geschieden waren. Die Mutter war höchstwahrscheinlich eine promiskuös lebende, chronische Alkoholikerin, und der Vater war brutal. Im Verlauf dieser Behandlung kamen die Mordlust gegen seinen älteren Halbbruder und schließlich die Todeswünsche gegen den Vater wieder zum Vorschein. Sein sexuelles Leben bot das gleiche Bild, wie ich es eben beschrieb; es wurde ihm bewußt, warum er eine geschiedene Frau geheiratet hatte, die später trunksüchtig und promiskuös wie seine Mutter wurde. Doch hatte diese Frau so große Angst vor ihm, daß sie niemals die Einweisung des Patienten in ein Hospital unterstützte.

Heroin Addiction: A Defense Mechanism

Gabriel de la Vega

The scientific literature on drug addiction has so far mainly dealt with the hedonistic aspect of addiction, i. e. the search of the addict for pleasure-giving gratification. This view neglected the fact that sooner or later the addiction becomes a compulsion with deleterious effects on the whole personality of the addict.

The author views the addiction as an ego-defence-mechanism. The addict is — as the clinical material of the author illustrates — since his early childhood incapable to deal sufficiently with any id-derivates, that is his fears, libidinal impulses or hostility. He tries during his development different defence mechanisms, but they fail. So he uses the only remaining defence mechanism, the addiction. The author shows the relation of drug addiction to the pathological forms of sleep and dream being means to avoid the confrontation with reality. The defence character of drugs is clearly seen in its dream-suppressing effect. The addict who feels overwhelmed and endangered by id-impulses protects the ego from facing this intolerable id-derivates and tries at the same time to restore his relations to external objects and to recapture them without being overwhelmed by id-impulses. The drug is a part-object and a transitional object for the addict, he reacts to the drug like a child to omnipotence attributed to the parents.

The author gives clinical material about two patients. Both took part in a psychotherapy and are now in classical psychoanalysis. Since three years they do not use drugs any more. The turning point in their analysis was reached when they could verbalize their helplessness and their incapability to look at the analyst and to cope with any of his reactions. Then the unconscious material could be worked through, in both cases incestuous desires towards the mother accompanied by castration fear and death wishes against the father.

Literatur

- Beck, E. C., Barolin, G. S.* (1965): Effect of Hypnoid Suggestion on Evoked Potentials, in: *J. Nerv. & Ment. Dis.* 140, p. 154—161
- Bowlby, J.* (1951): *Maternal Care and Mental Health* (Genf: W. H. O. Monograph Nr. 2)
- , *Ainsworth, M., Beston, M., Rosenbluth, D.* (1956): The Effect of Mother-Child Separation. A Follow-up Study, in: *Brit. J. Med. Psychol.*, Vol. 29, p. 211—247
- Cesio, F.* (1960): mainly: Contributions to the Study of the Negative Therapeutic Reaction, in: *Rev. de Psicoanalysis*, Vol. 17, p. 289—298
- Claghorn, J. L., Ordly, J. M., Nagy, A.*: Spontaneous Opiate Addiction in Rhesus Monkeys, in: *Science*, Vol. 149, Nr. 3682, p. 440—441
- Corominas* (1954): *Dic. Critico Etimolo de la Lengua Catellana*, Vol. I u. II (Bern: Francke)
- Dickes, R.* (1965): The Defensive Function of an Altered State of Consciousness: A Hypnoid State, in: *J. Am. Ps. Ass.*, Vol. 13, p. 356—403
- Ferenczi, A.* (1914): On Falling Asleep During Analysis, in: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis* (London: Hogarth, 1950)
- Fisher, C.* (1965): Psychoanalytic Implications of Recent Research on Sleep and Dreaming, Part I u. II, in: *J. Am. Psy. Ass.*, Vol. 13, p. 197—303
- (1963): Studies on the Psychopathology of Sleep and Dreams, in: *Am. J. Psychiatry*, Vol. 119, p. 1160
- Fontana, A. E.* (1965): *Psicoterapia con Alucinogenos* (Buenos Aires: Losada)
- Freud, A.* (1946): *The Ego and the Mechanisms of Defense* (New York: Int. Univ. Press)
- (1965): Diagnostic Skills and Their Growth in Psycho-Analysis, in: *Int. J. Psychoanalysis*, Vol. 46 Part I, p. 31—38
- Freud, S.* (1905): *Psychopathic Characters on the Stage* (London: Hogarth, 1961)
- (1923): mainly: *The Ego and the Id*, S. E. 19 (London: Hogarth, 1961)
- (1920): *Beyond the Pleasure Principle*, S. E. 18 (London: Hogarth, 1955)
- Grinberg, L.*: mainly: Two Types of Guilt: Their Relation to Pathological and Normal Aspects of Mourning, in: *Rev. de Psicoanalysis*, Vol. 20, p. 319—330
- Pavese, C.* (1965): SUR, in: *Rev. Bimemstral*, Nr. 296
- Rado, S.* (1926, 1928): *The Psychic Effects of Intoxication; Attempt at a Psychoanalytic Theory of Drug Addiction*
- (1933): *The Psychoanalysis of Pharmacothymia (Drug Addiction) 1. The Clinical Picture*
- Rechtschaffen, A.* (1964): Discussion of Dement, W., Part III. Research Studies: Dreams and Communication, in: *Science & Psychoanalysis* (as quoted by C. Fisher) Vol. 7 (New York: Grune & Stratton)
- Ritchfield, J.* (1954): On the Scientific Status of Psychoanalysis, in: *Sci. Monthly* Vol. 79, p. 306—309
- Savitt, R. A.* (1954): Extramural Psychoanalytic Treatment of a Case of Narcotic Addiction, in: *J. Am. Psy. All.*, Vol. 2, p. 494—502
- (1963): Psychoanalytic Studies on Addiction: Ego Structure in Narcotic Addiction
- Snyder, S. H., Merrill, C. R.* (1965): Relationship between Hallucinogenic Activity of Drugs and Their Electronic Configuration, in: *Proc. Nat'l. Aca. Sci.*, Vol. 54, p. 258—266
- Socarides, C. W.* (1958): *The Function of Moral Masochism: with Special Reference to the Defense Processes*
- (1960): The Development of a Fetishistic Perversion: the Contribution of Pre-Oedipal Phase Conflict, in: *J. Am. Ps. Ass.*, Vol. 8, p. 281—311
- The Sciences* (1966): *How Smoking Affects the Brain*, Vol. 6, No. 1, p. 1—4

