LSD-supported Psychotherapy

Effects on daily life and longterm changes

Master Thesis
in Psychopathology



Katharina Kirchner

Supervisors: Dr. P. Gasser & Dr. R. Stohler

Institute of Psychology
University of Zurich

Zurich, April 5, 2010

1

[1]Mutterkorn. Retrieved March 29, 2010,
from http://www.kraeuter-apotheke.net/pflanzen/mutterkorn.JPG

Abstract

After more than 40 years without legal research, the first pilot study worldwide about the application of LSD in psychotherapy is being conducted by Dr. med. P. Gasser in Switzerland. This master thesis presents the case studies of three persons who are suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening diseases and participating in the phase-II, double-blind, placebo-controlled LSD-assisted psychotherapy study. The aim of this paper is to present information about the effects of LSD-assisted psychotherapy in daily life, as noticed by the participants and their wives. Furthermore, the longterm changes triggered by the therapy will also be examined. To obtain the data, qualitative interviews were held with the participants and their wives 11 to 16 months after the last therapy session. Additionally, quantitative data from the State Trait Anxiety Inventory ([STAI], Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire ([EORTC-QLQ-C30], Scott et al., 2008) is included. The results show that LSD-assisted psychotherapy can lead to changes in attitude and behaviour, which are reflected in daily life. These transmogrifications are not always noted by a significant other. Longterm changes do occur, even though a return to old patterns seems to be common after several months.

Contents

Abstract **iii**

1 Introduction **3**

2 Altered states of consciousness **7**

2.1 Classification of altered states of consciousness 9

2.1.1 Dimensions of altered states of consciousness, A. Dittrich 9

2.1.2 Types of psychedelic experiences, W. Pahnke 10

2.1.3 Topography of the Unconscious, S. Grof 11

3 LSD **15**

3.1 History of LSD 15

3.2 LSD as a hallucinogen 17

3.3 Pharmacology of LSD 23

3.4 Physical and psychological effects of LSD 25

4 LSD-supported psychotherapy **29**

4.1 Early research (1943-1970s) 29

4.1.1 Terminal illnesses in early LSD-research 32

4.2 Recent research (1985-2009) 34

4.2.1 LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening diseases, Gasser (2007) . . . 36

4.3 Set & setting . . . 39

4.4 Therapeutic paradigms . . . 40

4.4.1 Psycholytic therapy . . . 41

4.4.2 Psychedelic therapy . . . 41

4.5 Mechanisms of action in substance-supported psychotherapy . . . 43

4.6 Integration of psychedelic experiences . . . 47

4.7 Risks . . . 49

5 Methodology **51**

5.1 Research questions . . . 51

5.2 Qualitative methods . . . 52

5.2.1 Qualitative interviews . . . 53

5.2.2 Qualitative Content Analysis . . . 56

5.3 Quantitative methods . . . 57

5.4 Participants . . . 59

6 Results **61**

6.1 Results from qualitative interviews . . . 61

6.2 Results from the quantitative questionnaires . . . 80

7 Discussion **85**

7.1 Mechanisms of action . . . 87

7.2 Changes . . . 95

7.3 Transference into daily life 102

8 Conclusion **107**

Acknowledgments **111**

Bibliography **117**

Appendix **125**

LSD does not construct character, educate the emotions, or improve intelligence. It is not a spiritual labor-saving device, salvation, instant wisdom, or a shortcut to maturity. However, it can be an opportunity to experience oneself and the world in a new way – and to learn from it.

(Cohen, 1967, p. 1)

Chapter 1

Introduction

Despite a growing interest within the last years (MAPS, 2010), the therapeutic use of LSD remains unknown in most parts of society. Even though psychedelic plant medicine has been an integral part of humanity ever since (Winkelman, 2007), strong prejudice has to be refuted. The mass consumption of LSD in the 1960s, linked to political and societal changes, led to a negative image of the substance and to its prohibition in the 1970s. Currently, empirical proof for the safe and efficient use of psychedelic substances to treat, for example, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder or cluster headache is accumulating (Winkelman, 2007), and will hopefully soon be convincing enough to overcome political and legal restrictions. LSD is known to intensify the therapeutic change process, because it facilitates access to one's own emotions and helps to strengthen the trust in the therapist. Furthermore, intensified transference, confidence in one's own problem-solving abilities and better self-reflection are specific effects caused by LSD experiences in a therapeutic setting (Grof & Halifax, 1980; Jungaberle, Gasser, Weinhold, & Verres, 2008a; Passie & Dürst, 2009). This specific potential of LSD should not be left unused. Thus the motivation to write this thesis was to provide further material for the discussion of the use of psychedelic substances in psychotherapy within a scientific framework.

During the middle of the 20^{th} century, research with LSD provided the first evidence of the benefits of the substance in psychotherapy. Even though modern scientific research standards were rarely met, first indications and modes of application crystallized, building a basis for current research. During these early years, LSD-assisted psychotherapy with the

terminally ill suffering from anxiety rendered promising results, such as reduction in anxiety, tension and depressive symptoms, findings which have been substantiated in the last years (cf. Grob, 2007). The current study "LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening diseases", conducted by Peter Gasser in Switzerland, is examining the efficacy and safety of administering LSD in a controlled study design. This paper presents detailed information about three study participants, concerning longterm changes and effects on daily life, caused by LSD-assisted psychotherapy.

Change, in an area defined by the client, is a main goal of psychotherapy and therefore one focus of this thesis. Another reason why we focalise on this aspect is that LSD has the specific potential to create novel insights and new self-awareness—which are characteristic features of change processes (House, 2007; Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, & Beutel, 2001)—because it enables access to an altered state of consciousness. This access and the amount of insights deriving from it, is a main factor that distinguishes LSD-assisted psychotherapy from conventional psychotherapy. To be considered a longterm change, transmogrification in attitudes and behaviour, triggered by therapy, has to be maintained. This process cannot be taken as granted, and usually a lot of effort is necessary to integrate and maintain these new attitudes and behavioural patterns in daily life. Still, the successful transference of the newly learned into daily life allows us to decide whether a therapy has been beneficial (Jungaberle & Verres, 2008). Therefore this thesis focuses on longterm changes and effects on daily life, induced by LSD-assisted psychotherapy.

The participants are among the few, who currently have the chance to undergo legal LSD-supported psychotherapy. To explore their experiences in depth and to profit from their knowledge, qualitative interviews were the method of choice. This technique also favored the very small number of persons, who had finished the trials at the time of the investigation for this master thesis. The aim of this paper is to present and discuss the insights won by the three participants and to show how LSD-assisted psychotherapy has affected their daily life during the year after the therapy study. It is not a goal of this paper to analyse each individual therapy session, nor to develop a theory about the functioning of LSD-supported psychotherapy. This thesis offers instead an access to LSD-assisted psychotherapy from a client-centered perspective. The client-centered perspective gained importance with the rise of qualitative methods, focusing on the inner experiences of the interviewees and allowing an

exploratory position towards a topic not yet fully understood (Corbin & Strauss, 2008). Furthermore the idea of compensating the limited number of potential interview partners with additional information from a significant other[1] emerged due to findings from preliminary research, showing that social relations are often affected by substance-assisted psychotherapy (Ditman, 1963; Janiger & McGlothlin, 1962). Several publications reporting about longterm changes triggered by LSD-supported psychotherapy (Grof, 2000; McGlothlin, Cohen, & McGlothlin, 1969) led to the idea of exploring this area with the help of the three participants. After combining all these aspects, three research questions were formulated.

1. Do therapeutic LSD experiences affect daily life, especially personal relationships?
2. Do participants report longterm changes?
3. Do significant others notice changes in behaviour?

The insights gained through questionnaires employed in Gasser's study, resulted in the possibility to present quantitative as well as qualitative data about anxiety and quality of life. The questions if and to what extent changes in the level of anxiety and the quality of life occurred will be answered with both qualitative and quantitative data.

The structure of this paper is inspired by the guidelines of Corbin and Strauss (2008) and is as follows: After this first introductory chapter, the second chapter gives a general overview of altered states of consciousness (ASC), which are a crucial element of LSD-assisted therapy. Three classification systems are introduced to show different aspects of a spectrum of consciousness that lies beyond regular waking consciousness. In Chapter 3, the history, the classification as a hallucinogen, the pharmacology and the effects of LSD are presented. This general approach towards the substance is necessary to understand the complexity of the topic and to create a common basis of knowledge. After this broad overview, the focus will be scaled down to the use of LSD in psychotherapy. At this point it should be mentioned that this paper explicitly talks about psychedelic substances in psychotherapy, which refers to their use in a controlled setting supervised by a professional, who is able to estimate risk and benefit and knows how to react in critical situations that might occur during LSD experiences. No reference is made to the recreational use of psychedelic substances, which

[1] I refer to a significant other as any person who has great importance to an individual's life such as a family member or close friend. The term was first introduced by Sullivan (1953).

holds undeniable risks and which is not to be compared or confused with the administering of psychedelics in a therapeutic setting.

The use and research of LSD in psychotherapy started a few years after the discovery of the psychoactive effects of the substance in 1943, and, even though research conditions became difficult, they never have grounded to an entire halt. The most important therapy paradigms will be shortly introduced alongside mechanisms of action, integration of the experiences and risks. This theoretical part is followed by the methodology, mainly qualitative interviews and qualitative content analysis (QCA) developed by Mayring (2008), employed to obtain the results which will be presented in Chapter 6. These will be discussed and connected to preliminary findings in Chapter 7 and summarized in the Conclusion.

In this thesis the expressions *hallucinogen* and *psychedelic* are used equivalently. The first argument for employing these two terms is their widespread use. *Psychointegrator*, as proposed by Winkelman (2007), seems to capture the effect of the drug much better but it has not yet been accepted by the scientific community. A second reason for staying with the term *psychedelics* can be found in the concise definition of *psychedelics* by Grinspoon and Bakalar (1979): "Psychedelics are nonaddictive substances that do not cause major physiological or psychological disturbances while reliably producing strong changes in mood, perception, and thought in a fashion similar to what is sometimes found in dreams, memory flashbacks, psychoses, and religious ecstasy."

Chapter 2

Altered states of consciousness

Altered states of consciousness (ASC) have a long tradition in human history. Anthropology and religious science have proven that descriptions of ASC, evoked through, for example, meditation, asceticism, rituals or psychoactives, were written down as early as 1000 B. C. in the Vedic hyms (e.g. RigVeda, Hym X, 119). Scientific interest in ASC has risen since the 1960s. A study by Bourguignon in 1980 concluded, that 90% of all cultures (including ancient civilizations, modern alliterate societies and modern industrial societies) have in some way or another an institutionalized form of ASC (Bourguignon, 1980). Nowadays ASC play an integral part in philosophical or psychological discussions about consciousness (Vannini & Venturini, 1999). The difficulties in defining consciousness, and therefore also ASC, are illustrated by a citation by Hofmann (1996): "Consciousness is beyond a scientific definition, since one needs consciousness to think about what consciousness is", (p. 25, translated by the author).

The definition used here is an extension of Charles Tart's classical description from 1969:

1. ASC are not merely changes in the contents of consciousness;

2. ASC involve a changed pattern of subjective experiences, not merely a change in one aspect or dimension of consciousness;

3. ASC are not necessarily recognized by the individual at the time that they are happening, they may be inferred afterwards;

4. ASC are relatively short-term, reversible conditions;
5. ASC are identified by comparison to the individual's normal waking state of consciousness;
6. The essence of a state of consciousness is the individual's pattern of subjective experience, not his or her overt behaviour of physiological responses (Farthing, 1992).

The fourth point, the aspect of short-term and reversibility, clearly marks the difference to psychic disorders, which usually last longer and are not voluntarily influenced (Dittrich & Scharfetter, 1987a). Besides modifications in behavior and physiological parameters (EEG-wavepatterns, level of excitation ...), the characteristics of ASC, compared to normal waking consciousness, were summarized as:

- change in thinking processes
- change in sense of time
- change in body-schemes
- change in meaning
- loss of self-control
- intensive emotions
- optical-hallucinatory phenomena, synaesthesia (Dittrich & Scharfetter, 1987b, p. 42)

The perception and function of ASC vary with culture, group and the local definition of psychopathology. According to the social norms and values of the mainstream in modern western societies, ASC are regarded as abnormal (Dittrich, Lamparter, & Maurer, 2006).

There are several ways to induce ASC. It can be distinguished between spontaneous and physiological or psychological methods to reach these different realms of waking consciousness. Dobricki (2007, p. 27) lists five main groups:

1. mental techniques: meditation, hypnosis, prayer;
2. somatic techniques: hyperventilation, sex;

3. pharmacological stimulation: psilocybin, LSD, MDMA; [1]

4. reduction of environmental stimulation: sensory deprivation;

5. enhancement of environmental stimulation: stimulus satiation.

2.1 Classification of altered states of consciousness

As there are different models of states of consciousness, different names, positions and definitions of ASC are also available. The three classification systems presented here have been chosen for several reasons. Dittrich's dimensions offer a clear scientific argumentation, based on validated studies. Pahnke's categories will be introduced, hence a slightly modified version of the corresponding questionnaire, groundwork for his classification system, was given to the participants interviewed for this thesis. The third system by Grof takes its eligibility from the therapeutic importance and widespread acceptance. All three classifications have in common that one psychedelic experience can include every state described in the categorizations. They furthermore agree that the range of the drug experience depends on set, setting and dosage (see Section **??**).

2.1.1 Dimensions of altered states of consciousness, A. Dittrich

In a validated study with more than 500 participants, Dittrich proved that ASC are independent of aetiology. With help of a questionnaire (5D-ABZ; Dittrich et al., 2006), it was shown that certain dimensions of ASC regularly appear irrespectively of the mode of their induction. This allows the conclusion that ASC are an integral part of the human psyche and not dependent on an external trigger (Dobricki, 2007; Dittrich, 1987).

Dittrich structures his classification into three, correlated dimensions:

1. *Oceanic Boundlessness (OSE):* ego-dissolution through loss of control, with positive connotations; is experienced as pleasant or ecstatic; feelings of unity, eternity and fusion; can be described as *unio mystica* or cosmic-mystical experience;

[1] The list of substances is incomplete. All hallucinogens are capable of inducing ASC. See section 3.2 for a detailed description.

2. *Dread of Ego Dissolution (AIA):* feeling of disintegration, anxiety and loss of control; is experienced as very unpleasant, similar to what is known as a "bad trip";

3. *Visionary Restructuralization (VUS):* visual-hallucinatory experiences, synaesthesia; change in meaning and significance of daily things or aspects.

2.1.2 Types of psychedelic experiences, W. Pahnke

Pahnke (1967) distinguishes between five types of psychedelic experiences. The fifth type—peak or mystical experience—is subdivided into nine categories and can be understood as classical ASC. Pahnke developed the Psychedelic Experience Questionnaire (PEQ) with detailed items about the peak experience.

1. *Psychotic experience:* very intense, negative, dysphoric; fear, panic, paranoia, impairment of reasoning, remorse, isolation

2. *Psychodynamic experience:* un- or preconscious material becomes conscious, catharsis and abreaction of traumatic past incidents

3. *Cognitive experience:* lucid thoughts, change of perspective, interrelations of many levels are viewed

4. *Aesthetic experience:* increase in sensory modalities, changes in sensation and perception, synaesthesia

5. *Psychedelic peak/transcendental/mystical experience:* The following nine characteristics stem from a review of literature concerning spontaneous mystical experiences throughout history and cultures. Pahnke modified the criteria, developed by W. James and W. Stace to characterize religious and mystical experiences. He found that these universal characteristics also fit hallucinogen-induced experiences (Grof & Halifax, 1980; Pahnke, 1967).

   (a) *Unity:* sense of cosmic oneness through ego-transcendence; consciousness and memory stay intact, "all is one"

   (b) *Transcendence of time and space:* beyond past, present and future; feeling of infinity

(c) *Deeply felt positive mood:* intense feeling of joy, peace and love

(d) *Sense of sacredness:* feeling of awe, humility and reverence; not necessarily linked to theology or religion

(e) *Noetic quality:* intuitive feeling of insight or illumination concerning values in life and philosophy

(f) *Paradoxicality:* contradictions which make sense are experienced

(g) *Alleged ineffability:* experience is beyond words, language seems improper to describe it

(h) *Transciency:* state does not last; loses intensity with time, location and effect of the drug

(i) *Persisting positive changes in attitudes and behaviour:* toward self, others, life and the experience itself

2.1.3 Topography of the Unconscious, S. Grof

Grof's theory is by far the most detailed of the three systems introduced here. His postulations derive from years of clinical observation of LSD-psychotherapy and holotropic breathwork. It is beyond the possibilities of this paper to cover all aspects thoroughly. The interested reader should peruse his groundbreaking book "LSD-psychotherapy" (Grof, 2000). Grof divides the possible experiences into three different types, related to layers of the Unconscious, which can be entered after passing a so-called "sensory barrier" (elementary optical and auditive visions).