Namensregister

- Abramson, J. A. 86, 92, 95
 Adler, A. 37, 41, 45
 Ainsworth, M. 152
 Alexander, F. 41, 45
 Alpert, R. 50, 71
 Ammon, Günter 7, 8, 9, 10, 14, 16, 41,
 45, 48, 50, 55, 68, 70
 Arendsen-Hein, G. W. 114

 Bailey, J. J. 115
 Baker, E. F. S. 95, 114
 Barca, C. de la 141
 Barain, G. S. 152
 Baroni 43
 Beck, E. C. 152
 Bee, R. L. 50, 70
 Bensheim, H. 34, 40, 41, 43, 45
 Beringer, K. 26, 28, 32, 33, 34, 39, 40,
 41, 42, 43, 45, 50, 65, 70
 Beston, M. 152
 Blewett, D. G. 92, 93
 Bonhoeffer, C. 42
 Bowlby, J. 142, 152
 Brenman, M. 12, 16
 Bresler 36, 45
 Brown, E. C. 60
 Buckman, J. 81, 86, 95, 115
 Busch, A. K. 95, 114

 Campbell 144
 Capelmann 24
 Cesio, F. 144, 152
 Chotlos, J. 76
 Chwelos, N. 74, 86, 92, 93
 Cjangl 24
 Claghorn, J. L. 152
 Cohen, S. 73, 86, 87, 93
 Corominas 152
 Crochett, R. 50, 70

 Dahlberg, C. C. 115
 Capellmann 24
 Deschamps, A. 37, 45
 Dickes, R. 142, 144, 152
 Ditman, K. S. 95, 115
 Dixon 37
 Dobrowolsky 20, 22
 Dragendorff, G. 37, 45

 Eliot, T. S. 122, 126
 Ellis, H. 17, 25, 26, 40, 45, 50, 70

 Erikson, E. H. 5, 10, 16

 Faulkner, W. 141
 Ferenczi, S. 144, 152
 Fernberger, S. 35, 43, 45
 Fisher, C. 144, 145, 152
 Fontana, A. E. 145, 152
 Forster 35
 Frederking, W. 37, 38, 43, 45
 Freud, A. 144, 150, 152
 Freud, S. 43, 47, 48, 140, 144, 152

 Gibran, K. 126
 Gill, M. M. 12, 16
 Godfrey, K. E. 14, 16, 53, 55, 67, 70,
 115
 Götte, J. 48, 50, 70
 Grinberg, L. 144, 152
 Guttman, E. 26, 28, 35, 37, 42, 45

 Harlow, H. F. 10, 16
 Harmon, W. W. 93
 Heffter 23, 24, 25, 26, 37, 45
 Heidelberger Psychiatrische Klinik 28
 Hinsie 144
 Hoffer, A. 41, 45, 74, 79
 Honigfeld 72
 Huxley, A. 13, 16, 48, 50, 55, 71

 Jacobson, E. 117, 126
 Jaensch, W. 35, 41, 46
 Jantz, H. 35, 41, 46
 Jochimoglu, G. 25, 46
 Johnson, G. 115
 Johnson, W. C. 95, 114
 De Jong, H. 25, 43, 46

 Kant, F. 41, 46
 Kant, Fr. 120
 Kanter 24
 Keeser, E. 25, 46
 Kellen, T. 46
 Kielholz, P. 5, 16
 Kiowa-Indianer 17
 Knauer 26, 27, 46
 Kraepelin, E. 10, 16, 39, 45
 Kris, E. 11, 16

 La Barre 50, 71
 Lacandon-Mayas 54
 Ladewig, D. 16

- Lange 37
 Langner 95
 Lanternari, V. 13, 16, 50, 71
 Leary, T. 8, 16, 50, 71
 Le Cron, L. M. 93
 Leuner, H. 95, 115
 Lewin, L. 25, 46
 Ling, T. R. 86, 93, 95, 115
 Lonetree, W. 50
- Maclay 37
 Malony 26, 46
 Mann, Th. 119
 Marriott, A. 50, 71
 Marshall 36, 41, 43
 Maslow, A. J. 79, 93
 Mc Kinney, L. 50, 63
 Menninger, K. 50, 54
 Menninger-Foundation 54
 Merck, E. 46
 Merrill, C. R. 141, 152
 Mescalero-Apachen 49
 Metzner, R. 50, 71
 Meyer-Gross 35, 46
 Mitchell, S. W. 17, 18, 19, 21, 22, 25, 46
 Mogilewa 25
 Monet, C. 20
 Morgan 17, 22, 25, 26, 37, 39, 46
 Morselli, G. E. 33, 46
 Mühlmann, W. 13, 16
 Müller, J. 28
 Mumey, N. 48, 50, 71
 Murphy, G. 48, 71
- Nagy, A. 152
 Native American Church 49, 50, 54
 New-Mexico-Indianer 17
 Noyes, A. P. 87, 93
- Ordy, J. M. 152
 Orne 72
 Osmond, H. 79, 80
- v. Pap 35, 46
 Parsons, E. C. 66, 71
 Patterson, P. 9, 45
 Pavese, C. 141, 152
 Petruzzo 35
 Peyote-Indianer 8
 Pöldinger, W. 42, 46
- Pötzl, O. 37, 41, 45
 Potawotomie-Reservation 50
 Prentiss, D. W. 17, 22, 25, 26, 37, 39, 46
- Rado, S. 140, 152
 Rapaport, D. 11, 12, 16
 Rechtschaffen, A. 144, 152
 Ritchfield, J. 149, 152
 Roder 24
 Rose, G. J. 117, 122, 126, 127
 Rosen, J. N. 9, 16
 Rosenbluth, D. 152
- Sandison, R. A. 50, 70, 86, 95, 115
 Savage, C. 77, 89, 93
 Savitt, R. A. 140, 152
 Searles, H. 10, 16
 Selesnick, S. 41, 45
 Serko, A. 26, 28, 41, 46
 Shakespeare, W. 141
 Sherwood, J. N. 93
 Slotkin, J. S. 49, 50, 71
 Slotta-Szyska 37
 Smith, P. B. 50, 71
 Snyder, S. H. 141, 152
 Socarides, C. W. 140, 152
 Spaeth 23, 24, 46
 Spencer, A. M. 86, 93
 Spitz, R. 10, 16
 Sullivan, H. S. 10, 16, 80
- Schoenrich 79
- Stein 35, 46
 Stein, M. H. 127
 Stolcroff, M. J. 93
- Terrill, J. 77, 93
- Unger, S. M. 72, 79, 80, 93
- de la Vega, G. 5, 6, 16
 Voth, H. 115
- Wabaunsee, W. 50, 54
 Wahzow-Koudk, W. 50
 Walk, A. 50, 70
 Wallerstein, R. 76
- Zador 36, 37
 Zucker 36, 42

Sachregister

- Abwehrmechanismus 144, 150
 — und frühkindlicher Konflikt 6
 — bei halluzinogenen Drogen 145
 Heroin suchte als — 139 ff
 Rauschzustand als — 6, 139 ff, 142
 Staatliches Rauschgiftbekämpfungsprogramm als — 1, 2
 — der Zwangsneurose 7
 Adenoidektomie 118
 Aggression
 — gegen den Vater 150
 Alkaloid
 —e des Peyote 24, 28
 morphiumartige —e des Peyote 24
 strychninartige —e des Peyote 24
 Alkohol
 — im christlichen Kultus 5, 13
 dionysischer Kultus des —s 5
 — als Rauschdroge 4, 5
 Alkoholismus 1
 — und Identifikationsprozesse 92
 LSD-Therapie des — 73 ff
 — der nordamerikanischen Indianer 13
 Amphetamine 145
 Angst
 — im halluzinatorischen Zustand 11
 paranoide — 121
 — in der psychotischen Reaktion 11
 Asomerie
 — bei Meskalinegenuß 28
 Ataktische Störungen
 — bei Meskalinegenuß 32
 Atembeschwerden
 — bei Meskalinegenuß 20
 Atropin
 Pupillenerweiterung durch — 20
 Aufmerksamkeit
 — bei Meskalinegenuß 21
 Ausagieren, destruktives 125
 Außenweltreize
 — als sexualisierte Aggressionen 121
 „bad Trips“ 8
 Barbiturate 1, 145
 suchtbildende Wirkung der — 1
 — u. Traumunterdrückung 145
 Benommenheit
 — bei Meskalinegenuß 18
 Bewußtseinsweiterung
 — durch Drogenwirkung 7, 68
 — als Differenzierung der Ich-Funktionen 9
 Bewußtseinsveränderung
 — durch Drogen 7, 13, 14
 Bewußtseinszerstörung
 — durch Drogen 9
 — durch Arretierung der Ich-Entwicklung 9
 Bewußtseinszustand
 — und Ich-Zustand 12
 Stabilisierung des —es durch Lernen 12
 Veränderung des —es durch Drogenkonsum 7
 Borderline-Symptomatik 9, 13, 14
 Cannabis 4
 Chromosomenveränderung
 — bei Drogenabhängigen 142
 Cyclazocin
 — als Entziehungsmittel 142
 — u. neuronale Rezeptoren 142
 Cyclothyme
 — u. Meskalinegenuß 34
 Depersonalisationssyndrom
 — u. Meskalin 37
 Depressionen 117
 — nach dem Drogenrausch 8
 — u. Drogenverbot der Gesellschaft 8
 Diarrhoe
 — bei Meskalinegenuß 25
 Dosierung
 — der Drogen in der Psychotherapie 7
 Drogen
 bewußtseinsweiternde — 4, 7, 11, 14
 bewußtseinszerstörende — 9, 14
 — als Hilfsmittel in der Psychotherapie 7, 13, 43, 68
 nichtsüchterzeugende — 2
 psychodelische — 72
 psychomimetische — 72
 — und religiöse Systeme 5, 12
 rituelle Verwendung der — 4, 12, 47 ff
 soziale Bedeutung der — 4
 Widerstand gegen die — 75, 87