1. *Psychodynamic experiences:* They are related to the individual biography, especially to emotional experiences, and confirm Freud's conceptual framework. Psychodynamic phenomena can be understood with the help of Grof's *System of Condensed Experiences (COEX-systems):* Each system has one basic topic and emotion of the same quality. Vivid memories from early childhood up to today rise in different layers. There is a strong correlation between specific defending mechanisms and clinical symptoms. Quantity and intensity of COEX-systems vary from person to person. They are less important in a non-traumatic childhood and can be pleasurable or displeasurable. Setting and changes can have influence on the systems.

2. *Perinatal experiences:* This type of experience is divided into four matrices. They show close connection to biological birth, aging, physical suffering, sickness and dying. Loss of sense of reality and feeling of real death are common. The crisis often leads to reconsideration of values and attitudes. The death-experience creates a need to find points of reference unrelated to Physis, which can be found in religion or spirituality. Perinatal experiences serve as a connection between the individual, psychodynamic layer and the collective, transpersonal sphere.

   (a) *I. perinatal matrix:* This first matrix refers to the primal unity with the mother. Main themes are a feeling of safety and the need for gratification. The experience is dominated by strongly positive affects, like a sense of sacredness, transcendence of time and space and loss of duality between subject-object. Usually deep insights of personal relevance are enabled.

   (b) *II. perinatal matrix:* The antagonism with the mother serves as a symbol for this matrix. It is related to the beginning delivery. Imminent danger, anxiety with paranoid ideas, feelings of guilt and shame, monstrous maelstroms and descent to the underworld are characteristics of this phase.

   (c) *III. perinatal matrix:* The mode of this experience is the synergy with the mother. This state reflects the motion along the birth channel. The situation seems to be a fight for survival and feelings of suffocation occur frequently. The struggle between death and rebirth picture an experience between pain and ecstasy, which cumulate into an explosion of emotions and ego-death.

   (d) *IV. perinatal matrix:* Finally the separation from the mother takes place. Suffering, tensions and sexual arousal convert into relaxation and alleviation. Visions of light, appreciation of life and sensations of love and freedom are typical.

3. *Transpersonal experiences:* The common denominator of this last stage is the expansion of consciousness far beyond regular ego-borders. Time and space transcend and allow access to the collective Conscious of humankind. The connection between individual and cosmos are hard to understand with rationality. Mythology, chakras and parapsychological phenomena belong to the main topics.

The goal of this section was to give a first impression and some general information about ASC. In their clear distinction to daily waking consciousness there lies a therapeutic potential we will examine later on. LSD, the substance used for the psychotherapy this thesis focuses on, is classified as pharmacological stimulus of ASC and belongs to the group of hallucinogens. In the next chapter we will take a close look at the history, the classification, the pharmacology and the effects of LSD.

Chapter 3

LSD

This chapter introduces LSD in general and is divided into four parts. It begins with the history of LSD, excluding psychotherapeutic research, which will be presented separately in Chapter 4. The classification of LSD as a hallucinogen will be given in a next step. There follows some information about the pharmacology of LSD and in the fourth part the physical and psychological effects will be described. The aim of the following pages is to transmit basic knowledge about the substance, before analysing more profound and complex areas, such as LSD in psychotherapy.

3.1 History of LSD

Only a short look will be dedicated to the general history of LSD, hence psychiatric and psychotherapeutic research with LSD is discussed independently in section 4.1 and 4.2. Societal and political decisions have had a strong impact on the role of LSD in the last 50 years. One has to understand these developments to comprehend the current status of LSD in psychotherapy.

LSD was first synthesized in 1938 by Albert Hofmann, working for Sandoz (pharmaceutic laboratories) in Basel, Switzerland. His aim was to discover further properties of ergot (*Claviceps purpurea*), which already served in medications to induce labor in pregnant women and to stabilize blood pressure. Only five years later, in 1943, Hofmann accidentally discovered the psychotropic property of LSD. In 1947 Sandoz introduced *Delysid* to the market, liquid

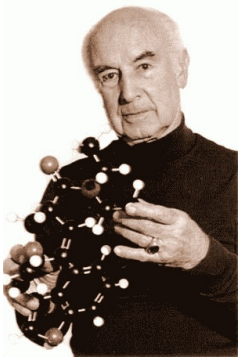


Figure 3.1. Albert Hofmann, from hofmann.org

LSD in ampules of 25–100 μg, as an aid in psychotherapy. Effects of the medication according to Sandoz were the release of repressed material in psychoanalytic therapy, experimentation of short model psychoses and insight into the world of mental patients (Hofmann, 1996). In the following years LSD became highly interesting for the scientific community and approximately one hundred papers were published annually until 1965 (Grinspoon & Bakalar, 1979).

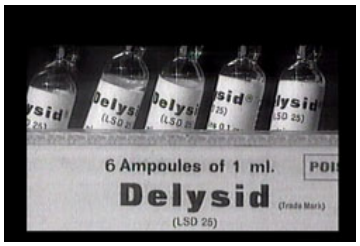


Figure 3.2. Ampoules of Delysid, from pyromania-arts. de

In the 1950s the Central Intelligence Agency (CIA) took notice of the substance. In the "Project MK–ULTRA", the CIA experimented with LSD for psychological warfare. More than 1.500 military personnel, mentally ill and other subjects, received LSD, most of the time without knowledge. In 1975 the Rockefeller Commission investigated this unethical and illegal conduct, discovering that most files had been destroyed two years earlier on command of R. Helms (head of the CIA at that time). The true extent of the experiments remains unknown to this day (Henderson, 1994).

No drug is more closely connected to the spirit of the 1960s than LSD. It played a central role in the cultural and social youth rebellion of that era. Available on the black market and propagated by Timothy Leary and Richard Alpert, millions of young people took LSD

in search of an mind-expanding experience away from societal constraints. Writers, artists and musicians like Aldous Huxley, Cary Grant, The Beatles, were influenced by their LSD-experiences.

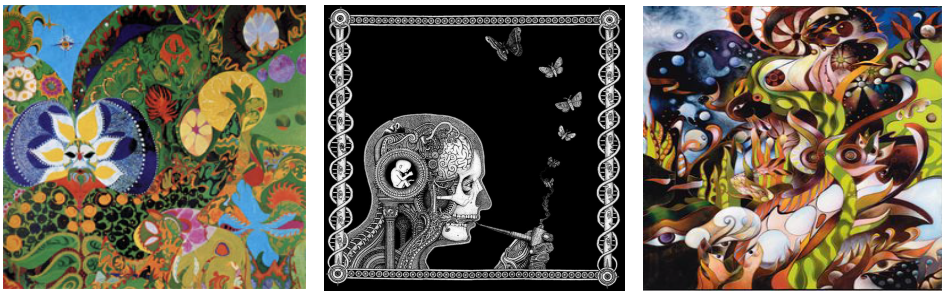


Figure 3.3. Psychedelic Art [from left to right: Abrams (1966); Tolman (2004); Abrams (2005)]

With the mass use, careless handling, newspaper attention and the call for political intervention rose. In 1963 the last Sandoz patent expired. In 1966 *Delysid* was taken from the market and in 1971 the United Nations Convention on Psychotropic Substances required its parties to prohibit LSD, even though medical and scientific research with LSD in humans remained permitted according to the convention (Hofmann, 1996). Since the 1980s LSD has found a new user-group in techno, goa and rave devotees but it has lost its social importance.

3.2 LSD as a hallucinogen

The term *hallucinogen* is commonly used for substances such as LSD, psilocybin, mescaline and ayahuasca. Despite its misleading meaning (seeing or hearing things that are not existent) *hallucinogen* is mostly the name of choice in the medical field or in popular literature (Henderson, 1994; Rätsch, 2004).

The earliest findings proving the ritual use of hallucinogens are dated—using the C_{14} method—back to 8.500 years B.C. and consist of *Sophora secundiflora* (Red beans, aberrantly called "mescal beans") (Furst, 1990, p. 280, in Vannini & Venturini, 1999). Innumerable societies used mainly natural hallucinogens in religious or spiritual rituals, for healing, worship or transcendence of the self. The Eleusinian Mysteries, closely connected to the worship of Dionysos, Persephone and Demeter, give a good example from ancient Greece. These ceremonies were held every autumn for more than 2.000 years. At the climax of the feast, the adepts received *Kykeon*, a cup containing a liquid with a psychoactive ingredient, probably

ergot (*Claviceps purpurea*), a precursor to LSD. The intention was to experience the *unio mystica*, where the person as subject becomes an integral part of the world, seen in daily life as object. The feeling of separation between subject and object (what is called *dualism* in philosophy or Eastern mysticism) is supposed to stop for the time of intoxication and lead to a holistic healing experience (Hofmann, 1996; Scheiblich, 1987).

Classification of hallucinogens by Dittrich

Different classification systems of hallucinogens are known, but the one introduced here stems from Dittrich (1985) and is based on the chemical structure of hallucinogens. It was chosen due to its completeness, even though the classification of amphetamine-derivatives as hallucinogens is critical. Theses substances usually do not provoke optical or acoustical changes in perception and are usually summarized as *entaktogenes* or *empathogenes*. Hallucinogens of the Ist order are characterized by vivid optical phenomena and the missing fugue of consciousness and memory, whereas hallucinogens of the IInd order produce no or few hallucinations but include a strong fugue of consciousness and memory.

- **Hallucinogens I. order**
  1. *Phenylethylamine-derivatives*
     (a) Mescaline
     (b) LE-25 (Deep)
     (c) Amphetamine-derivatives:
     - DOM/STP
     - 2-CB/MFT (Afterburner)
     - MDA (Love drug, hug drug)
     - MDMA (Ecstasy, Adam)
     - MDE (Eve)
  2. *Indole-derivatives*
     (a) Tryptamine-derivatives
     - DMT (N,N-dimethyltryptamine)

     (b) 4-hydroxytryptamine-derivatives
     - Psilocybin/psilocin
     - CZ 74
     - CEY 19

     (c) 5-hydroxytryptamine-derivatives
     - Bufotenin

     (d) Cyclic tryptamine-derivates
     - Ibogaine
     - Harmin/harmalin
     - LSD-25
  3. *Dibenzpyrane-derivatives*
     - Δ-9-trans-tetrahydocannabinol (*Cannabis*)

- **Hallucinogens II. order**
  1. *Isoxazole-derivates*
     - Muscimol (*Amanita* mushrooms)
     - Ibotenic-acid (*Amanita* mushrooms)
  2. *Lyserg acid-derivatives*
     - d-Lyserg acid amide (LSA, ergine)
     - Isoergine
  3. *Tropane-derivatives*
     - Scopolamine (L-hyoscine, *Solanaceae*)
     - L-hyoscyamine
  4. *Other chemical structures*
     - Ketamine
     - Nitrous oxide (laughing gas)

Due to the frame of this paper, it is impossible to give a thorough description of all hallucinogens, hence only those substances with the highest therapeutic potential will be introduced:

Psilocybin was first isolated from *Psilocybe mexicana*, a mushroom traditionally used in Mexico since pre-Hispanic times, in 1955 by A. Hofmann. *Psilocybin* (O-phosphoryl-4-hydroxy-N,N-dimethyltryptamine) and its active metabolite *psilocin* (4-phosphoryloxy-N,N-dimethyltryptamine) belong to the class of indole alkaloids (Hofmann, 1996; Vannini & Venturini, 1999). *Psilocin* acts as a partial antagonist of the $5HT_{2A}$, and $5HT_{2C}$ receptors, which triggers brain activity similar to that evoked by serotonin. *Psilocybin* can be found in mushrooms, such as the genus *Psilocybe*, around the world (Grob, 2007). 10-20 mg of *Psilocybin* are considered a psychoactive dose, which is 1/200 of the potency of LSD. Initial effects, similar to LSD, manifest after 20 minutes and last 4-8 hours (Grob, 2007; Rätsch, 2004). When employed in therapy, synthetic *psilocybin*, or derivatives as CZ-47, CY-19, are used for reasons of dosage and safety. Therapeutic use of *psilocybin* started in the 1960s (cf. Leary et al., 1963, Pahnke, 1972) and temporarily replaced LSD in therapy (after its prohibition) in former Czechoslovakia (Hausner & Semerdzieva, 1991 in Vannini & Venturini, 1999). It is currently being studied in several projects in the United States and Switzerland (Griffiths, Richards, McCann, & Jesse, 2006; Grob, 2007; Hasler, Grimberg, Benz, Huber, & Vollenweider, 2004).

Ayahuasca is one of several names (such as caapi, yagé, daime) for a psychoactive drink known in the Amazonian region since pre-Columbian times (Naranjo, 1979). The brew consists of stalks of a harmala-containing vine (*Banisteriopsis caapi*) and N,N-DMT-containing leaves (often from *Psychotria viridis*). Harmala inhibits body-own Monoamine oxidase (MAO) and therefore allows N,N-DMT to enact its psychoactive potential. Psychedelic effects start 45 minutes after ingestion and last approximately four hours. It was traditionally used by shamans to gain knowledge about hunting, curing and foreseeing. Since the last decades of the 20^{th} century christianized *Ayahuasca*-churches have been active (Rätsch, 2004). One of them, the *União do Vegetal*, hosted a pilot-study with standardized psychological tests, comparing the mental health of regular *Ayahuasca*-drinkers and a control group. Results proved that *Ayahuasca* can contribute to mental and physical health (Dobkin Rios & Grob, 2005). Recent studies have examined the role of *Ayahuasca* as a treatment of substance abuse (MAPS, 2010).

Cannabis is, besides tobacco, the best researched plant worldwide (Vannini & Venturini, 1999). It is not exactly known where and when ritual use of *cannabis* began, but

prehistorical Mesopotamia and the Indus valley seem to be very likely (Rätsch, 2004). Besides its ritual use, *cannabis* served as a provider for paper, clothes, ropes and food. Only in the 20th century did *cannabis* receive an illegal status, becoming the most-used illegal drug around the globe. Δ -9-trans-tetrahydocannabinol (THC) and two other cannabinoids (cannabidiol/cannabinol) are the main chemical components responsible for the psychoactive reaction. Depending on the dosage and the potential of the plant common effects are euphoria, rich imaginations and associations, sleepiness, sexual activation and relaxation. If the drug is eaten or smoked (as *hashish* or *marijuana*) in big amounts, hallucinations, anxiety and circulation problems can occur (Rätsch, 2004; Vannini & Venturini, 1999). 4–8 mg are considered a psychoactive dose. Effects fully show after 10 minutes when smoked, after 45–120 minutes when ingested. The medical use of *cannabis* was already popular with the Assyrians, as it is known from cuneiform inscriptions. Today it is applied in medicine to treat, for example, migraine, pain, menstruation cramps, asthma, spasms, glaucoma and side-effects of cancer- and AIDS-therapy (for example, nausea, loss of appetite) (Grinspoon & Bakalar, 1994). In California prescriptions for medical marijuana are possible. Current research of the therapeutic use of *cannabis* is most active in the United States of America and Israel. In Switzerland a study about the positive effects on para- and tetraplegians took place in 1997 (Vannini & Venturini, 1999), but an initiative to legalize *cannabis* was denied in a referendum in 2009.

MDMA has to be considered a special case, because it is neither a hallucinogen nor an amphetamine. Therefore the terms *entaktogen* or *empathogen* are often employed, indicating the emotional sphere of action of the drug. First synthesized in 1898 by a Merck chemist, it took another 70 years until A. Shulgin discovered the therapeutic potential of 3,4-methylendioxy-N-methylamphetamine (MDMA) (Walder & Amendt, 2000). Effects are similar to hallucinogens, but softer and easier to control since the integrity of self and cognitive functions stay intact. Psychophysical relaxation, high ability of introspection, reduction of anxiety, high self-acceptance and empathy make the drug valuable for psychotherapy (Passie & Dürst, 2009). From a neurobiological viewpoint, the deactivation of the left amygdala and the effects on the serotonin-circuit are responsible for the easier access to emotions and the loss of anxiety during the drug intake. According to

studies, indications for MDMA-supported therapy include neurotic behaviour, terminal illnesses, drug abuse, eating disorders and post-traumatic stress disorder (PTSD). Two recent studies (P. Oehen in Switzerland, 2008; M. Mithoefer in the U.S.A., 2008) confirmed a positive outcome when applying MDMA as a treatment for PTSD (Passie & Dürst, 2009).

Throughout history hallucinogens have had as many names (for example *phantastica, psychomimetics, psychodysleptica, psycholytics, psychedelics, psychointegrators*) as there are disciplines involved in the research of their different aspects. To close this section, figure 3.4 shows these fields and gives a comprehensive idea of the possible approaches towards these substances.

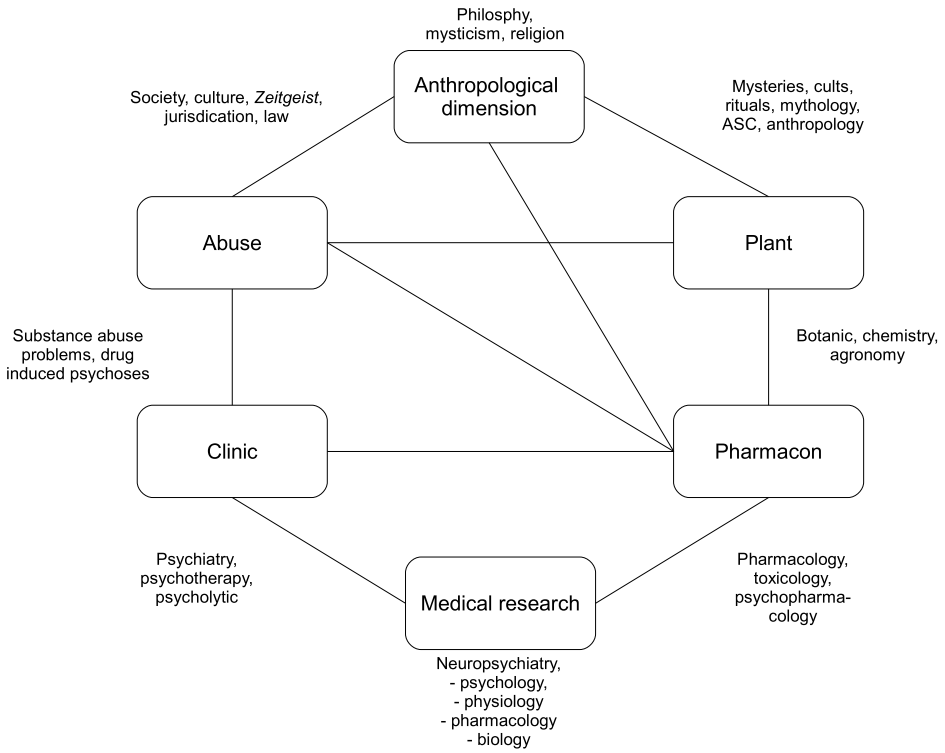


Figure 3.4. Field of hallucinogens (Vannini & Venturini, 1999, p. 9)

3.3 Pharmacology of LSD

This section will present a short overview of the most important aspects of LSD's complex pharmacology.[1] Details of functioning have not yet been completely understood and the facts introduced here were chosen based on their scientific acknowledgment and importance.

LSD ($C_{20}H_{25}N_3O$) is absorbed through the gastrointestinal tract and metabolized in the liver. Its half-life is about five hours and estimated LD_{50} value for humans ranges around 14.000 μg. LSD, an ergot derivative, activates serotonin, dopamine and norepinephrine receptors. Furthermore it influences secondary messengers and gene expression (Nichols, 2004). Winkelman (2007, p. 5) gives a good introduction to LSD's cerebral activity: "Psychointegrators [psychedelics] enhance integration of information through stimulating areas of the brain central to managing processes related to fundamental aspects of self, emotions, memories, and attachments." Especially the disinhibition of the serotonergic system leads to increased coordination and integration across brain levels and hence to an augmentation of coherence in brain waves, their limbic-frontal cortex integration and interhemispheric synchronization. The activated mesolimbic temporal lobe structures are partly responsible for producing ASC (Winkelman, 2007). Hypermetabolism under the influence of LSD in the frontal cortex, putamen and thalamus correspond to the density of $5HT_{2A}$ receptors in these areas and confirm the role of this receptor subtype. When $5HT_{2A}$-antagonists are applied at the receptors, the hallucinogenic activity diminishes (Vollenweider, Vollenweider-Sherpenhuyzen, Babler, Vogel, & Hell, 1998; Vollenweider & Geyer, 2001). This mechanism is shared with other tryptamine hallucinogens such as psilocybin (Nichols, 2004). Depending on the affected serotonin receptor subtype, LSD either inhibits or stimulates neurotransmission (Henderson, 1994). Even for a layman it is easy to recognize the similarity in the molecular structure of LSD and serotonin.

Another important mechanism is the cortico-striato-thalamo-cortical (CSTC) feedback loops. It has been verified by positron emission tomography (PET) that hallucinogens alter the function of feedback loops. The CSTC loops mainly regulate the filter mechanism of extero-/interoceptiv information in the thalamus before they flow into the cerebral cortex.

[1] This very short introduction to the cerebral activity of LSD is far from complete. For more information, please see Nichols (2004); Passie (2006, 2007); Vollenweider and Geyer (2001).

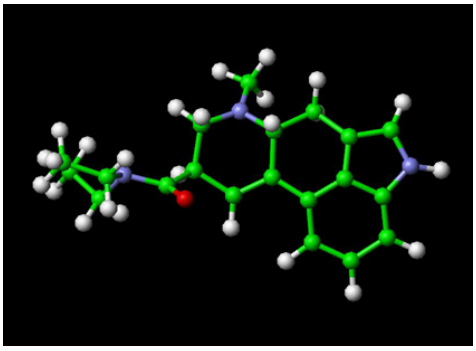


Figure 3.5. Three-dimensional view of an LSD-molecule, from worldofmolecules.com

Vollenweider and Geyer showed that dopaminergic neurotransmission increases with hallucinogen intake, which opens the thalamic filter and leads to subsequent sensory overload of the cortex. This effect causes the typical sensory flooding, cognitive fragmentation and ego-dissolution. All together CSTC feedback loops are responsible for intensification of affectivity, sensory alterations, the emergence of repressed memories and conscious-expansion (Vollenweider & Geyer, 2001). Passie (2007, p. 60) concluded that "stimulation of the reticular activation system, limbic structures, and disturbances of the thalamic filtering for sensory processing may be the major determinants responsible for the psychological alteration induced by hallucinogenic drugs."

Research into LSD's influence on brain activity and the produced psychedelic effects has not yet been fully completed, but as Nichols (2004) said:

> One must keep in mind that these substances came to our attention in the first place only because of their unique and powerful effects on the human psyche; to forget about the behavioural consequences of hallucinogen-altered neurochemistry is to miss the main point. There will be profound importance in understanding how hallucinogens transduce effects in neuronal systems that provide for the perception of ordinary states of reality under one set of biochemical circumstances but which under another allow what can only be described as an ineffable state of mystical consciousness. (p. 168)

3.4 Physical and psychological effects of LSD

The physical and psychological effects of LSD vary from person to person. Intensity and duration of the drug-experience mainly depend on the dosage. The smallest psychoactive dose measures around 20 μg[2] and can be increased up to 1.500 μg. A lethal overdose in humans has not yet been reported, even though dosages higher than 400 μg are very rare in a therapeutic setting. A moderate dose (75–150 μg) is sufficient to alter state of consciousness. LSD shows its effects approximately 30–60 minutes after ingestion, with its peak two to five hours later and general duration of eight to twelve hours (Henderson, 1994; Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich, & Hintzen, 2008).

Physical symptoms occur first. Dilated pupils (mydriasis) and hyperreflexia appear in every individual. Blood pressure, body temperature and heart rate usually rise. Furthermore nausea, blurred vision, gooseflesh, paresthesia, dizziness, sweating and tremor can appear (Henderson, 1994).

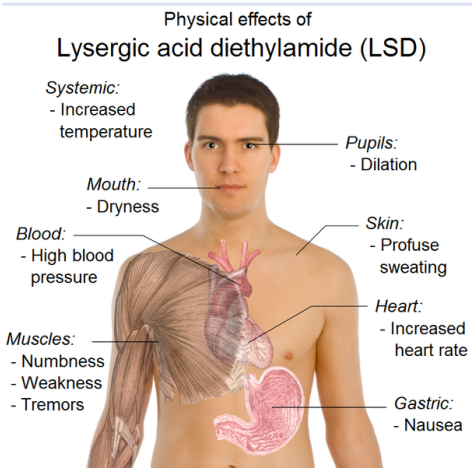


Figure 3.6. Physical effects of LSD, from Wikipedia, the free encyclopedia

Besides these physical symptoms, psychological effects are of greater significance. Characteristic features of an LSD-experience are sensory and perceptional changes. Pseudo-hallucinations, illusions and synesthesia include, for example, the perception of images in patterns, the distortion of proportions, hearing colors and the intense sensation of sounds and textures. Additionally sense of time is distorted. Grof reports that in all his years of

[2] All doses refer to orally administered LSD (per os).

research and clinical practice not one symptom is reliably produced in every person (Grof, 2000). Still, some phenomena are quite regular in appearance. Euphoria, enhanced capacity of introspection and depersonalization are among them. The user is emotionally very suggestible, which means that outer influences or a personal train of thoughts have a strong effect on the emotional condition. Emotions can change quickly: from heaven to hell and back in five minutes. Therefore set and setting (see section **??**) are crucial to avoid "bad trips". Abstract reasoning is impaired and thoughts are dreamlike. Since LSD evokes ASC, all psychological phenomena described in chapter 2.1 are also applicable here.

The list below summarizes the typical sensory and psychological effects under the influence of a medium dose of 100–200 μg of LSD (Passie et al., 2008, p. 297):

- *Sensory alterations (visual, auditory, taste, olfactory, kinaesthetic)*
  - Illusion
  - Pseudo-hallucination
  - Intensification of color perception
  - Metamorphosis-like change in objects and faces
  - Intense (kaleidoscopic or scenic) visual imagery with transforming content
- *Alterations of affectivity*
  - Intensification of emotional experience: euphoria, dysphoria, anxiety, mood swing
- *Alterations of thinking*
  - Less abstract and more imaginative thought
  - Broader and unusual association
  - Attention span shortened
- *Alterations of body perceptions*
  - Change in body image
  - Unusual inner perception of bodily processes
  - Metamorphic alteration of body contours

- *Memory changes*
  - Re-experiencing significant biographical memories
  - Hypermnesia
  - Age-regression
- *Mystical-type experiences*

Chapter 4

LSD-supported psychotherapy

4.1 Early research (1943-1970s)

Soon after discovering the psychoactive potential of LSD in 1943, research began with healthy and mentally ill persons. In 1947 Werner Stoll published his "Lysergsäure-Diäthlyamid, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe", reporting about his experiments with schizophrenic and healthy subjects at the Psychiatric University Clinic (PUK) in Zurich (Hofmann, 1996). In these first years of research with LSD the paradigm of model psychosis used to be in the center of interest, postulating that LSD can induce states similar to psychoses experienced by schizophrenic persons (cf. Hoch, 1955). At that time *psychomimetics* (in the sense of mimicking psychoses) was a common name for what was later called *phantastica*, *hallucinogens*, *psychedelics*, *entheogens*, and many more. In the early 1950s the indications for LSD in psychotherapy were manifold. Bush and Johnson (1950) reported therapeutic success treating chronically withdrawn persons with LSD. In 1952 Savage used LSD as an euphoriant in the treatment of depression – without noticeable results. In 1954 Sandison was the first to recognize the potential of LSD to convert unconscious material into consciously accessible material (in Kurland, Savage, Shaffer, & Unger, 1967). From there on *psycholytical therapy* evolved (see further details in section 4.4), giving low doses of LSD (50–70 μg) to facilitate psychoanalytic orientated therapy. In 1957 Osmond used 200 μg of LSD to produce an overwhelming experience, similar to delirium tremens, that would cure alcoholics. Due to the successful outcome (even though it was not the delirium that cured the alcoholics, but a

mystical experience generated during the substance use), the use of a single high dose of LSD in therapy became widespread (mainly in the USA) and is known as *psychedelic therapy* (for details see section 4.4.2) (Kurland et al., 1967). First conferences on LSD in psychotherapy were held in New York in 1959, and one year later in Göttingen, Germany, underlining the importance of and interest in this new form of psychotherapy during those years. At the beginning of the 1960s, before the political unrest, Timothy Leary's fame, and before the prohibition of LSD in 1966, some groundbreaking studies were published. Modern scientific standards were rarely met in those early studies, threatening the validity of the outcome by:

- no standardized diagnostic evaluation
- no valid use of severity measures to assess patients
- only partially blind raters
- no standardization of psychotherapeutic treatment methods
- no randomization
- no control group
- small patient population number
- atypically brief treatment periods (6-13 weeks)
- no active placebo (Passie, 2007, p. 23)

Results found fifty years ago, even though not under strict methodological control, still indicate first trends and worthy areas for future studies. Therefore some findings, which are of interest for this paper, will be introduced here.

In 1962 Janiger and McGlothlin studied the long-lasting effects of LSD on certain attitudes in normals. The participants (N=93) partly received psychotherapy and had an average of 3.6 LSD-experiences (varying doses and setting). Some of the results showed that the changes attributed to LSD were noticeable in interpersonal relations. 43% of the participants reported a change in relations with coworkers/employees and 41% in relations with acquaintances. They also found out that longterm effects sharply decrease within the first six months (Janiger & McGlothlin, 1962).

Savage, Harman, Fadiman and Savage lead a follow-up study with 96 participants, giving 100–200 μg of LSD or 200–400 mg of mescaline. The setting was a non-therapeutic one, even though intensive preparation took place, and follow-up interviews were held 3 to 14 months later. Being asked "what they were left with after the LSD-experience", 86% of the participants reported a greater understanding of the importance and meaning of human relationships. 64% even said, that the improvement was noted by a significant other. Again, the longterm-benefits were sustained quite well over the first year after the experience (in Ditman, 1963).

In a third study, published by Ditman, Hayman and Whittlesey in 1962, identical questions concerning the benefits of the LSD-experience were asked. In this case, participants (N=74) received only 100 μg LSD and follow-up interviews were held 6 to 42 months later. Here, 47% of the participants stated that they had a greater understanding of the importance of relationships and 42% thought that an improvement was noted by a significant other.

From methodological aspects, one of the finest early studies was carried out by McGlothlin, Cohen and McGlothlin in 1969. The study population consisted of male students, assigned to one of three treatment groups. Participants either got three times 200 μg LSD, 25 μg LSD or 20 mg amphetamines. The object of the study was to compare pre- and post-measures of numerous tests. The selected results presented here stem from the 6-months follow-up testing.

Table 4.1

Longterm-effects of LSD and amphetamines (6-months follow-up) in McGlothlin et al., 1969

Effect	200 μg LSD	25 μg LSD	20 mg amphetamines
Lower anxiety	33%	6%	19%
Enhanced understanding of self and others	50%	0%	17%
Greater tolerance	33%	9%	13%
Greater introspection/reflectiveness	46%	0%	22%
LSD as experience with lasting benefits	50%	-	-

So far, results from research in the 1950s and 1960s, showing lasting changes in a person's life due to LSD, have been introduced. The aim was to show the potential of LSD to evoke longterm changes in different fields of personality, relationships and personal insight.

4.1.1 Terminal illnesses in early LSD-research

One of the best-documented and most-indicated fields of LSD-supported therapy is the work with terminally ill patients. During the 1960s, Erich Kast at the Chicago Medical School compared the analgesic effect of LSD to Dilaudid and Demerol, two widely used analgesics. He found that LSD not only produced a significantly longer analgesic effect (92 hours, compared to 3 hours for Dilaudid and 2 hours for Demerol) but also relieved depression, improved sleep and decreased the fear of death (Grof & Halifax, 1980). The study was reproduced one year later, in 1964, by Kast and Collins with 128 participants and yielded similar results. Kast explained the effect, concluding that suppressed anxiety of the anticipated death was reflected in physical symptoms, mainly pain. The psychedelic experience transmogrified the subject's viewpoint on death and therefore less anxiety represented through pain, was felt (Goldsmith, 2007; Kast & Collins, 1964).

At the same time intensive research, headed first by Walter Pahnke and later by Stanislaf Grof, started at the Spring Grove State Hospital in Maryland, Baltimore. Various studies with a substantial number of cancer patients led to the conclusion that 2/3 of the participants felt a decrease in tension, in depression, in pain and in fear of death, but an increase in serenity, peace, calmness and interpersonal closeness (Grob, 2007). The experiences from the Spring Grove Program including the therapeutic process, set and setting inspire modern research today (cf. Gasser, 2007; Grob, 2007) and will be shortly described using as an example an investigation led by Grof, Goodman, Richards and Kurland in 1973. To be included in the study, participants had to suffer from either physical pain, depression, anxiety, psychological isolation associated with malignancy or emotional distress. As exclusion criteria counted brain metastases, organic brain damage, epilepsy, severe cardiovascular disorders or overt psychotic disturbances. Participants received 6 to 12 hours of psychotherapy two to three weeks before the LSD-session, and had to fill out questionnaires as a pre-measurement. During these therapeutic meetings, actual problems, interpersonal relationships and philosophical issues were discussed. Focus lay on how to live satisfied and not in anticipation of death or dying as such. It was common to include the whole family, since their fear of upsetting the patient and their own fear of death also affected the patient's well-being. The psychotherapeutic goal was to establish a good therapeutic relationship and an atmosphere of trust. On the day of the LSD-session an interview was held and instructions given. After the substance intake

the patient was instructed to lie down, relax and listen to music. Grof and Halifax (1980) wrote that in characteristic LSD-seances with cancer patients, psychosomatic, psychodynamic and physical problems related to the specific type of cancer (for example, vomiting and nausea with persons suffering from stomach cancer) often appeared. Relationships with family members were a frequent topic and patients seemed to be more exhausted after the session than healthy persons. In the study by Grof et al. (1973), the psychotherapy meetings after the LSD-session were used to integrate and work through the experience. Furthermore post-measures were taken. Significant improvements were noted in several areas (unfortunately there was no control group). Pain relief "was observed for a period of weeks to months following the administration of the drug" (Grof et al., 1973, p. 143). If a mystical or religious experience occurred during LSD, increased acceptance of death was noted. If the LSD-session had mainly psychodynamic content, an improvement of the emotional condition and the relief of pain was reported. To sum up the results, the following changes in cancer patients, caused by LSD-supported psychotherapy, were frequently observed:

- reduction of depressive symptoms
- less tension and anxiety
- reduction of pain
- improved sleep
- reduction of mental isolation
- changes in values, spiritual orientation and ideology
- greater acceptance of death
- increased will to live

Jan C. Bastiaans explained the effect of LSD-therapy in the terminally ill as follows: He had thought that the patients would be depressive because of the traumatic diagnosis. Instead of grieving, however, they fight and suppress this process to keep adopted and harmonic relationships. The therapist, on the other hand, can hardly empathize with the helplessness and hopelessness of a terminal ill person. Additionally, he is too hindered by his own fear of

death to respond to the patient. LSD-therapy offers an immense liberation of repressed conflicts and traumas, which leads to an increase in expressiveness and sociability and therefore in the will to live (Benz, 1989).