- u. der Zugang zu unbewußten Konflikten 7
- Drogenabhängige
 - Chromosomenveränderungen bei —n 142
 - psychotherapeutische Behandlung der —n 5
 - träumerisch-schläfriger Typ des —n 145
- Drogenabhängigkeit
 - u. Abhängigkeit v. infantilen Konflikten 6
 - biochemischer Prozeß der — 5
 - u. Gruppe 5
 - u. latente Ich-Schädigungen 7
 - u. persönlicher Konflikt 5
 - physiologischer Prozeß der — 5, 6, 141
 - u. psychische Disposition 5
 - psychogene Ursache der — 6
 - psychotherapeutische Behandlung der — 5
 - u. soziale Situation 5
- Drogenerfahrung
 - u. Abwehrmechanismen des Ichs 11, 13
 - u. Ichstruktur 64, 65
 - individuelle Faktoren in der — 99 ff
 - Integration der — in das Ich 8
 - u. psychotische Reaktion 12
- Drogenforschung
 - u. Erforschung der Ich-zustände 14, 33
 - ethnologische — 5
 - Kulturhistorische — 5
 - psychoanalytische — 3, 10
- Drogenhandel
 - Bekämpfung des —s 2
- Drogenkonsum 1, 6
 - als Abwehrmechanismus 142
- Anwachsen des — 6
 - u. Familienstruktur 5
 - als Gesellschaftsflucht 8
 - als gesellschaftliches Befriedungsinstrument 141
 - u. Ichentwicklung 6
 - u. Ichstärke 6, 7, 9, 13
 - bei Jugendlichen 1
 - Kriminalisierung des —s 2, 12, 14
 - u. Kriminalität 2
 - psychische Dynamik des —s 3, 9
 - u. psychotische Reaktion 143
 - Realitätskontrolle beim — 12
 - u. Revolte 8
 - u. sekundäre Desintegration 7
 - soziale Dynamik des —s 2, 9
 - unter therapeutischer Kontrolle 7
 - u. Umgebungssituation 7
- Drogenkriege
 - in der Kolonisierungsperiode 13
- Drogenkult
 - u. Gruppe 13, 67
 - der Peyote-Indianer 5, 12, 13
- Drogenmißbrauch
 - u. persönlicher Konflikt 5
- Drogenmythologie 8
- Drogenreligion 8, 13
- Drogenrevolte
 - der Jugendlichen 14
- Drogenritual 13
 - Zerstörung autochthoner —e 13
- Drogensucht
 - als Abwehrmechanismus des Ichs 144, 145, 150
- Drogenverbot
 - u. Depressionen der Drogenesser 8, 14
- Drogenwirkung
 - bewußtseinserweiternde — 4, 7, 11, 14
 - bewußtseinszerstörende — 9, 14
 - u. Bezugsgruppe 5, 8
 - u. Einstellung der Umgebung 65
 - u. Erwartungshaltung 72
 - u. Ich-Funktionen 11
 - als Indikator für psychische Konstitution 7
 - individuelle psychische Dynamik der — 5, 8
 - individuelle soziale Dynamik der — 5, 8
 - u. Konstitution 35
 - u. neuronale Rezeptoren 142
 - u. schizophrene Reaktion 11, 33, 35
- Dynamik
 - der Gruppe des Drogenkonsumenten 8
 - individuelle psychische und soziale — des Drogenkonsumenten 5, 8
- Einstellung
 - der Umgebung zur Droge 73 ff
- Elektroenzephalogramm
 - in der Hypnose 142
 - im Rauschzustand 142

- Erfahrungsfähigkeit
— u. Ichentwicklung 10
- Erfahrungsunfähigkeit
— u. schizophrene Reaktion 10
- Erwartungshaltung
— der Drogenwirkung 72
- Es-Abkömmlinge 142
— und das Ich 142, 143
- Familienstruktur
— u. Drogenkonsum 5
- Fliegenpilz
— als Rauschmittel 4
- Gastrische Symptome
— bei Meskalingenuß 20, 56
- Geburtsphantasie 122
- Gegenphobie
— zur Abwehr aggressiver Regungen 121
- Geschlechtstrieb
— bei Meskalingenuß 42
- Gesellschaft
 menschenfeindliche Organisation — 6
- Gesellschaftsflucht
— im Drogenkonsum 8
- Gesellschaftsorganisation
— u. Drogenkonsum 6
— u. Therapiefeindlichkeit 6
- Gruppe
— u. Drogenkonsum 5, 7, 13, 67
— u. Drogenkult 13, 67
— u. Drogenwirkung 5, 8
— u. Ichentwicklung 15
— als Mutter 14
— u. archaische Muttererfahrung 14
— u. Regression des Einzelnen 14
— als Schutz für individuelle Identität 14
- Gruppendynamik
— der Peyote-Zeremonie 53 ff
- Gruppenforschung, psychoanalytische 14
- Gruppenpsychotherapie
— u. LSD-Erfahrung 84
- Halluzinationen
 haptische — durch Meskalin 27, 33
 optische — durch Meskalin 27, 33, 36
- Halluzinogene Drogen 1, 72
— u. Abwehrmechanismen des Ichs 11, 13, 142, 145
- Atomstruktur der — 141
— u. Gemeinschaftsgefühle 13
 physiologische Wirkungen der — 48
 therapeutischer Gebrauch — 7, 13, 43, 68
- Halluzinatorischer Zustand
— im Drogenrausch 6
— mit Harmoniegefühlen 8
— in der psychotischen Reaktion 6
— in der schizophrenen Reaktion 10
- Harmoniegefühle
— in der Halluzination 8
— im Meskalinrausch 58 ff
- Haschisch 1, 2, 39
- Heilungsquote
— der konventionellen Entzugstationen 6
- Heroin 139, 143
- Heroinsucht 139 ff
— als Abwehrmechanismus des Ichs 139 ff
- Herzbeschwerden
— bei Meskalingenuß
- Hyperästhesie
— für Farben bei Meskalingenuß 26, 28
- Hypnose 77
 Elektroenzephalogramm in der — 142
- Hypnotischer Zustand 12
- Ich-Entwicklung
 Arretierung der — 9
— u. Drogenkonsum 6, 9
— u. Gruppe 15
— u. Kommunikation Kind-Mutter-Gruppe 10
— u. affektiver Körperkontakt 10
— u. schizophrene Reaktion 10
— u. Über-Ich-Störungen 124
- Ich-Erfahrung
— durch halluzinogene Drogen 48
- Ich-Funktionen 124
— u. Drogenwirkung 11, 66
— u. Heroin 141
— u. Über-Ich 124
- Ich-Grenzen 57 ff, 122
— im Meskalinrausch 57 ff
— u. Phobie 122, 125
— u. Regression 122, 125
- Ich-Kontrolle 12
— im Meskalinrausch 61