Due to the discredit of psychoactive substances in society and science, triggered by abuse and mass-use of these substances in the 1960s, LSD became illegal. From there on research proved to be much more difficult. Scientists and the pharmaindustry lost interest and only a few people kept on working with these drugs (Vannini & Venturini, 1999). What Harold Abramson, a pioneer in psychedelic research, said 40 years ago, is still valid today: "An interested layman can use LSD more easily in our society today than can a doctor who wants to do legitimate research" (in Pahnke, 1967, p. 78). During the 1990s, up to today, research and therapy have never entirely ground to a halt, hence the next section will be dedicated to recent activities in this sector.

4.2 Recent research (1985-2009)

With the stigmatization of LSD, other psychedelic substances began to play a more important role in research. MDMA, psilocybin and THC are mainly the substances of choice, although an increasing number of publications using ayahuasca or ibogaine for psychological work can be found (MAPS, 2010). Most of these psychoactives are illegal as well, which makes scientific research quite sensitive to national legal situations and media publicity. To get a more detailed impression of the research activities in the last years, the book "Psychedelic Medicine. New evidence for hallucinogenic substances as treatment.", edited by Winkelman and Roberts (2007) is highly recommended. The main focus of this section will be research in Switzerland, where the first pilot-study about LSD-supported psychotherapy is carried out for almost 40 years, and findings related to terminal patients, paying tribute to the topic of this thesis.

In 1985 the Schweizer Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie ([SÄPT], Swiss Physicians Society for Psycholytic Therapy) was founded in Switzerland with the goal of offering psycholytic therapy and professional training for psychologists, psychiatrists and therapists. Five psychiatrists received the permission to use MDMA and LSD in a therapeutic setting in 1988. From 1989–1990 the permit was revoked because of an accident at a psycholytic

weekend workshop, even though it was not related to the substance intake. The Ministry of Health (BAG) realised its mistake and renewed the license to work with MDMA and LSD, however under stricter conditions and in a time-frame of three years. Many SÄPT-members refused to work under these circumstances and only three therapists continued until 1993.

In a survey done in 1989, SÄPT-therapists stated that psycholytic therapy is less time-demanding than conventional psychotherapy and evokes profound changes in patients. All survey participants rated the therapeutic success good to very good. Most of the therapists agreed that ASCs can also be reached through hyperventilation (holotropic breathwork) which takes more time and work and is less profound. Secondly, LSD provokes a deeper process than MDMA, but is less controllable by the therapist than MDMA or psilocybin. It is interesting to note that three therapists also did psychedelic sessions (single, high doses of LSD) when working with terminal patients. There are many references to the development of a proper therapy-method, combining elements from, for example, Grof, Leuner and private experiences as a therapist (Benz, 1989).

A meta-analysis by Gasser (1996, 2008), questioning 121 persons that underwent psycholytic therapy between 1990–1993 with one of the SÄPT-therapists, yielded similar results as earlier analyses done by Cohen (1960) or Malleson (1971). 90% of the patients considered the amelioration of their basic problem as light or good. 81% reported improved social relationships. 57.9% indicated that they were less afraid of death and dying (Gasser, 2008). The latest activities in Swiss research are a study about MDMA as a treatment for post traumatic stress disorder (PTSD) by Peter Oehen (MAPS & Oehen, 2006), and the study this paper takes its data from, which will be discussed thoroughly in the next subsection. Not to forget the continuous, neurophysiological work F. X. Vollenweider, founder of the Heffter Research Institute, does at the PUK in Zürich.

One clinical trial which merits a closer examination, because of the great similarity to the study by Gasser, is currently taking place at the Harbor-UCLA Medical Centers in Los Angeles. The information used here originates from the article “The Use of Psilocybin in Patients with Advanced Cancer and Existential Anxiety” (Grob, 2007). As contemporary standards demand, the study is double-blind and placebo controlled. Each subject (N=12) functions as his own control, which means that each participant experiences one session with psilocybin (0.2 mg/kg), and one with the placebo. Obviously participants have to suffer from

advanced cancer and existential anxiety. The study design adapts the idea and setting from the Spring Grove Program, introduced in section 4.1.1. Before the actual psilocybin/placebo intake, therapeutic evaluation, questionnaires and interviews take place. Follow-up sessions to integrate the experience are scheduled and include post-measures. The case study described in the article by Grob (2007) mentions sustained positive mood, less anxiety, greater acceptance of the situation, a stronger bond with the partner and a higher priority to spend time with important persons after a verum session. Furthermore the researcher acknowledges "a strong positive correlation between the heightened spiritual consciousness through psychedelics and a subsequent improved psychological status during the remaining time" (Grob, 2007, p. 206). These first results from current scientific research support the findings from the 1960s and 1970s and indicate that the path led to the right direction.

4.2.1 LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening diseases, Gasser (2007)

This pilot study is the world's first legal investigation into LSD-assisted psychotherapy complying with Good Clinical Practice (GCP) and current scientific research standards for 40 years. The phase-II, double-blind and placebo-controlled study is conducted in Solothurn, Switzerland by Dr. med. Peter Gasser (psychiatrist and psychotherapist with training in psycholytic therapy) and financed by the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). The study received approval from the Swiss Ministry of Health (BAG) in 2007 and has currently enrolled its eighth participant. A total of 12 subjects suffering from anxiety related to a life threatening disease was permitted. As explained above, terminal illnesses were a major focus of investigation during the 1950s and 1960s. This study takes advantage of the gained knowledge, trying to raise new insights according to modern standards. To understand better the preconditions that derive from working with an existent study, those points of the study that are important for the comprehension of this master thesis will be introduced next. All information following here, is taken from the Clinical Study Protocol, (MAPS & Gasser, 2007) unless noted otherwise.

The goal of the study is "to redevelop a treatment method of LSD-assisted therapy for people confronting anxiety relating to advanced-stage illnesses and to gather preliminary evidence on the safety and efficacy of this treatment" (MAPS & Gasser, 2007, p. 9). Besides

this general goal, three further objectives have been formulated:

1. To determine if LSD can be safely administered to participants with anxiety associated with advanced-stage illnesses, without serious adverse events related to the investigational product.

2. To measure if participants receiving LSD-assisted psychotherapy will experience dose-dependent decreases in anxiety after each experimental session and at two months after the second LSD session, as measured by the State Trait Anxiety Inventory (STAI).

3. To measure if participants receiving LSD-assisted psychotherapy will experience dose-dependent improvements in quality of life extending to the follow-ups two months after the second LSD session, as measured by the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30).

To be accepted for the study, participants have to meet several inclusion criteria, among them:

- Subjects have to have a diagnosis of advanced-stage potentially fatal illness.

- They have to meet the DSM-IV criteria for Anxiety Disorder Due to a General Medical Condition (293. 84) as indicated by the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) and a score of at least 40 on each part of the STAI.

- Subjects have failed to respond adequately or at all to medication or psychotherapy intended to reduce anxiety, or have refused to take anxiolytic medication.

Eight of the twelve participants receive a verum dose of 200 μg LSD and four subjects the active placebo of 20 μg LSD. Those, who were—through randomized selection—assigned for the placebo trial, have in a second stage the possibility of receiving the verum dose. Every subject experiences two LSD-assisted sessions, embedded in six to eight non-drug therapy meetings (see time schedule, figure 4.1). Prior to the first LSD-supported session two non-drug sessions are scheduled, where anxiety, expectations, rules and possible effects of the psychedelic are discussed. Both therapist-investigators, Peter Gasser and Barbara Speich, are present at

Study Measure \ Approx. Study Day[a]	Screening	Baseline (day - 14 to 0)	7	14	**21**	22	28	**42**	43	49[b]	50	102[b]
Informed Consent		X										
Inclusion / Exclusion Criteria	X	X										
SCID		X										
SCL-90		X										X
HADS		X			**X**		X	**X**		X		X
STAI		X*			**X**		X	**X**		X		X
EORTC-QLQ-C30		X			**X**		X	**X**		X		X
PEP						X			X			
Determine wash-out period for specified medications		X		X			X					
Conventional psychotherapy[d]			X	X		X	X		X	X		X
Experimental treatment session[e] (LSD or placebo)					**X**			**X**				
Both investigators present			X[c]	X[c]	**X**	X		**X**	X			
Independent rater evaluation		X										X
Unblinding (start of Phase II for Placebo Subjects)												X
Medical Exam / History		X									X	
Metabolic Profile		X									X	
Monitor vital signs					**X**			**X**				
Drug screen / Pregnancy test		X			**X**			**X**				
Daily Diary & VAPS			X	X	**X**	X	X	**X**	X	X	X	X
Changes to baseline prescription medications (pain / psychoactive)			X	X	**X**	X	X	**X**	X	X	X	X
Common side effects					**X**	X	X	**X**	X	X		
Adverse Events requiring physician visit					**X**	X	X	**X**	X	X	X	X
Serious Adverse Events		X	X	X	**X**	X	X	**X**	X	X	X	X

[a] Standard study windows are –2 / +3 days. Study days will be adjusted if extra visits are required.
[b] Day 49, Day 102, may alternately be performed at the participant's home.
[c] Participant meets second investigator during one of the introductory sessions.
[d] At any time during the study additional psychotherapy sessions may be scheduled.
[e] 6-8 hours session with overnight stay.
* may be repeated after washout period as per protocol.

Figure 4.1. Schedule of Visits Timeline, (MAPS, 2007, p. 22)

the experimental sessions and are known to the participant before them. It is guaranteed that both professionals are not under the influence of any drug during therapy sessions. The LSD-treatment sessions begin in the morning and follow the principles developed by Grof introduced above. After ingestion of the drug the participant lies down, relaxes and listens to specially selected music. The therapists "support and encourage emotional processing and resolution of whatever psychological material is emerging" (MAPS & Gasser, 2007, p. 18). Silence and introspection are as much a part of the experimental session as physical touch (for example, holding hands) if requested by the participant. The patient stays overnight at the investigator's location and can be accompanied by a significant other. Otherwise a nurse will be available. The non-drug sessions the day and the week after the LSD-experiences

are used to explore, discuss and integrate the events of the experimental session. The final therapy meeting takes place two months after the second LSD-assisted session where outcome measures are assessed for the last time.

STAI and EORTC-QLQ-C30 serve as primary outcome measures and will be briefly introduced along with the Peak Experience Profile (PEP) in section 5.3. This is justified because all three questionnaires serve as a quantitative measure for the questions of this thesis. All outcome measures are assessed by a psychiatrist or psychologist who functions as an independent rater throughout the study's course. The study has not yet been completed and no results have been assessed or published yet. So far no severe adverse events (side effects) have been shown. This paper is going to be the first one to take a closer look at the participants subjective view of the therapy, combined with some first quantitative results from the three interviewed subjects.

4.3 Set & setting

As already mentioned earlier, the importance of *set* and *setting* in LSD-supported psychotherapy should not be underestimated. Both are quite intelligible concepts and can be explained with few words.

Set is understood as sum of all factors *within* the subject. Personality, biography and the ability to trust, let go and open up serve as good examples (Pahnke, 1967). Expectations, memories, preparation and mood prior to the therapy session will influence the outcome of the experience. Therefore it is crucial to identify expectations, apprehension, current problems in daily life and anxieties in a talk with the therapist before the LSD-ingestion (Leuner, 1987). Grof (2000) states that not only the motivation and intention of the patient are of importance, but also the therapist's transmitted conception of the LSD-experience and the agreed therapeutic goal.

Setting summarizes the factors *outside* the individual: physical/social environment and psychological/emotional atmosphere (Pahnke, 1967). According to Leuner, (1987) also the number, charisma and communication of the persons in the room are relevant. It is known that, for example, water (lake or sea) and a comfortable room unlike the "hospital style"

are appreciated. The combination of a female and a male therapist is considered to be advantageous (Grof, 2000). Music, often part of the setting, plays a special role, because it is able to induce or amplify emotions. Persons on LSD are usually much more sensitive to outer influences and sensations, hence music can be used as therapeutic tool.

The *set* and *setting* hypothesis postulates that both factors are viable to course and outcome of the experience. The substance only functions as an unspecific catalyst to already existing psychodynamics and psychotherapeutic mechanisms of action (Dürst, 2005).

The third influential component is the *dosage* of the substance. Through dosage one can increase or decrease the probability of certain experiences. Pahnke (1967) mentions for example that doses between 200–400 μg of LSD seem to alter the chance for mystical experiences. The two therapeutic paradigms introduced in the next section also work with this consideration. Whereas in *psycholytic therapy* small doses are employed to facilitate psychoanalytical work, single high doses are used in *psychedelic therapy* to trigger mystical experiences and ego death.

4.4 Therapeutic paradigms

In the history of LSD-supported therapy different treatment methods and paradigms evolved: *psycholytic therapy* (Sandison, Leuner, Bastiaans), *psychedelic therapy* (Osmond, Grof), *symbolysis* (van Rhijn), *hebesynthesis* (Abramson), *oneiroanalysis* (Delay), *LSD-analysis* (Martin & Mc Crick), *transintegrative therapy* (MacLean), *hypnodelic treatment* (Levine & Ludwig) and *psychosythesis* (Roquet) (Leuner, 1987). Out of this broad variety two main directions crystallized which will be described in this section. One has to keep in mind that therapeutic activities have been restricted in recent years, therefore theoretical enhancements of these treatment methods could hardly take place. Still, therapeutic paradigms can only be used as a frame, always taking into consideration the personality of the therapist and of the patient. Both, *psycholytic therapy* and *psychedelic therapy* have to be considered as regular psychotherapeutic work using the substances (for example, LSD, psilocybin, MDMA) only to support and enhance the therapy process.

4.4.1 Psycholytic therapy

The name *psycholytic therapy* was proposed in 1960 by Ronald A. Sandison, an English pioneer of clinical LSD-research. The word psycholysis is put together from the Greek $\psi\upsilon\chi\eta$ (psyche = spirit, life, soul) and $\lambda\upsilon\sigma\iota\varsigma$ (lysis = resolution) referring to the resolution of psychological conflicts and resistances in the psychotherapeutic process (Hofmann, 1996). Sandison and colleagues noticed an improvement in neurotic patients after a single administration of LSD as early as 1954. Also in the 1950s, Hanscarl Leuner in Germany, enriched his technique of catathymic image experience (*Katathymes Bildererleben*) with the application of LSD or psilocybin. He found that valuable therapeutic imaginings and psychodynamic processes were facilitated. Convinced of the utility of hallucinogens in therapy, he organized the first "European Symposium of LSD-25 in Psychotherapy" in 1960.

Psycholytic therapy is not seen as a separate treatment method but as psychoanalytical work, catalyzed by hallucinogenic substances. It has been suggested that time and financial effort are reduced with the catalyzing effect of psychedelics. For treatment-resisting patients this method offered a new possibility. The activation of unconscious memories, emotional impulses and conflicts in a dreamlike experience happens through repeated administration of low to moderate doses of LSD or psilocybin. The activated material is then accessible for the therapeutic process. All typical aspects of analytical therapy, such as age-regression, affective abreaction, introspection and transference phenomena, stimulated through substance intake, can be faced either during the ASC or in a later non-drug therapy session (Leuner, 1987). During 15 years (1953–1968) more than 6.000 persons used the possibilities of *psycholytic* treatment, seeing the therapist for months or years with an average of 15–50 substance-supported sessions (Malleson, 1971).

4.4.2 Psychedelic therapy

Psychedelic therapy goes back to Osmond and Hoffer who, in the 1950s, sought to cure alcoholics by producing an artificial delirium tremens with the help of LSD. From their clinical work they knew that many alcoholics stayed abstinent after experiencing a delirium tremens. The successful outcome though was not due to the intended delirium but to a positive mystical or spiritual experience evoked by the high doses of LSD. Kast, whose pain-studies were

Table 4.2

Psycholytic vs. psychedelic therapy, (Leuner 1967, adapted by Passie 2008, p. 48)

	Psycholytic therapy	Psychedelic therapy
Principle:	Low doses of LSD (30–200 μg), psilocybin (3–15 mg), CZ 74 (5–20 mg), MDMA, etc. producing symbolic dream images, regressions, and transference phenomena.	High doses of LSD (200–1500 μg) leading to so-called cosmic–mystic experiences. Oneness and ecstatic joy are attained.
Concept:	Activation and deepening of the psychoanalytic process.	Modern transpersonal approaches used to explain structure and effects of experiences.
Number:	Numerous sessions required (5–30).	One to three "overwhelming" experiences are aimed for.
Therapeutic process:	Analytic discussion of experienced material in individual and group sessions (focusing on ego-psychology, transference, and defense mechanisms).	Very suggestive quasi-religious preparation and use of specific surroundings and music. Not very detailed discussion of the experience.
Goal:	Cure through restructure of personality in the sense of a maturing process and loosening of infantile parental bonds, requiring several months.	Symptomatic cure in a change of behavior, but not exactly defined.
Indications:	Neuroses, psychosomatic cases, psychopaths, sexual neuroses, and borderline cases. Neither alcoholism nor psychoses.	Alcoholism, neuroses, and terminal cancer patients.

clearpage
described earlier (see subsection 4.1.1), came to similar results with terminal-ill patients (Kast & Collins, 1964). Osmond and Hoffer developed from there on a therapeutic technique, to create intentionally a mystical or religious experience, naming this technique *psychedelic therapy* [from the Greek $\psi\upsilon\chi\eta$ (psyche = spirit, soul) and $\delta\eta\lambda\varepsilon\iota\nu$ (delein = to manifest)]. The idea behind this treatment stems from the noticed changes in attitudes, personality and values, evoked through the peak experience. The main purpose is to create optimal conditions for the participant to experience ego-death followed by a spiritual peak experience. Focus is laid on positive aspects and not on psychopathology or clinical symptoms. During the substance-supported sessions little is spoken, but often music is played to encourage introspection. Doses vary from 200–600 μg of LSD, given only one to three times in the whole duration of the therapy. From 1960 to 1973 more than 2.500 alcoholics, drug addicts and neurotic patients were treated with these single/few high doses of LSD incorporated in a therapeutic frame (Grof, 2000).

A combination of the two approaches was first proposed by Grof (2000) in 1967. To evoke deep changes, high doses as in *psychedelic therapy* are used. Low doses (like in *psycholytic therapy*) are employed when working through psychodynamic material. This therapy form, called *psychodelytic therapy* is considered the most modern approach, but so far only has been tested in few pilot studies (Passie, 2007).

To summarise the section an overview about the most important differences between psycholytic and psychedelic psychotherapy, as it seen by Passie, has been given in the Table 4.2.

4.5 Mechanisms of action in substance-supported psychotherapy

It would be quite daring to say that we know exactly how substance-supported psychotherapy works. The current debate if and how psychotherapy works at all (cf. Hubble, Duncan, & Miller, 2001b; Wampold, 2001) is continuously fed. However, Grawe's common factors of psychotherapy (Grawe, 1995) are widely accepted and are also true for hallucinogen-

supported psychotherapy (Passie & Dürst, 2009; Schlichting, 2000). They will be introduced first, describing the four principles and their adaption to substance-supported psychotherapy.

1. **Activation of resources:** The positive aspects of the patient's abilities, possibilities and affects are emphasised and experienced.

2. **Problem actualization:** Problematic patterns come to light during the substance-supported therapy session. "Possibilities of corrective new experiences in the intra-psychic and interpersonal area" (Passie & Dürst, 2009, p. 67) are given. That implies that through the experience of a changed perspective and a new therapeutic relationship, problematic patterns can be influenced on an enduring basis.

3. **Problem solving:** The activated positive aspects can now be used and the patient is able to hark back to his own emotional resources. As a consequence a positive self-concept can be established.

4. **Motivational clarification:** With the help of the substances an ameliorated introspection is possible and insight on the origin of the problems is allowed.

In general it can be said that an intensification of the therapeutic change process takes place, caused by facilitated access to one's own emotions, strengthening of trust in the therapist, intensified transference, confidence in one's own problem-solving abilities and better self-reflection (Grof & Halifax, 1980; Jungaberle et al., 2008a; Passie & Dürst, 2009). The authors also remind the reader "that the effect of the substance-induced session can only be seen as a mediator of the therapeutic success" (Jungaberle et al., 2008a, p. 29). As noted earlier, the profile of LSD is very broad and not even one psychological effect is reliably produced every time. Therefore it is not the pharmacological effect of LSD but complex psychological factors which lead to case-specific outcomes. Still, certain dimensions (see 2.1) or categories of ASC are prone to appear on a regular basis.

> The question, what part the pharmacological and the psychological components have in psychedelic therapy, remains more or less an academic problem. The psychotherapeutic work and the effects of the drug are interdependent; they complement and reinforce each other and create a new treatment process, which is

> qualitatively different from each of its parts. (Grof & Halifax, 1980, p. 140, translated by the author)

Like in conventional psychotherapy, the therapeutic relationship is crucial. It maximizes the positive results and minimizes the risks of LSD-therapy (Grof & Halifax, 1980; Jungaberle et al., 2008a), or as Naranjo said (Naranjo, 1979, p. 14): "Psychotherapeutic success cannot be separated from personal commitment." This is not only valid for the therapist, but for the patient as well. In drug-sessions the person is susceptible to positive and negative subtle influences (intrinsic and extrinsic). The psychic aspects manifest themselves clearly, depending on the strength of personal defense mechanisms, or put in other words, depending on how much conflict material the person permits. Repression, symbolic substitutive activities, optical reactions and fear of disinhibition indicate psychic conflict situations. The need for control emerges especially when central aims like maintenance of self-concept, of boundaries or emotions are threatened. These processes have to rise into consciousness to be identified, to be worked on and to be corrected and controlled (Jungaberle et al., 2008a; Naranjo, 1979; Passie & Dürst, 2009). Since in ASCs transcendence of ego-boundaries is possible, it becomes easier to free oneself from ego-related "problem circles" and to view them from a different perspective (Hofmann, 1996). This aspect of changed perspective is described from another viewpoint by House (2007):

> Insight or consciousness-raising is a common feature associated with all forms of psychotherapy (Prochaska & Norton 2007). With psychedelics, the tendency to look inward can occur even when insight-oriented psychotherapy is not the intention of the session. [...] This fresh perspective can provide the novelty that Mahoney (1991) associates with new learning and self-awareness, which often characterizes psychological change. (p. 177)

Jungaberle et al. (2008a) explain the mechanisms of action in a neurological way, referring to Grawe's (1995) theory of consistency and the activation of implicit excitatory tendency. The substances enable the activation of unconscious inconsistencies and allow volitional access. If this material is repeatedly activated and linked to memory-contents and experiences, new neuronal units can be formed. Novel behavioural patterns can hence be established through neurophysiological and psychic integration. The authors furthermore remark that

lasting change can only be expected with repeated intake of psychedelics and integrative work alongside a therapist.

The mechanisms how substance-supported therapy works, show several parallels to conventional psychotherapy. Still, ASCs offer new, progressive possibilities to herald change in a person's behaviour. To make the connection between an experience in a certain category of ASC and the resulting therapeutic effects, we turn back to Grof's Topography of the Unconscious (see 2.1.3). The following can only serve as an example but it might help to understand how change is evoked. Grof differentiates between psychodynamic, perinatal and transpersonal experiences. LSD-sessions with mainly psychodynamic content are very individual and variable, because they are strongly related to one's own biography. The patient often realises that behavioural patterns were imprinted during childhood and can be changed. Thus new emotional modes of reaction, value systems and attitudes are apt to appear after psychodynamic experiences. Profound changes usually occur after experiences on the perinatal and transpersonal level. Perinatal experiences are much more unitary and do not depend so strongly on biographical events. Patients realise that their existence has been dominated by an unconscious fear of death symbolized through excessive ambition, desire for comparison and competition, and a rat race lifestyle. The resulting changes can be indicative of a better capacity to physical and emotional relaxation or as heightened pleasure in small things. Life experience becomes more important than material belongings, ecological conscience is raised or maybe an affiliation for mysticism, mythology and spirituality is discovered. Despite all these insights, the world remains objectively real and material. The transpersonal level offers new philosophical knowledge based on the transcendence of time and space. A holonomic conception of the world results and allows the patients to live one day after another (Grof, 2000).

Before closing the section, it should be mentioned that the catalyzing effects of psychedelics do not only save time (for both the therapist and patient), but also money. This could be one method of making psychotherapy available for strata of the society which are financially restricted. Another benefit would be the possible relief of the public health system.

4.6 Integration of psychedelic experiences

This section is of utmost importance for this thesis: Long-term effects and change in daily life caused by LSD-supported therapy can only be expected when LSD-experiences are integrated in regular life. Unfortunately not much literature in this field exists. During the 1950s and 1960s, the most active time in psychedelic research, focus lay on psychodynamic issues and not on behavioural changes (House, 2007). This gap must be closed in future research, because only when successful transference of the learned insights into actual behavior takes place can a therapy be considered beneficial (Jungaberle & Verres, 2008). In this paper House's definition of integration is used: "Integration refers to the cognitive process of making meaning of the psychedelic experience and incorporating that meaning into one's perspectives on self and the world" (House, 2007, p. 179). We go further and also consider the behavioural process of implementing one's insights as a part of integration.

Integration does not happen by itself but needs much work, ideally in a frame of psychotherapy. Pahnke stated that: "What one does with a psychedelic experience is more important than having it" (Pahnke, 1967, p. 73). Why is that? According to Passie and Dürst (2009) there are two main reasons why integration plays a major role. First, it has to be considered that intensified experiencing in ASCs leads to an enormous rise in unconscious material and to a loosening of ego-structures. These new, unfamiliar aspects, plus the heightened sensitivity towards influences from the outside and the Unconscious make integration a therapeutic task. Secondly, one has to be aware that all novel insights were generated by oneself and not by the therapist. Therefore it is very hard to repress them, which brings the risk of destabilizing the arduously built self-concept. Fortunately autoregulative mechanisms take care that only as much material enters Consciousness as can be processed (Grof, 2000; ?, ?). If integration is neglected, the risk that the experience becomes dismissed as a fantasy increases. Sometimes self-protective resistance to maintain self-coherence hinders integration. The LSD-experiences incorporate the potential to create a sustainable, transformative effect, but this potential has to be used. A transformation cannot be expected without insight and work (Jungaberle & Verres, 2008). Work can signify that a therapy session is scheduled a day after the drug intake, where therapist and patient focus on the events during the LSD-experience. The therapist has the opportunity to give feedback or help to make sense of the heard and seen. A protocol of the session written by the patient also helps to anchor

the impressions. It usually needs some time and tranquility to integrate the entire experience. After a few days most aspects are integrated and ready to be transferred into daily life. Everyday routine offers plenty of possibilities to reflect and complement the newly won awareness and insights. The change of perspective and the increased self-acceptance trigger systemic processes in the close, social environment. These processes themselves can support and strengthen the transformed behavioural patterns (Passie & Dürst, 2009). Even though

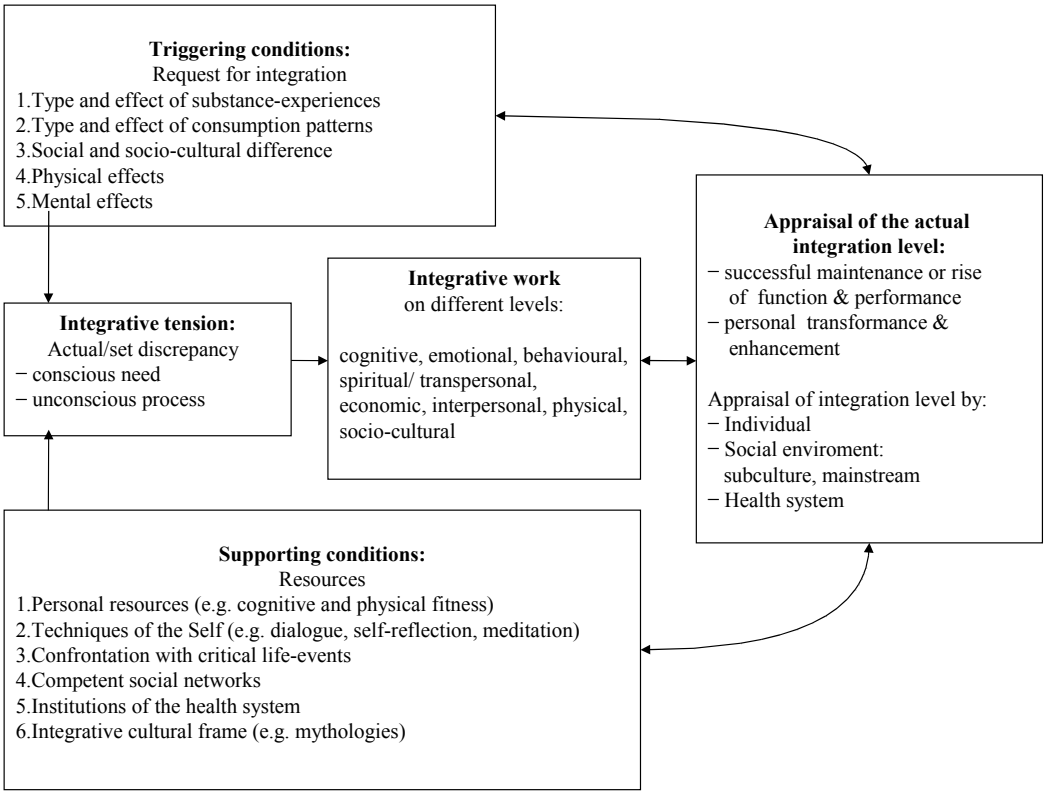


Figure 4.2. General Model of Integration of ASC, (Jung, 2006)

little attention has been paid to the topic of post-processing and integration of psychedelic experiences, one theoretical model of integration of ASCs has been found. Jung (2006, first published in Jungaberle & Verres, 2008) created a *General Model of Integration of ASC*, which is not specifically for the psychotherapeutic or substance-related context. It is based on theoretical and empirical data from psychology and his own research. The aim of the model is to describe individual-related processes which are important for the integration of

experiences that were made in an ASC. According to Jung the success of integrating the event into a "meaningful whole" determines the salutogenetic or pathological development. Successful integration is defined as coping with integrative tensions, which can be compared to the state of inconsistency in Grawe's theory of consistency (see section 4.5) (Jungaberle & Verres, 2008). Integrative tension is generated through the experienced during the substance-session (*triggering conditions* in figure 4.2) and by the therapeutic setting with its mission to evoke change. According to the authors, it is the therapist's task to augment the integrative tension and to offer techniques (writing of protocols, intentional recall, role plays, etc.) to deal with it.

4.7 Risks

Besides all the possibilities psychedelics offer, there lie undeniable risks in the uncontrolled use of these substances. The object of this thesis is the therapeutic and not the recreational use of hallucinogenic substances. Most harm derives from disadvantageous surroundings (setting), wrong expectancies (set) and unawareness of dosage. These factors are controlled in a therapeutic setting (Friedman, 2006; Leuner & Janzarik, 1981). Several meta-analyses examining psycholytic and psychedelic therapies with some thousand participants concluded that it is safe to administer psychedelics in therapy. Indicators were suicidal rates, hospitalizations and psychoses (Cohen, 1960; Gasser, 2008). Through a search in *medline* (medical research database), Nichols (2004) found three publications on LSD-induced psychoses in the last 20 years and thus supports the findings of the meta-analyses. Even though physical dependence does not occur, hallucinogens can trigger acute psychoses in persons with inclinations towards psychotic disorders, due to, for example, their family history, an instable personality or organic damage. Therefore contraindications are: schizophrenia, endogenous depression, borderline, cerebro-organic disorders and pregnancy (Vannini & Venturini, 1999). Vardy and Kay (1983, in Hermle, Kovar, Hewer, & Ruchsow, 2008) published a study about first-time patients with the diagnosis of LSD-induced psychoses and first-time schizophrenics without drug consumption. They discovered that both groups showed similar psychopathological symptoms, high incidence-rates of psychoses in the family-history and a comparable course. This finding consolidates the replicated observation that schizophrenic disorders would have

surfaced at a later point in time, triggered by stressors other than hallucinogens.

The most famous side effect caused by hallucinogens is probably the Hallucinogen Persistent Perception Disorder (HPPD, "flashback"). HPPD is defined in the fourth Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1998) as:

1. The re-experiencing, after cessation of use of a hallucinogen, of one or more of the perceptual symptoms that were experienced during intoxication with the hallucinogen (for example, geometric hallucinations, false perceptions of movement in the peripheral visual fields, flashes of color, intensified colors, trails of images of moving objects, positive after-images, halos around objects, and macropsia and micropsia).

2. The symptoms in criterion 1 cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

3. The symptoms are not caused by a general medical condition (e. g. , anatomic lesions and infections of the brain, visual epilepsies), and are not better accounted for by another mental disorder (e. g. , delirium, dementia, or schizophrenia) or hypnopompic hallucinations.

The definition is based on Abraham's study of chronic LSD-users. He reported spontaneous remission without pharmaco-therapy in half of the affected persons after a few months. Hermle et al. scanned publications on HPPD in the last ten years and came to the conclusion that the incidence rate is lower than 5% (Hermle et al., 2008).