- Ich-Psychologie, psychoanalytische 48
 — u. halluzinogene Drogen 48, 68
 Ich-Stärke
 — u. Drogenkonsum 6, 7, 9, 48, 64
 — u. schöpferische Regression 12
 — des Therapeuten in der Therapie mit
 halluzinogenen Drogen 7, 68
 Ichzustände 11, 12
 Beweglichkeit zwischen verschiedenen
 —n 11, 68
 — u. Bewußtseinszustände 12, 68
 Erforschung der — 14, 68
 Identifikation 91
 — von Alkoholikern 91
 — mit dem Vater bei Alkoholikern
 108, 109
 Identität
 sexuelle — 9
 soziale — 9
 Identitätsdiffusion 9
 Identitätsstörung, narzißtische 116 ff
 — u. Psychose 116 ff.
 Intellektualisierung
 — in der Psychotherapie 88
 Inzestwünsche 102, 109

 Kastrationsangst 101, 150
 Katatonie, experimentelle
 — durch Meskalin 25
 — durch Haschisch 25
 — durch Bilbocapuin 25
 Klassische Neurose p, 14
 Kokain 4, 13
 Kolonialisierung
 — u. Drogenkonsum 141
 Konstitution
 — u. Drogenwirkung 35
 Konzentrationsfähigkeit
 — bei Meskalingenuß 19
 Kopfschmerzen
 — bei Meskalingenuß 20, 26
 Kreativität
 — u. Regression 11
 Kriminalisierung
 — des Drogenkonsums 2, 12, 14
 Kriminalität
 — u. Drogenkonsum 2

 Lysergsäure-Diäthylamid (LSD)
 1, 2, 72 ff, 128 ff
 LSD-Erfahrung 10
 — im anschließenden Interview
 84, 88, 108

 Reaktionsebenen der — 74
 — u. Verhaltensänderungen 90
 Vorbereitung auf die — 81
 LSD-Selbstversuch 128 ff
 LSD-Therapie 73 ff, 94 ff
 — mit Alkoholikern 73 ff
 Kotherapie in der — 82 ff
 Regression in der — 84

 Masturbation 123
 Meskalin 17, 23, 26, 38, 39
 — in der Psychotherapie 38
 Meskalinrausch
 Asomerie im — 28
 Ataktische Störungen im — 32
 Atembeschwerden im — 20
 Atemfrequenz im — 25
 Aufmerksamkeit im — 21
 Benommenheit im — 18
 Cyclothyme im — 34
 Depersonalisationssyndrom im —
 32
 Diarrhoe im — 25
 Experimentelle Katatonie im — 25
 Farbvisionen im — 17, 18 ff, 26, 29,
 35, 36 ff
 Gastrische Symptome im — 20, 56
 Geschlechtstrieb im — 42
 Harmoniegefühle im — 58 ff
 Herzbelemmung im — 20
 intellektuelle Urteilsfähigkeit im —
 21
 Konzentrationsfähigkeit im — 19
 Kopfschmerzen im — 20, 26
 Muskelreizbarkeit im — 18
 Muskel-tätigkeit, unkoordinierte im —
 20
 Mydriasis im — 26
 Nausea im — 18, 19, 25, 26, 29,
 56
 — u. Neurasthenietherapie 17
 Parese im — 25
 Psychomotorische Hemmungen im —
 42
 Pupillenerweiterung im — 20
 Reflexerregbarkeit im — 25
 Schizophrene Reaktion u. — 35
 Schlaflosigkeit im — 19
 Schmerzempfindung im — 36
 Stoffwechsel im — 41
 Stupordurchbrechung durch — 37
 Subjekt-Objektbeziehung im — 32
 Synästhesie im — 31

- Tetanische Krampfanfälle im — 25
- Überreizung der Sinne im — 20, 21
- Visionen im — 17, 18 ff, 26, 29, 35, 36 ff
- Zeitsinnstörung im — 27, 30