The presented results allow the conclusion that "the risk of major complications is not higher for patients in psycholytic therapy than those in conventional psychotherapy" (Passie, 2007, p. 57).

Chapter 5

Methodology

After the review of literature, research and findings in the field of ASCs and substance-supported psychotherapy, there now follows the presentation of the methods used in this thesis. Before focusing on qualitative and quantitative aspects, the questions of the master thesis will be introduced. As mentioned above this paper is closely related to Gasser's study of LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening diseases. At the time of planning this paper, the investigation had already started. For reasons of comparability I had to work with the questionnaires included in the methodology of the study. Regarding the time frame and the intention of the thesis, qualitative interviews combined with some first quantitative results from the questionnaires seemed to be the best solution to get the most reliable and interesting results.

5.1 Research questions

Acknowledging the facts of working with a pilot study and of writing about a topic that has not been paid much attention yet, the research questions are formulated in an exploratory way. The theoretical justification to do so will be given in the Section 5.2. Intensive research about the outcome of LSD-assisted psychotherapy was carried out in the middle of the 20^{th} century, but almost nothing is known about how it affects daily life. The general goal of the interviews relevant to this thesis was to see if the participants noted changes in their daily life and how it affected them during one year after the last therapy session. From preliminary

research (see Section 4.1) it is known that personal relationships are an area quite tangible through LSD-assisted psychotherapy. Thus interviews with a significant other, in this case the partner, were held whenever possible. The idea was to check if changes are noticed by a significant other, and to enable an additional viewpoint.

Questions that are tried to be answered with the information from the interviews are:

1. Do therapeutic LSD-experiences affect daily life, especially personal relationships?
2. Do participants report longterm changes?
3. Do significant others notice changes in behaviour?

The evaluation of quantitative data serves to enlarge the profile of each participant and gives quantitative information about the changes in anxiety and quality of life.

1. Did a change in the level of anxiety occur (measured with STAI), and if yes, to what extent?
2. Did a change in level of quality of life occur (measured with EORTC-QLQ-C30), and if yes, to what extent?

5.2 Qualitative methods

Qualitative methods slowly start to become more accepted and implemented, especially in the English-speaking world. It is a very broad field, where case studies and Grounded Theory-orientated approaches belong to the more important and most common ones (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008). The aim of qualitative research is to get at the inner experience of participants and to discover rather than test variables (Corbin & Strauss, 2008). According to Corbin and Strauss, "qualitative studies are usually exploratory and more hypothesis generating rather than testing" (ibid., 2008, p. 25). The researcher is more flexible and has more freedom to explore a topic that is not fully understood yet, than using only quantitative tools.

This is also reflected in the way research questions arise. The researcher begins a study with a general query, then questions that are more specific come up during the course of the

research and may direct further data collection and analysis. "The questions set tone for the research project and help to stay focused" (Corbin & Strauss, 2008, p. 41). Qualitative research is not a linear but a circular process, where phases overlap. Sampling, preparing for interviewing, conducting the interview, analysing the data and writing the report are stages that are usually distinguished, but intermeshed in the research process (Weiss, 1995).

Qualitative methods are especially helpful in process-oriented research. Until the 1980s the aim of most therapy-studies was to examine and describe the efficacy of the different techniques (outcome-oriented research). From there on the weight shifted towards techniques that could describe the conditions needed for a successful therapy course (Bastine, 1992, in Dürst, 2005). A major strength of qualitative studies is their ability to enlighten these processes and conditions that lead to the outcomes (Maxwell, 2009).

In qualitative research theoretical frameworks are not as clear and common as in quantitative research. As a consequence inductive approaches, where the researcher stays as close to the text material as possible and builds his categories according to the content (and not guided by theory as in a deductive approach), are most logical for qualitative research (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008).

5.2.1 Qualitative interviews

The reasons for conducting qualitative interviews are manifold. Generally the goal is to get as much topic-related information from the patients as possible. According to Weiss (1995), it should also be the method of choice when developing detailed descriptions, integrating multiple perspectives, describing process and developing holistic description. I have attempted to incorporate all four points in this thesis. An interview is understood as a single, non-repeatable situation in which text is produced together by the interviewer and the interviewee. This definition is based on two postulates from interactionalistic social psychology. First, that one cannot *not* communicate and second, that persons talk according to the hypothesized social expectations of the counterpart (Jensen, 2008). Therefore the words of the interviewee are always a function of the interviewer and the interview situation. One cannot avoid it but should bear in mind this influence (Maxwell, 2009).

The initial interview questions or areas of observation might be based on concepts derived

from literature or experience, or preliminary fieldwork (Corbin & Strauss, 2008). In our case knowledge from literature and past research combined with an exploratory openness determined the areas of interest. To avoid interview partners only answering the questions and keeping worthy information that goes beyond for themselves, the questionnaire's design was not too structured (Corbin & Strauss, 2008). Still an interview guide (see Appendix) was not completely renounced. It served to list the areas that had to be covered in the interview along with, for each area, a listing of topics of questions that together suggested the lines of inquiry (Weiss, 1995). The areas of investigation were equal for patients and their partners, for obvious reasons the questions themselves varied. Five main areas for the interviews crystallized during the review of literature and past studies, combining them with the questions of the thesis:

1. Life-threatening disease
2. Anxiety/Death
3. LSD-experiences
4. Psychotherapy
5. Daily life

In each interview the intention was to create an atmosphere of dialogue and not a mere answering of questions. All meetings took place at the homes of the interviewees and guaranteed a safe and comfortable environment. At the beginning both parties signed an informed consent and the organizational procedure was explained. If there were no further questions, the recorder was switched on and the interview partner was asked to start talking. He was encouraged to describe the process of finding and deciding to undergo the therapy. Furthermore, changes in attitudes, daily routine, behavioural patterns, illness and relationships were asked to be commented upon. It was explicitly mentioned that there was no "right or wrong" or something expected to be said. After this general introduction specific questions along the main areas were asked. The interviews with the significant other, in both cases the wives of the participants, were held right afterwards and followed a similar scheme with modified questions concerning the partner. The interviews were held 11 to 16 months after the last therapy session. Besides the fact that descriptions of inner experiences always depend on

personal language and expression, there are several other limits and problems of a descriptive recording of subjective experiences. Pekala and Cardena (2000, in Passie, 2006, p. 69–71) list nine such challenges regarding intro- and retrospective data:

1. Neglect: The longer ago, the more you forget.
2. Mistakes in memory and confabulation: Foreknowledge, beliefs, atmosphere and expectations influence reception and memory.
3. Problem of verbal description: Especially ASCs are difficult to put in words.
4. Interference (liability) of introspective perception
5. Censorship: Embarrassing and sexual contents are not always told.
6. Impossibility of objective verification
7. Social desirability
8. Experimenter-effect: The scientific frame of a study influences the participant.
9. State-dependent remembering: The LSD-state does not equal the state the patient is in when he remembers the LSD-state.

Nevertheless there exists empirical proof that retrospective data can be valid. Bodmer (1999) as well as Linton and Langs (1964) (in Passie, 2006) showed that ASCs are astonishingly stable and well remembered. By guaranteeing anonymity, precise instructions and straight forward questioning, the experimenter can counterbalance the undesired effects. The quantitative data available for this study is a further advantage when consolidating the results found in the interviews.

The interviews were recorded and transcribed. They were either held in German or Swiss-German but always written down in German. The rules of transcription recommended by Kuckartz, Dresing, Rädiker and Stefer (2008) were followed. The entire transcripts, the informed consent and the rules of transcription are in German and can be found in the Appendix. My impressions as an interviewer and comments that were made when the recorder was turned off, were written down in a post scriptum directly after the interviews.

5.2.2 Qualitative Content Analysis

The main work of this paper was to analyse the interviews and to present their content in a logical and meaningful frame. To do so, the Qualitative Content Analysis (QCA) developed by Mayring seemed to be the most appropriate approach. This approach is closely connected to the Grounded Theory ([GT], Glaser & Strauss, 1998), but not as open and work-intensive as such. The pillars of Grounded Theory are important to understand, because they serve as a basis for the QCA. In GT, data has to be anchored or "grounded" through a circular process of collection and analysis of data. The theoretical concept (categories and hypotheses) derives from the collected information. When analysing, comparable data that belongs to one question is put in the same category. This leads to a definition of the theoretical characteristics and dimensions of one category. Provisional hypotheses are generated continuously. This process is followed by something called axial coding, which is too complex to describe here and irrelevant for understanding the QCA. As one can imagine, the entire process is very open with an almost indefinite amount of possible categories (Jensen, 2008). To compensate this operationalized weakness, the rules of QCA were developed. In QCA it is precisely defined which material serves as basic for analysis and definition of categories. Out of three sub-types of QCA (summary, explication and structuring), summary was chosen. This signifies that a reduction of the text material takes place but essential contents are maintained. Abstraction to produce a manageable corpus that reflects the basic material is intended (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008). The different steps are briefly summarized thus:

1. Questions based on review of literature and research (theory-led) are formulated.
2. First categories along the main areas are defined.
3. Meaningful text parts from the interviews are paraphrased.
4. Through generalization a concerted level of abstraction (of the paraphrases) is reached.
5. Paraphrases with the same content are deleted, thus central meaningful paraphrases remain. This is called first reduction.
6. In a second reduction related paraphrases are bundled and formulated into new statements.

7. The new statements are presented in a categorical system.

8. The categorical system is retested along the interview material.

The interviews are now formated in such way that they allow direct comparison between the participant's experiences, impressions and statements. MAXQDA, a software for content analyses, was used to assign text parts or statements from the interviews to certain categories.

5.3 Quantitative methods

The goal of combining evidence from qualitative interviews with quantitative questionnaire data is to complete or to converge the findings from both sources. This integration of methods allows to answer research question in a more effective way (Tashakkori & Teddlie, 2009; Yin, 2009). Due to the very small number of interviewees (N=3) statistical comparison between verum and control (placebo) group is impossible. Statistical interference based on correlations or tests of significance cannot be interpreted in a meaningful way due to the sample number. The descriptive presentation of the questionnaire measures of each participant nevertheless allows an insight on the course of anxiety and quality of life for the time of the study. This additional information may expand the understanding or give a second perspective on the results from the interviews. Due to the frame of the thesis we will only look at the primary outcome measures of the study: STAI and EORTC-QLQ-C30. Furthermore results from the PEP serve to analyse if peak experiences have an outstanding influence on the effectiveness of psychotherapy.

STAI (Spielberger, Gorsuch and Lushene, 1970): This inventory distinguishes between state and trait anxiety. State anxiety describes the anxiety in a subjective, threatening situation and is valid for this specific moment or stressor. Trait anxiety refers to the longstanding anxious affect independent from situation and stressor. The questionnaire is widely used, shows high internal consistency and a good retest-reliability for the trait-scale (logically not for the state-scale, hence it is dependent on the situation) (Hoyer, Helbig, & Margraf, 2005). Each scale contains 40 items with four answer possibilities. A score higher than 40 in each sub-scale is considered clinically significant. Therefore cut-off value for the measure of total anxiety is a score of 80. Measurements were taken

at five points in time (see Figure 4.1) and show the development of state, trait and total anxiety.

EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993): This quality of life scale counts among the most widely accepted and shows satisfactory psychometric properties. The EORTC-QLQ-C30 consists of 30 items which form the scores for five sub-scales (physical, role, emotional, social, and cognitive functioning) and three symptom sub-scales (fatigue, pain, and nausea/vomiting). The sub-scale used here is called Global Health Status (GHS) and consists of two items, which can be answered on a scale from one (very poor) to seven (excellent). After linear transformation the scale score ranges from 0 to 100. The two items composing the GHS scale are: *How would you rate your overall health during the past week?* and *How would you rate your overall quality of life during the past week?*. Official cut-off values do not exist, but there are non-representative mean scores for different population groups published by the EORTC. Thus data cannot be interpreted in a representative way, but the mean scores help to evaluate if an individual's score is much higher or lower than expected. We will use the mean score for men suffering from cancer (type and stage not specified), which is 62.9 (SD=23.8) only to give an idea about the range typically found in this population group (?, ?). Measurements were taken at five points in time: baseline (visit 3), before the first LSD-assisted session (visit 6), after the first LSD-assisted session (visit 9), after the second LSD-assisted session (visit 12) and approximately two months after second LSD-assisted session (follow-up, visit 14). Baseline and follow-up examination were assessed by a psychologist, who functioned as independent rater.

PEP: The original Peak Experience Questionnaire (PEQ, Pahnke, 1963) consists of 180 items describing ASCs during psychedelic experiences. The categories introduced in Section 2.1.2 derive mainly from this questionnaire. It is apt to describe pleasant peak experiences as well as distressful nadir experiences. In the study a revised German version with 100 items, forming different sub-scales, is used. Each item allows six answer possibilities, from zero (none; not at all) to five (extreme). For the context of the thesis only peak experience scores are important. To be considered as a peak experience the total score and the score in each separate category must be at least 60–70%. As an example, item 3, being part of the peak experience scale (seven items),

follows: *Feeling that the consciousness experienced during part of the session was more real than your normal awareness of everyday reality.*

5.4 Participants

At the time of preparing the interviews with the study participants five subjects had finished the LSD-supported psychotherapy. After a letter with basic information about my work and the permission to contact them, an interview date was scheduled by phone. Out of the five persons, one had died due to his terminal illness, one refused to participate in the interviews and the other three persons agreed. Granting the right of privacy and anonymity only information relevant for the understanding of the three cases will be given. In both cases, in which a significant other was available, it was the wife of the participant. The third participant could not name a person, that would be close enough to him to notice and give information about possible changes. In Table 5.1 an overview of relevant data is given.

Table 5.1

Information on the participants (N=3)

No.	Gender	Age	Close person	Verum/ Placebo[1]	Date of therapy	Diagnosis	Interval of catamnesis
01	male	45	–	verum	04/2008 – 08/2008	gastric carcinoma	16 months
02	male	44	wife	placebo	08/2008 – 01/2009	renal carcinoma	11 months
03	male	48	wife	placebo/ verum	08/2008 – 11/2008	migraine	12 months

[1] Verum=200 μg LSD, placebo=20 μg LSD

Chapter 6

Results

This chapter will present the findings from the analysis of the qualitative interviews and the quantitative results of the questionnaires. It is my intention to show similarities and differences between the participants and their experiences in a descriptive way. The discussion, implications and comments will follow in the next chapter.

6.1 Results from qualitative interviews

With the help of the categories found in the QCA and citations [1] from the interviewed persons, I intend to give a picture of the personal experiences of the participants. Since every individual has his or her form of expressing emotions and experiences, qualitative reports have a subjective colour, which cannot and should not be standardized as in quantitative methods. Therefore and due to the circular process of interviewing and analyzing (developing new questions and categories) not every participant made a statement to every aspect, issue or question. An attempt has been made to answer the leading questions of this thesis with responses from those people who know best how and if LSD-assisted psychotherapy evoked changes in their life. This section serves to present the information from the interviews. Forthcoming questions, ideas and possible interpretations will be discussed in the next

[1] The interviews were held in German. All citations are translated by the author. The references after the citations refer to the number of the interviewee and the line where the citation can be found. As an example: 01/l. 22 signifies that the sentence can be found in line 22 in interview number 01.

chapter. Even though basic information of the participants has been given in Table 5.1 we will start by looking at the social and family situation of the participants and the course of their life-threatening disease. Before focusing on the personal experiences, opinions and effects of LSD-supported psychotherapy, the type of anxiety the participants suffered from will be shortly introduced. All main areas of interest identified in the interviews will be represented here. The structure of presenting the results was chosen according to a logical, chronological order which allows easiest access for the reader.

Background information of illness & anxiety

Participant 01 (P 01), a 45-year-old man, lives alone quite far away from his family of origin. His 5-year-old son lives with his mother in a near-by town. According to P 01 the spacial proximity to his son was the reason for accepting a job offer in the place where he now lives. He works full-time as a care-taker. In June 2006 he was confronted with the diagnosis of gastric carcinoma and had it successfully removed in August 2006. He said that the diagnosis was "like a hit in the face" (01/l. 38 & 62). After the operation life went on, but according to him, he never felt completely safe or sure that the fight against cancer was entirely won. Additionally to the distress caused by the illness, he was unable to work for 13 months and uncertain whether he wants to go back to his former job. Thus the anxiety felt by P 01 can be called an existential or future anxiety: "The nature of the fears was 'What will happen with my life? Will I still be able to work?' " (01/l. 77–78). He denied being afraid of dying or death. P 01 started LSD-assisted psychotherapy almost two years after his surgery and received the verum doses directly.

Participant 02 (P 02), 44 years old, lives together with his wife and his 4-year-old son. His parents are deceased and his social focus is his own family. The renal carcinoma was discovered by coincidence in December 2007, when he went to hospital due to pneumonia. Hence he had not suffered from pain or other somatic problems, the diagnosis came quite unexpectedly and affected him deeply. After a successful operation he needed six months to recover, during which he lost his job as a cook. In a follow-up examination the doctors suspected another type of cancer. Three months were needed to see if the suspicion would be confirmed. During this phase of mental distress the first placebo session took place. Besides the emotional strain of the follow-up examinations, P 02 belongs to a high-risk group, because both parents died of cancer. He says that this "floats above one's head like

the sword of Damocles" (02/l. 491). He furthermore stated that, even though he suppressed his anxiety, he was worried about the future of his family. "At the beginning when you get such a diagnosis, fear is big. It rules you, it rules you for a certain time. It is not the fear of dying, but more the fear for the family, how they will carry on" (02/ l. 208–211).