- Milieu
 - und Drogenerfahrung 7, 73 ff
 - u. Drogenwirkung 7, 73 ff
- Morphium 141, 142, 144
- Mutterbindung 103
- Muttererfahrung, archaische 14
- in der Gruppe 14
- Muskelreizbarkeit
 - bei Meskalingenuß 18
- Mydriasis
 - bei Meskalingenuß 26

- Narzißmus, primärer 14
 - Regression auf — 124
- Nausea
 - bei LSD-Genuß 108
 - bei Meskalingenuß 18, 19, 25, 26, 29, 56
- Neurasthenie
 - Farbvisionen in der — 21
 - therapie mit Meskalin 17, 37
- Neuronale Rezeptoren 142
- bei der Drogenwirkung 142
- Neurosentherapie
 - Verwendung von LSD in der — 95

- Ödipaler Konflikt 102, 103
- Onanie 103, 105, 109
- Opium 4
- Opiumgesetz 2

- Paranoia
 - bei LSD-Genuß
- Parese
 - bei Meskalingenuß
- Peyote 4, 23, 47 ff
 - morphiumartige Alkaloide des — 24
 - strychninartige Alkaloide des — 24
 - chemische Strukturformel des — 23
 - als Medizin 23
 - als religiöses Rauschmittel 23
 - zeremonie 52 ff, 64
- Pharmakopsychologie 39
- Phobie
 - u. Ich-Grenzen 121
- Psilocybin 4

- Psychische Störungen in der BRD 6
- Psychodelische Bewegung 8
- Psychodelische Drogen 72
- Psychodelische Reaktionen 80 ff
- Psycholyse 95
- Psychopharmaka 1, 72
- Psychomotorische Hemmungen
 - bei Meskalingenuß 42
- Psychotherapie
 - der Drogenabhängigkeit 5
 - der halluzinogenen Drogen 43, 68, 76, 90, 95, 99
 - Intellektualisierung in der — 88
 - u. LSD-Erfahrung 84, 94 ff
 - Meskalin in der — 38
 - u. Verwendung von Symbolen 76, 90
- Psychotische Reaktion 11
 - u. Angst 11
 - u. Drogenerfahrung 12, 67, 116 ff
 - u. narzißtische Identitätsstörung 116 ff
 - durch LSD-Konsum 116 ff, 123
 - Wahnvorstellungen in der — 11
- Psychotomimetica 72
- Psychotomimetische Reaktion
 - bei LSD-Genuß 77 ff
- Pubertät
 - Identitätskrise der — 9
- Pupillenerweiterung 48
 - durch Atropin 20
 - Meskalin 20
 - u. farbige (violette) Visionen 20
- Pyelitis 118

- Rauschdrogen 5
 - rituelle Verwendung von — 4
 - soziale Bedeutung der — 4
- Rauschzustand 43
 - Elektroenzephalogramm des —es 142
 - als Flucht vor psychischen Konflikten 6
 - u. Ichstärke 6, 7
 - psychoanalytische Theorie des —es 142
 - u. schizophrene Reaktion 10
 - u. unbewußtes Material 34
- Realitätskontrolle
 - beim Drogengenuß 12
 - u. Phantasie 120

- Realitätsprüfung 123
 — u. Mutterbindung 120
 — u. Regression 123
 — u. Über-Ich-Struktur 117
 Reflexerregbarkeit
 — bei Meskalingenuß 25
 Regression 10, 11, 123
 — u. Ichstärke 12
 — u. Kreativität 11
 — in der LSD-Therapie 83, 95
 psychoanalytische Theorie der — 11
 — in der schizophrenen Reaktion 10
 schöpferische — 11, 12
 — im Schutz des Gruppenichs 14

 Sado-Masochistische Thematik 120, 122
 Siouxindianer 55
 Subjekt-Objekt-Bewußtsein 32
 Sucht
 — als körperliche Abhängigkeit 2
 psychophysiologische Aspekte der —
 141
 Suicidwünsche 117
 Symbole
 — u. ihre Verwendung in der Psycho-
 therapie 76, 90
 Symptomatik
 Wandel der — 9, 14
 Symptomatologie
 — des Meskalinrausches 32, 43
 Synästhesie
 — bei Meskalingenuß 31
 Schizophrene Reaktion 96, 99
 — als Desintegration des Ichs 10
 experimentell erzeugte — 33, 42
 — u. Konflikte in der Ich-Entwicklung
 10
 — als versuchte Neuintegration des Ichs
 10
 psychodynamische Erforschung der —
 10
 — u. Rauschzustand
 10, 11, 33, 35, 66, 68
 — als Regression zu frühkindlichen
 Erfahrungsweisen 10
 — als Stoffwechselstörung 10
 Schizophrenieforschung, psycho-
 analytische 10
 Schizothyme
 — bei Meskalingenuß 34
 Schlaflosigkeit
 — bei Meskalingenuß 19

 Schmerzempfindung
 — bei Meskalingenuß 36
 Schöpferische Phantasie
 — im Meskalinrausch 59
 Schuldgefühl 101
 Stoffwechsel
 — im Meskalinrausch 41
 Stupordurchbrechung
 — durch Meskalin 37

 Tetanische Krampfanfälle
 — bei Meskalingenuß 25
 Todeswunsch 105, 150
 — gegenüber dem Vater 105, 150
 Tranquilizer 1, 11, 13, 14
 Traumunterdrückung 145
 Über-Ich
 — u. Heroin 141
 Über-Ich-Störungen
 — u. Ich-Entwicklung 124
 Über-Ich-Struktur 117
 — u. Realitätsprüfung 117 ff
 Überreizung
 — der Sinne durch Meskalin 20
 Übertragung
 — in der Therapie 125 ff
 Umgebung
 — u. Drogenkonsum 7
 — u. Drogenwirkung 7, 49 ff, 64
 Urteilsfähigkeit, intellektuelle
 — bei Meskalingenuß 21, 48