Participant 03 (P 03) inhabits a little house with his wife and their two adolescent children. Depending on health conditions, he works 50%–100% in a management position. His history of disease is very different from the ones of P 01 and P 02. P 03 has suffered from severe migraine for more than 25 years. This is not a life threatening disease per se, but in his case, suicidal tendencies were triggered by strong and constant migraine attacks. Therefore he was accepted onto the study led by Peter Gasser. The migraine worsened massively over the years without finding relief in therapy or medication. To quote directly:

> The whole migraine situation strongly influenced the situation of life. In all areas a fundamental limitation took place. I tried a lot of things: therapy in all variations, medications. Then followed a phase when I did not want anymore, when I was broken-down to such an extent: Now I am feeling so bad, I need help – right away. (03/l. 9–14)

His anxiety clearly can be described as being afraid of committing suicide and not being able to control this impulse. He began LSD-assisted therapy, hoping to find relief, and first received placebo. He also decided to undergo the second stage in which verum doses of LSD were administered.

Having some background information on the participant's courses of disease, anxiety and their social situation we can now focus on topic-related issues in detail.

LSD-assisted psychotherapy

a) Other psychotherapies

Two out of the three interviewees had had experience with conventional psychotherapy when they started the LSD-assisted psychotherapy. For P 02, the LSD-assisted psychotherapy was the first psychotherapeutic intervention in his life. P 01 reports that he began conventional psychotherapy around the same time the study took its course. For him, the LSD-assisted psychotherapy had more the character of a study and was

seen as completely independent of the conventional psychotherapy he was undergoing simultaneously. He thinks that "conventional psychotherapy is mainly about talks, about words. LSD-psychotherapy is about inner processes, inner transformation, inner experiencing, it simply gets richer through that" (01/ l. 540–542).

P 03 gave an account of several earlier psychotherapeutic interventions, including one stationary therapy. He said none of them had ameliorated the clinical picture but the conversations were experienced as helpful. While participating in the study he did not interrupt his conventional psychotherapy, only lowered its frequency. He did not note any changes in his regular therapy caused by the LSD-assisted psychotherapy (03/l. 605–607).

b) Motivation & expectations

The reasons for wishing to participate in the study differed among the three interviewees, as did their expectations. Whilst searching for a way to improve his condition, P 01 discovered Gasser's study. His motivation was to proceed in life and not to stagnate due to his disease and the mental state it caused. He thought of LSD as a useful tool to "sense towards the within and to loosen blockades" (01/l. 409–412 & 850). Even before taking LSD he expected the session to be an "incisive experience" (01/l. 185).

In case of P 02, it was his wife who gave the impulse to do psychotherapy. She felt that there was something her husband could not talk about in the family. She mentioned this issue in a conversation with their general practitioner. The doctor proposed the LSD-assisted therapy to P 02, who agreed. P 02 stated himself that he took part in the study because of his anxiety (02/l. 454).

P 03 heard of the study through his psychotherapist. He was clearly motivated to take part in the study because of his worsening health condition accompanied by suicidal thoughts. Medication and therapy had not helped so far and he thought of LSD "as a chance" or a "way to help" (03/l. 76–77). Talking about his expectations he said:

> I did not really know in what I was getting into. I had had no experiences with drugs in that sense and I did not know what to expect. On the other hand I had been open towards everything since a long time. I just needed something that helps, I did not care what. And why shouldn' t that be

> a chance? Maybe something would open up, make something clear, show something that would help later on" (03/l. 72–77).

c) Pre-drug sessions

Asking about the role and the importance of the therapy sessions scheduled before the LSD-assisted sessions, all three participants saw their main purpose in reducing their apprehension of the drug-supported session. P 01 said that "he [therapist] had prepared me for what could happen and took away my fears" (01/l. 148–149). Besides decreasing the fear of the drug-assisted session, P 02 confirmed that the therapeutic conversations also helped him to deal with his anxiety and sorrow. P 03 perceived the pre-LSD sessions simply as good conversations.

d) Set & setting

As shown in earlier chapters, the mindset of the participant and the surrounding conditions can influence the course of an LSD experience. One could count motivation and expectation, which have been dealt with above, as part of the set. P 01 gave a lot of information about the role of the therapist. He said that he felt safe and well cared for by both therapists. In situations in which anxiety was felt, they were able to calm him. For P 01, the safety issue was of great importance. He reported that he could only let go and feel at ease after making sure that the therapists had not taken LSD themselves.

> And then I thought that Peter Gasser and Barbara Speich looked so relaxed. Surely they had taken something as well. I made a joke to myself about that. At one point I thought, 'Now you have to ask them if they have taken something.' 'No', they assured me, 'no'. First I did not want to believe it, because at that moment the LSD started to act, all structures start to blur. [...] And when he assured me 'No', then things were plain to me. I felt safer then (01/l. 201–206).

Towards the end of the first LSD-session, P 01 felt a deep mood of sadness and he was glad that the therapists were able to comfort him and physically hold him.

Before the first verum session, P 03 went through the placebo trial which he experienced as very disappointing. He stated that he was quite afraid of the LSD-experience, because

it was something new and unpredictable. Music, considered part of the setting, had a strong impact on him.

e) Experiencing LSD (verum doses)

In this category, P 02 could not make any statement, because he had experienced only the effects of placebo doses. The reader will share his experiences in category g). The interviewees tried to remember as much as possible from their two verum sessions, which is noted here. P 01 claimed that after half an hour he was positive that he had received the verum dose of LSD. He said that it was essential for him to let go, to not try to control the situation, to profit from the session to the maximum. He reported typical acoustic hallucinations and an intensifying of all sense modalities. According to P 01, biographical themes or his disease were not of importance during the experience. Instead, the mental evolution of mankind and a philosophical view of the world arose. He gave as an example the head of a Buddha on a painting in the room. Every time he looked at it a sequence of the history of human evolution was triggered, and made philosophical issues he had read about become clearer (01/l. 229–260). He described his general emotional state as relaxed with little anxiety and changing emotions. He said that experiencing was far more important than talking. He established a relationship to everything alive, including plants and called the change in this inner life an "emotional breakthrough". The sadness about his socially isolated situation was confronted in one of the sessions and could be resolved through crying and the therapist's comforting (01/l. 296–307). He considered both sessions as positive experiences.

P 03 went through two very different LSD-sessions. He named his first session a "horrortrip" (03/l. 186), which is best explained by looking at one of his statements:

> The first trip was a panic trip for me. With almost pure fear of death. The first trip was death throes. Really. Where I had the feeling I will die. With cramping, sweating ... This was a big part of the trip, until relaxation finally came . [...] It was really black, the black side. I was afraid, was shaking [...] Really it was a total strain, no way out, no escaping. The whole thing seemed to be an endless marathon. (03/l. 182–186 & 201–204)

Right after this first session, he voiced doubts about participating in the second one,

but then he thought that it could not be worse than the first session. His idea proved right, because the second session turned out to be a pleasant experience.

> The dark side shortly appeared at the beginning of the second trip. I was a little bit tense, sweating, but not for a long time. Suddenly there came a phase of relaxation. Completely detached. It became bright. Everything was light. It is a pleasant feeling, a warm feeling. No pain. Almost like floating, like being carried, and together with the music ... really wonderful. I have to say that this made up for everything. (03/l. 215–221)

f) Direct effects after the LSD-supported sessions

As mentioned above, right after the first drug-supported session, P 03 had doubts about undergoing the second scheduled LSD-assisted session, due to the very dark and death-centered first experience. He did not report any other immediate consequences. P 01 mentioned that he not only had the feeling that his intelligence was impaired for three days after the first LSD experience, but that an intelligence test coincidently taken three days later showed worse results than a test taken after finishing the study. Unfortunately it is not known whether it was the same type of intelligence test taken during and after the study. The same participant noted that the feeling of safety increased while the "fear of the unknown" decreased after the first session and allowed a more relaxed approach towards the second LSD-assisted therapy session (01/l. 332–334).

g) Experiencing placebo

The information obtained from P 02 and P 03, who both took the placebo will be presented here. P 02 experienced the placebo sessions as very intensive. He informed us that the first placebo session happened to be in a phase where he had had to wait for the results of a follow-up examination of his cancer status. This meant distress and unrest for him. He was very happy to be able to let go, relax and arrange his thoughts during the hours of the session (02/l. 275–277). P 02 explained that due to the tension caused by the unknown results, he experienced the first session as much more intensive than the second one. At the time of the second meeting he already knew that his health status was not endangered.

> The first session was more intensive and deeper. Because the second session

> was after the [follow-up] diagnosis, I was not so tense anymore and therefore it did not go as deep down. I already felt relieved. (02/l. 195–199)

He appreciated that little was spoken and that he could benefit from the calm and quietness. Interestingly, he attributed the optical hallucinations, which appeared in the first session and which will be described in the next category, to the calm and peace and not to the LSD in the active placebo (02/l. 107–114).

P 03 was mentally prepared to take the verum dose of LSD and described receiving the placebo as "unpleasant and disappointing" (03/l. 90 & 134). Not at least because of the time he had invested. He stated that after 15 minutes he was sure of having received the placebo and that he nevertheless enjoyed the talks and found the session relaxing: "Somehow the talks helped anyway. Because there were good conversations, good people around – and surely that helped in this situation, but not the placebo-effect" (03/l. 147–149).

h) Key experiences

Key experiences are understood as moments or aspects that participants remember as very impressive or important to them. P 01 described his personal key experience as follows:

> Then I saw a drum, a hand-drum, on the wall. I thought 'Wow, what kind of sound will come out there?' I am sensitive to sounds, hearing. I do not know if I asked Peter [therapist] to play or what happened. Anyway he took the drum from the wall and walked around the room playing. Wow, what a nice feeling. To really let the vibrations affect me." (01/l. 351–357)

P 02 who took an active placebo of 20 μg of LSD named his optical hallucination as the most intensive experience. It happened very unexpectedly towards the end of the first session. He said that he was standing together with his wife and his son (who were physically not in the room) when suddenly the ground opened and two threatening eyes stared up at them. He felt afraid and that he had to protect his family. Then everything became foggy and turned back to normal (02/l. 308–347). The third interviewee (P 03) was amazed by the sudden change from tension to relaxation, from heavy and dark into light. He said: "Before [there was] anxiety, tension and sweating and suddenly

lightness, where everything became clear" (03/l. 318–319). This experience and the fact that the change was physically noticeable from the outside was very impressive and lasting to him (03/l. 324–325).

i) Post-LSD therapy sessions

When asked about the importance of the therapy session scheduled after the drug-supported intervention, the participants agreed in general on the utility of the session, even though P 03 differentiated between verum and placebo. He considered the post-meeting as unnecessary after the placebo session, but called it purposeful after having taken the verum dose of LSD. He saw it as a chance to think again about the experience before going back to his daily routine and facing daily problems (03/l. 406–413).P 02 held a different view on the post-sessions after the placebo. Due to the fact that there was little discussion during the course of the placebo session, he considered the post-sessions as helpful, hence emotions and experiences were relived and expressed in an oral way (02/l. 464–472). P 01, who took 200 μg of LSD, saw the post-sessions as possibilities to communicate "sequences and nuances" (01/l. 371) of the LSD experience he had not talked about during the enactment of the drug. He looked at it as a way of informing the therapist what had happened and to reflect upon the past 24 hours.

j) Personal reasons for/against verum after placebo

Two out of the three interviewed persons were administered placebo doses during the first stage. Both had the opportunity to continue with the full amount of LSD in a second stage. P 02 decided not to do so, whereas P 03 did. What were the reasons for their decision? P 02 had the feeling that the conversations during the psychotherapy were helpful enough and that he would now try to get along without any help from outside. Furthermore, he mentioned that "as long as I know that I can call him [the therapist] anytime and continue, that is already a blessing. But now we first want to see how we can cope without it" (02/l. 283–299). P 03, who decided to continue with verum LSD after finishing the placebo trial, explained this behavior on the one hand with his character and on the other hand with the time already invested.

> When I begin something, then I want to persevere with it. As a result it was a logical decision to do the second part as well. I also want the true,

> the real, because all the preparation was very time consuming. With all the conversations, the examinations, medical examinations. I invested a lot of time. If I have taken on all that, then I will also do the second part. (03/l. 92–98)

k) Study design

During the interviews the participants were also asked what they thought of the design of the study. P 01 simply said that he felt that two LSD-supported sessions were very few and that he would prefer more regular sessions (01/l. 412–416 & 910). As we heard earlier P 03 invested a lot of time and energy into the study. Due to that he was glad when "he went for the last time". When I asked the utopian question if he would accept an offer of doing a third and fourth LSD-supported session now, one year later, he answered:

> I would consider it at this moment. Because when I felt bad, I was ready to attend that again and I also asked myself 'Will that help again?' and I had to admit, yes, it would, because I would not have the fear, that had been there before 'How will this [the therapy] work?'. I could approach it very laid-back, relaxed and that is a positive thought. (03/l. 554-558)

l) Mechanisms of action in LSD-supported psychotherapy

One of the questions targeted at the interviewees' ideas is how psychotherapy functions. What did they consider important for the success of the therapeutic intervention? P 01 stated that, compared to conventional psychotherapy, the therapy became enriched through focusing on inner processes and experiences. These inner experiences changed during the LSD-assisted psychotherapy (01/l. 558–559). Furthermore he had the impression that the therapeutic process "went faster" with LSD (01/l. 575). According to him, the LSD was necessary to "detach himself from his anxieties" and to "observe his grief". He added that "It [LSD] was necessary, if not, I would not have gotten there so easily" (01/l. 840–841). He also considered the relationship with the therapist as very important (01/l. 620).

P 02 explained the positive effects of the therapy with the possibility "of letting go of the anxieties". He himself held the following facts responsible for the outcome: to be

able to relax, to be quiet and calm and to have a person outside of the family to talk to, (02/l. 96–100): "To talk with a third party about all the sorrows and woes and such things ... just to get everything of one's chest. That is what it is about" (02/l. 130–132).

P 03 did not have a concrete explanation for what happened, but

> What I can say is that even without a substance it would have been a good therapy as well, but *surely* not with the same value. That is for sure. How much the substance contributed is difficult, really difficult to say. But it changed the therapy. The effect [of LSD] changed something, for sure. (03/l. 484–487).

m) Changes due to LSD-supported psychotherapy

This category is of main interest to this thesis. To keep it as ordered as possible, the information from the participants will be presented in topic-centered subcategories. The subcategories are always concerned with change in one area caused by the LSD-assisted therapy. To give an example: In subcategory *Disease*, noticed changes in the personal perception, attitude or development of the disease stated by the interviewees will be presented.

Disease: P 01 pointed out that "the disease no longer takes center stage". He realised through the LSD-experience "that there are more important things in life" (01/l. 422-423). The declaration of P 03 might give a careful hint to a new direction. He said that for a long time, he had had to take less migraine medication (sumatriptan) during each attack, but he is not sure about a correlation with the LSD-therapy (03/l. 409–502). He remembered, though, that his migraine attacks were better and less frequent in the spring and summer after the therapy (03/l. 165–167). Furthermore P 03 imparted that his attitude towards the disease did not change, but his attitude towards the medication did. "Before, every time I took medication, I had a bad conscience, today I do not have this anymore. Yes, this changed" (03/l. 274–277).

Anxiety:

Besides suffering from a life threatening disease, clinically significant anxiety was

another necessary criterion needed to participate in the study. Transformations in this field will be introduced here. All three interviewees reported changes, which were interesting to observe and easy to put in words. P 01 claimed that his existential and future-related anxiety diminished with the successful surgery, recovery and the LSD-assisted psychotherapy (01/l. 673–675). For P 02 the dealing with the anxiety had changed. He stated that instead of repressing the fears, he accepted them after the therapy.

> I certainly dealt with it [anxiety] differently. How can I explain that? One tries to face up to it. I mean the fear is there, and probably will always be there, simply because of the disease: 'Will it come back or won't it?'. With every X-ray or with every approaching examination. [...] One tries not to repress it, but to live with it [anxiety] and to deal with it differently. That is how I do it now. (02/l. 220–226)

As we know, the fears of P 03 consisted of an inability to control his suicidal impulses. These fears were equally present during the phase of the placebo-sessions, but disappeared after the therapeutic intervention with the verum doses of LSD. He said that had he lost "this suicidal urge" and moreover, "the thoughts about it" (03/l. 170 –172). "I still have migraine, but not the suicidal thoughts anymore. That is very clear. That is worth much, worth very much. I haven't had it since. That is huge" (03/l. 492–493).