 Verhaltensänderung
 — durch LSD-Erfahrung 90
 Verschmelzung
 — von Ich und Objekt 117
 Visionen 48
 Farb— 17, 18 ff, 26, 29, 35, 36 ff

 Wahnvorstellung
 — in der Psychose 11
 Wahrnehmungsfunktionen, autonome
 124
 Widerstand
 — gegen die Droge 75, 87
 — gegen die Therapie 105, 106, 107
 Wiederholungszwang
 — des Drogensüchtigen 7
 „Wohlstandsdrogen“ 1

 Zeitsinnstörung
 — bei Meskalingenuß 27, 30, 48
 Zwangsneurose
 Psychotherapie der — mit hallu-
 zinogenen Drogen 7, 68, 96, 101

Biographische Notizen

Günter Ammon, geb. 1918, Dr. med., ist frei praktizierender Psychoanalytiker und Psychiater in Westberlin. Nach seinem Studium und klinischer Tätigkeit war er von 1952—1956 am Berliner Psychoanalytischen Institut in Ausbildung. Von 1956—1965 war er als Psychoanalytiker, Psychiater und Dozent an der Menninger Klinik und School of Psychiatry in Topeka (Kansas) tätig.

Er leitet das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse (LFI), Berlin. Ammon ist Mitglied zahlreicher in- und ausländischer Fachvereinigungen, u. a. Corresponding Fellow der American Psychiatric Association, Founding Member des Internationalen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG). Er ist Herausgeber der Internationalen Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, Mitherausgeber der Zeitschriften „Comparative Group Studies“, Los Angeles, und „Investigación Psicomatica“, Buenos Aires. Zahlreiche Veröffentlichungen auf den Gebieten der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung, der Schizophrenie-Psychotherapie und der Aggressionsforschung.

Anschrift: Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28

Havelock Ellis, der bekannte Literat und Publizist auf den Gebieten der Psychologie und Sexologie ist 1859 in Croyden, Surrey, geboren. Nach erfolgreichem Medizinstudium gab er seine ärztliche Praxis auf, um sich literarischen und wissenschaftlichen Tätigkeiten zu widmen. 1898 erschien der erste Band seiner „Studies in the Psychology of Sex“, die im Laufe von 30 Jahren auf sieben Bände erweitert wurden. Das in seinem Buch „The World of Dream“ (1911) enthaltene Material wurde von S. Freud benutzt und gewürdigt. Sein Werk „The Criminal“ (1899) stellt einen der ersten Versuche in Großbritannien dar, die Ursachen und Behandlung des Verbrechens psychologisch zu erfassen.

Ellis war Herausgeber der „Contemporary Science Series“. Die hier veröffentlichte Arbeit erschien zuerst in „The Lancet“, 1897.

Sein klarer, zugänglicher Stil machte ihn zu einem der bekanntesten und erfolgreichsten Autoren seiner Zeit. Ellis starb 1939 in Hitlesham, Suffolk.

Kenneth E. Godfrey absolvierte seine medizinische Ausbildung in Oklahoma, die er 1950 an der Oklahoma University School of Medicine als M. D. abschloß.

Nach seiner Tätigkeit als Intern am Esley Hospital von Oklahoma City von 1950 bis 1951 arbeitete er zunächst als praktischer Arzt und Chirurg in Okcene, Oklahoma, daneben als Lehrer an der Oklahoma University Medical School.

Von 1960 bis 1963 war er Resident an der Menninger School of Psychiatry, 1963—1964 wissenschaftlicher Assistent für Psychiatrie am Topeka VA Hospital und seitdem Psychiater an demselben Krankenhaus.

Seit dieser Zeit befaßt sich Godfrey vorwiegend mit der Forschung über LSD und Psychotherapie. Schon 1963 benutzte er bei der Behandlung von Alkoholikern LSD-25. Seit 1962 arbeitet er eng mit Dr. Voth zusammen.

Anschrift: Kenneth E. Godfrey, M. D.,
Topeka Veterans Administration Hospital,
2200 Gage Boulevard, Topeka, Kansas 66622, USA

Jürgen Götte, geb. 1944 in Detmold, Dr. med., absolvierte sein Medizinstudium an der Freien Universität Berlin. 1970 promovierte er mit einer Arbeit aus der klinischen Elektroencephalographie und ist z. Z. als Assistenzarzt auf der neurologischen Abteilung des Auguste-Victoria-Krankenhauses Berlin tätig. Götte ist seit drei Jahren Mitarbeiter am Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppentherapeutischen Gesellschaft, Berlin.

Sein besonderes Interesse gilt der Psychosomatik und der Forschung auf dem Gebiet der Milieuthherapie.

Anschrift: Dr. med. Jürgen Götte, 1 Berlin 38, Kurstraße 3

Hans-Joachim Hameister, geb. 1940, cand. phil. et stud. med., studierte an den Universitäten Köln, Wien und Berlin Theaterwissenschaften, Germanistik, Kunstgeschichte, Philosophie, Soziologie und Religionswissenschaften, jetzt Medizin an der Freien Universität Berlin. Seit 1968 ist er am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in psychoanalytischer und psychotherapeutischer Ausbildung und Dozent für Gesellschaftswissenschaften.

Anschrift: Hans-Joachim Hameister, 1 Berlin 30, Pohlstraße 46

Dietrich v. Kries, geb. 1939 in London, studierte in Freiburg. 1967 arbeitete er als klinischer Psychologe an der städtischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Stadt Mannheim. Er ist Lehrstuhl-assistent an der Pädagogischen Hochschule Berlin und war vormals

Assistent bei Mitscherlich in Frankfurt. Seit 1969 ist er Dozent für Dynamische Psychologie am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik und ist in den Forschungsgruppen des Instituts als leitender Psychologe tätig. Sein besonderes Interesse gilt der gruppendynamischen Forschung in institutionellen Sozialarbeiter-Gruppen, sowie der Aggressions- und der vergleichenden Verhaltensforschung.

Anschrift: Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries, 1 Berlin 33,
Reichensteiner Weg 28

Anke Meilicke, geb. 1943, besuchte das Gymnasium in Wuppertal. Nach einer Ausbildung als Krankenschwester in Berlin arbeitete sie zunächst in einem neurologisch-psychiatrischen Krankenhaus. Nach längerem Aufenthalt in England und Bulgarien nahm sie für zwei Jahre am Berlin-Kolleg teil. Seit eineinhalb Jahren studiert Anke Meilicke an der Freien Universität Berlin Mathematik und Linguistik.

Anschrift: Anke Meilicke, 1 Berlin 30, Bamberger Straße 49

Paul G. R. Patterson, geb. 1940 in Toronto (Kanada), schloß 1963 an der Universität Toronto sein Psychologiestudium als Honour B. A. ab und war 1965 im Rahmen des Medizinstudiums Extern an der Menninger Foundation, 1966 Extern an der Mayo Klinik, 1967 beendete er sein Medizinstudium als M. D. an der Universität Toronto. Nach dem Internship am Toronto Western Hospital arbeitete er 1968/69 mit dem internationalen Komitee des Roten Kreuzes in Nigeria/Biafra. Zur Zeit ist er als Psychiater am „Hinks Therapie Zentrum“ der Universität Toronto und dem „Hospital for Sick Children“ tätig.

Anschrift: Paul G. R. Patterson, B. A., M. D., 440 Jarvis Street,
Toronto 5, Ontario, Canada

Gilbert Rose ist Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Yale University und Vizepräsident der Western New England Psychoanalytic Society. Er hat seine akademischen Grade an der Harvard und Boston University erworben. Die Psychoanalytische Vereinigung New York verlieh ihm den Sandor-Lorand-Essay-Preis.

Rose ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Veröffentlichungen über kreative Imagination, unbewußte Geburtsphantasien und narzißtische Identitätsstörungen.

Anschrift: Gilbert J. Rose, M. D., 25, Sammis Street,
Rowayton, Conn. 66853, USA

Mohamed Said El-Safti, geb. 1924 in Alexandria (Ägypten), Akademischer Rat und Lektor, Licencié es Lettres, Diplômé d'Etudes Supé-

rieures de Philosophie, studierte Philosophie und Psychologie in Ägypten und war von 1946—1957 Assistent und Dozent an der Universität von Alexandria. Von 1948—1951 absolvierte er seine psychoanalytische Ausbildung in Paris. Von 1955—1961 arbeitete er als Gastdozent an der Universität Freiburg, seit 1961 als Lektor und Akademischer Rat an der Freien Universität Berlin.

El-Safti ist Psychoanalytiker (DAP), Gruppenpsychotherapeut (DGG) und Lehranalytiker am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin.

Anschrift: Mohamed Said El-Safti, 1 Berlin 31, Schwarzbacher Straße 5

Gabriel de la Vega studierte Medizin und legte 1943 an der Universität von Havanna/Cuba sein Staatsexamen ab. Seine psychiatrische Fachausbildung absolvierte er am Hillside Hospital in Glen Oaks, N. Y., und graduierte am New Yorker Psychoanalytischen Institut.

Er ist Mitglied zahlreicher Berufs- und Fachverbände, u. a. der American Psychiatric Association und der American Psychoanalytic Association.

de la Vega ist u. a. mit Veröffentlichungen über Lernpsychologie, Verbrechen als Dramatisierung von Onaniephantasien, die psychosomatische Verursachung von Magengeschwüren und über Rauschgiftsucht hervorgetreten.

Anschrift: Gabriel de la Vega, M. D., 12 East 72nd Street, New York, N. Y. 10021, USA

Harald Voth, geb. in Kansas, absolvierte sein medizinisches Studium an der Universität Kansas. Er arbeitet seit 1957 als Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent an der Menninger Foundation und ist zudem beratender Psychiater am Topeka Veterans Administration Hospital, am Forbes Air Force Base Hospital und am Topeka State Hospital.

Er studierte am Topeka Institute for Psychoanalysis, wo er sich zum Psychoanalytiker ausbildete. Er ist Mitglied der American Psychiatric Association und zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften. In den Jahren 1960—1970 widmete sich Voth mit Unterstützung des National Institute of Mental Health der intensiven Erforschung von Persönlichkeitsstruktur und Organisation des psychoanalytischen Prozesses.

Darüberhinaus hat er sich mit der Psychosomatik der Schilddrüsenfunktion und, im Rahmen der Forschungsabteilung der Menninger Foundation, mit der Bedeutung der Situationsvariablen in der psychotherapeutischen Behandlung beschäftigt.

Anschrift: Harald M. Voth, M. D., The Menninger Foundation, PO Box 829, Topeka, Kansas 66601, USA