Personality:

The following deals with the answers of the interviewees when asked if they noted a change in their personality or character. P 01 realised during the LSD-experiences that "his Self is less important than the big scheme of things". Besides that, he would call himself more relaxed than before (01/l. 797). P 02, who received the placebo doses, said about himself that he was even quieter and more laid-back than before. He announced that he was "more relaxed towards the world" and that he realised that "many things were not worth fretting about" (02/l. 429–434). When I asked him if he attributed these changes to the disease, its course, or the therapy, he replied

> Half and half, I would say. Because after the surgery, it had to be clarified

> how my life should continue. Even though I had only had the placebo, within these 24 hours I was able to arrange my ideas and consider how life could or should carry on (02/l. 273–276).

Quite a different statement came from P 03. He himself did not note any changes in his personality, but his secretary noticed that he handled stress and pain in a new way. After being told this, he realised it and accepted it himself. He gave an example: "When I get a migraine, I am now able to say 'I am going home now'. I do not just take stuff [medication] and push on, instead I go home, having the chance to be back tomorrow" (03/l. 455-457).

Family & social relations:

From earlier research it is known that LSD-assisted psychotherapy can evoke changes in personal relationships. Questions aimed in this direction were asked during the interviews. The respondents all noted several changes. P 01 emphasised the importance of dedicating more time to himself and important persons, especially to his son. He said that the therapy had helped him to make this one of his priorities (01/l. 501–506). Additionally he felt "the miracle of life much more present" and, as a result "his perception of fellow men became more sensitive" (01/l. 775–776). The relation with the mother of his son also lost tension and was described as "more relaxed" (01/l. 747). The second participant, P 02, reported as well that he tries to perceive his social environment with more attention (02/l. 261). The relationship to his wife became closer, according to him not because of the therapy, but because of the disease and the problems they had to solve together (02/l. 401–406). No changes in friendships have been noted. P 03 realised a shift in priorities. Up until the study most of his energy had gone into his job and his family had been neglected. This awareness rose during the course of the therapy and he has since tried to look after his family better (03/l. 243–246). The diminishing or disappearance of his suicidal thoughts were, in his eyes experienced as a relief for the whole family (03/l. 344–346). Another relationship that was affected was the one with his parents. P 03 had the feeling that he could now distance himself better from his parents since the course of the study. This newly obtained distance made him feel better and gave the relationship a new quality (03/l. 355–373). Relations with his colleagues or friends had not been modified.

Job:

One area that turned out to be especially affected was the attitude towards, and changes in, the professional career. All three men agreed that their job had lost importance. We will take a closer look, starting with P 01. He mentioned that his formerly very strong ambition and the importance of his job had decreased. He is now willing to change a job if it absorbs too much time and does not give him enough free time. P 01 summarized that "the personal professional career is relative, it is still important, but it does not have to fill my life, it does not need to take center stage in life" (01/l. 479–480). When asked if this change was triggered by the disease or by the psychotherapy he could not draw a clear line but ascertained that the LSD-assisted therapy "gave a push" (01/l. 499). P 02 first replied that his professional life had not changed much due to the study. He then said that he had had to look for a new job, which turned out to be closer to home and allowe him to work only 80%. He had decided to work less because his family had now become more important for him. He had reached the conclusion in the knowledge "that it could all be over soon" (02/l. 383–387). Participant 03, who could compare placebo to verum doses, did not note any changes during the placebo phase. He was not more capable of work than before. After the verum doses the job did not have the priority it had had before. Besides that, he is now better able to accept limitations in his job caused by migraine: "I now feel that I can take things easier, can accept them better. I said this earlier, first comes the family and then... I think I managed that better afterwards [after the LSD-therapy]" (03/l. 430–433).

General daily life:

In this category all information on aspects of daily life not mentioned so far will be presented together. This includes the question about the participants' personal estimation of their life quality. "Like I said, I made more time for sports. Sometimes I come from a late shift and go to training directly. When the others have already started, then I am simply a bit late" (01/l. 721–723), told P 01. Furthermore he mentioned that the LSD-assisted psychotherapy did not change his whole daily routine or his entire set of values "because there had only been two sessions. This cannot provoke as much as if I had done it on a regular basis. That would

lead to more, probably" (01/l. 519–521). On a scale from one to ten he would rate his quality of life before the therapy at four, whereas after the therapy at six. Our placebo candidate P 02 reported several transformations as well, even though he was not always able to attribute the changes to the therapy or the disease. He expressed that he now "always lives for the moment" and did not "plan as much" (01/l. 240–246). In the field of material values the interviewee declared that "money is still necessary but it is not so significant anymore" (02/l. 267–268). His personal quality of life rating was a six before and an eight (on a scale from one to ten) after the therapeutic sessions. P 03 agreed with the opinion of P 02 and verbalized as well that material values became less important, while family and health rose in priority (03/l. 240–243).

> Especially after the second trip, a certain change happened. The changes were like a feeling, that there is something else in life, a little bit like ... how can I say that? That not the same is equally important. Such a shift of values stirred everything at once. (03/l. 232–235)

He did not evaluate his quality of life on a scale from one to ten, but considered it as "massively improved", due to the diminished suicidal thoughts (03/l. 493).

n) Benefits of LSD-assisted psychotherapy:

The benefits of the therapy study as they were personally experienced will be summarized next. Participant 01 considered "the easier access to emotions and the world of feelings" as a big benefit of the therapy. Before, this sphere of emotions was "more closed" and "impenetrable" (01/l. 901–903). In case of P 02 the therapy had many beneficial outcomes. According to him the conversations with a third party supported him in times of insecurity and showed him a new perspective. They also helped him to cope better with the disease and the anxiety (02/l. 174–175 & 501–503). P 03 thought of the conversations during the placebo phase as "helpful", but the main benefit clearly was the absence of the suicidal thoughts, which he plainly related to the LSD-supported psychotherapy.

o) Transference into daily life

The aim of this category is to show the conscious transference of the benefits or evoked changes through LSD-assisted psychotherapy into daily behavior. After more than one

year P 01 stated that the experience is like a nice memory to him. He said that daily routine came back fast and that he was not sure of how much the experienced influenced the future (01/l. 559-561). What he kept as a new resource was a different handling of grief. The experience during the LSD session, that after grief and crying comes release and strengthening, was transferred into daily life. P 02 expressed that he really was able to integrate the newly learned composure into his daily life. Except for the music, there was no conscious transference from the LSD experiences into daily life in case of P 03. He still uses the music that was played during the drug-assisted sessions as a tool for relaxation. He described it as follows:

> What I often did is I listened to the music that was played during the therapy session. I got it [the music] out from time to time, lay down and listened to it. Even during the session it had turned me on [geil eingefahren]. And every time when I hear that, it is also like that. (02/l. 381–385)

Besides that, he noted that after approximately four months the insights gained during the LSD experiences weakened and everything went back to normal and retreated to the subconscious, or as P 03 formulated it: " You return to old patterns" (03/l. 259–262).

Before we turn to the results from the questionnaires and the discussion of the impressions given in the last fifteen pages, the information from the interviews with the significant others has to be revealed. Therefore, there now follows a short summary including the most important results of each participant combined with the inputs from the wives of P 02 and P 03. Both women neither accompanied their husbands during the sessions nor talk to the therapist.

Summaries including information from the interviews with a significant other

Participant 01, who received the verum doses of 200 μg of LSD, experienced two relaxed and positive LSD-assisted sessions with mainly transpersonal content. According to him LSD facilitated the access to his emotions and feelings and allowed him to reflect and cry about his socially isolated situation. This moment of grief was followed by release and strengthening and turned the experienced into a new resource for his daily handling of sadness and grief. He considered these inner processes and inner experiences as the main mechanisms of action during LSD-supported psychotherapy. To him, the feeling of security and care by the therapist

was of great importance. When talking about changes evoked by the therapy P 01 stated that it had not transformed his daily routine or his entire set of values and that it was like a nice memory to him. Attitudes that have changed were his perception of the Self and his disease. Both lost importance and no longer took center stage. On a behavioural level he explained that he was less ambitious in his professional career, more relaxed and more sensitive in the perception of other people. Although his anxiety had lessened, he could not clearly attribute this decrease to the successful surgery of his cancer, his recovery or the LSD-assisted psychotherapy. He supposed that all three aspects contributed to the amelioration. His quality of life changed from four to six (on a scale of ten) during the therapy. No significant other was available for an interview, thus we close the summary by adding that P 01 would have welcomed additional LSD-supported sessions.

Participant 02, who reported about his experiences with the active placebo of 20 μg of LSD, decided to not continue with the verum trial because he considered the conversations during the therapy helpful enough. His anxieties and worries about the future of his wife and his son came to light during a key-experience of the LSD-assisted sessions (placebo): the hallucination of eyes threaten his family. He experienced the sessions, especially the first one when his health status was unclear, as very intense, relaxing and calming. According to him the therapy helped, because, first, he had time for himself to clear his thoughts and second, there was a third party to talk to about his anxieties. He said that his attitude towards his fears had changed from repressing them to accepting them after the psychotherapy. His quality of life rose from six before to eight after therapy. He noted further changes, which were not plainly attributable to therapy, diagnosis or course of disease, in the areas of personality, job and family. Among them was a more laid-back attitude, a quieter and more relaxed personality, a closer relationship with his wife and a more sensitive perception of his social environment. Work and material values became less significant and family more important. The interview with his wife took place right after the interview with the participant himself. Obviously the diagnosis of renal cancer was very distressful and shocking to her as well. She never lost hope and created some strategies or scenarios for coping with the possible outcomes of her husband's illness for herself (04/l. 23–26 & 173–178). She said that they both looked ahead and did not like to talk about the disease (04/l. 147). Asking her what she noticed about her husband's anxiety, she replied that there was a "certain restlessness, a certain fear"

mainly around the time of the follow-up examinations (04/l. 149–150). As mentioned above she was the one who initiated the idea of psychotherapy. She said that her husband was a "close-mouthed" and not a "big talker" (04/l. 39). She sensed that "there is something that I cannot carry" and that it "needed something from outside" (04/l. 45). Despite initiating the therapy, she did not want to get involved into the therapeutic process, arguing that "it is his way. It is his way to process it or to search for a solution for himself. We have never talked about it" (04/l. 55-57). Even though she was interested, she left it to him to tell her about the content of the therapy, if not simply accepting that it was "something just for himself". When she was questioned how she perceived the outcome of the psychotherapy she replied that she had a feeling that he had gained something and that it had helped him. The husband had not taken on a personality but had learned to listen to himself and feel himself (04/l. 153–154). The wife of P 02 agreed with him that their communication had become better (04/l. 74–80) and that his son had gained importance: "I realised how important J. [son] became for him. What a big significance this boy became. This was very striking. [...] I believe it [family life] gained importance" (04/l. 95–98). Furthermore, she noted that in social gatherings her husband was still the calm, quiet person, but that he showed more initiative in the core family. In conclusion, it has to be mentioned that she clearly saw benefits of the therapy but that she, as well as her husband, attributed the changes not only to the therapeutic intervention but also to the "on-the-edge-experience" of having cancer (04/l. 85–90 & 206–210).

Participant 03 was the only interviewee able to report about both experimental conditions. In the first trial he took the active placebo of 20 μg of LSD, then decided that he had already invested a lot of time and wanted to persevere with the verum dose of 200 μg of LSD. In his long history of disease, therapies and medication, suicidal thoughts were the initial reason to start LSD-supported psychotherapy. In general he experienced the placebo as disappointing with good conversations, nevertheless. His two sessions with the verum dose varied in content: the first was very dark and death-centered, the second very light and relaxed. P 03 did not have a concrete idea how the effects of the therapy evolved, but was sure that the substance changed the therapy and added value. Recalling the changes noted during and after the course of the therapy, he mentioned that he had to take less medication and suffered fewer migraine attacks for a certain period of time. His attitude towards the

medication ameliorated and he coped better with the stress and pain (first noted by the secretary). Furthermore, a change in the relationship to his parents was noted. His wife and children gained importance, he realised that his professional work should not be more important than his family. The personally rated quality of life increased a lot due to the absence of suicidal thoughts after the therapy. In daily life he uses the music played during the session as a new resource for relaxation. After interviewing P 03 the conversation with his wife took place. She told me that her husband had not worked within the last three weeks, due to his strong migraine. The migraine was a challenge for the whole family and dominated daily life, especially in autumn and winter when the attacks became more frequent and heavier. Asking her about how she perceives the situation for herself she said: "There are difficult times and there are also easier times. But in this phase in which he is now, it is always difficult" (05/l. 156–157). When starting the LSD-assisted psychotherapy her husband was in a similar situation, desperately waiting for the therapy to begin to maybe find the relief he was looking for. To quote her:

> It was in autumn and at that time his migraine is always simply the worst. We were really waiting for the appointment. We had the feeling, it would be successful it would really provoke a change and so on. And afterwards he went to the study, he did therapy and it was this blind-study [meaning placebo] where he first ended up. (05/l. 25–29).

She confirmed the statement of her husband, saying that it was a "big frustration" for him to receive the placebo (05/l. 50). "All the tautness was for nothing" (05/l. 53), hence during the placebo trial no changes were evoked. The second stage then followed, where verum doses of LSD were administered. She knew that he went through "tremendous fear" (05/l. 32) and talked about the death experiences, but did not manage to construe it. The wife herself never talked to the therapist and did not want to get involved because she was "at the limit" herself (05/l. 220–221). When asked if she had noticed any effects of the therapy she replied that her husband had had "to work on, to process" the first weekend-session and that he was quite tired but that there were no longterm changes (05/l. 65-66 & 81–82). According to her he did not have the feeling that it had helped him on (05/l. 59–60). She agreed that the suicidal thoughts had disappeared but could not remember if this was contemporary to the LSD-assisted psychotherapy (05/l. 98–103). Besides this change, no other transformations

were noticed: Her husband did not change in his personality, their partner relationship went on as usual, his daily behavior did not modify and she did not have the feeling that family had become more important to him (05/l. 110–112, 69–72, 210 & 176-177). Towards the end it became clear that she views the therapy "only as a study", which was not long enough to be considered as therapy. Additionally she mentioned that she could imagine that with "one or two sessions more something would be released or solved" (05/l. 251 & 167–168).

6.2 Results from the quantitative questionnaires

To complete the results with evidence from quantitative data, the questionnaire scores from each participant will be presented next. As mentioned above, quality of life measured with the GHS sub-scale of EORTC-QLQ-C30 and anxiety measured with STAI were employed as primary outcome measures during the study. The most accessible way to picture the course of quality of life and anxiety is through the use of diagrams, which will be included for each participant. To see if the occurrence of peak experiences (described in Chapter 2) measured by PEP is crucial for the outcome of the therapy, these scores will be presented as well.

Even though a time schedule (see Figure 4.1) of the study has been presented in Section 4.1.1, I will now include a line-out of the points of measurement which should facilitate the interpretation of the diagrams. First measurements of both quality of life and anxiety were taken during the third visit and serve as the baseline. The second point of evaluation was fixed at visit number 6, which is *before* the first drug-assisted session (verum or placebo). During the ninth visit, shortly *after* the first drug-assisted session, a third questionnaire was completed. The fourth score was measured during the twelfth visit, shortly *after* the second drug-assisted session (placebo or verum). The last questionnaire was completed during the follow-up (visit number 14), approximately two months after the last drug-assisted session. During this visit the blind was broken and participants who had received the placebo were offered the opportunity to continue with verum doses. This was the case for Participant 03. The follow-up measure served as a baseline for the second stage with verum doses of LSD. During the 19^{th} and 22^{nd} visit, *after* the first and second LSD verum sessions another questionnaire was filled out. The very last measure was taken during visit number 23, the follow-up meeting of the verum trial.

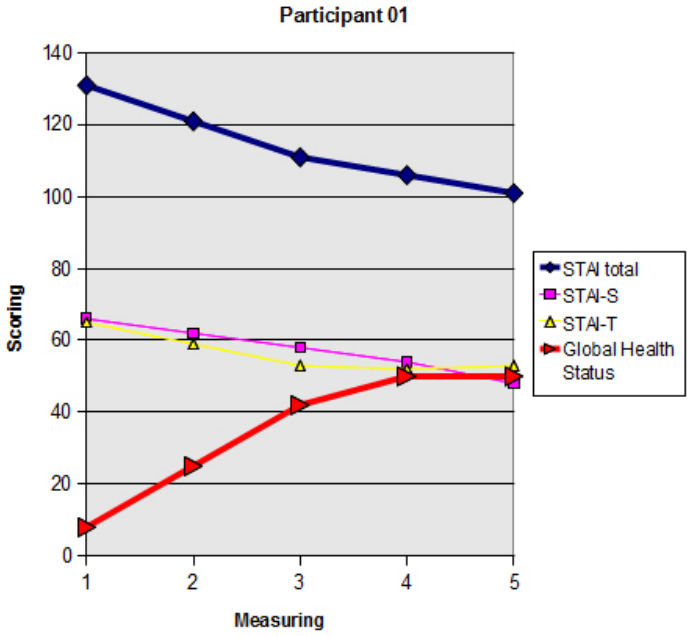


Figure 6.1. STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 01

Participant 01: As pictured in the diagram, STAI scores for P 01 dropped continuously throughout the course of the study, starting with a $\text{STAI}_{\text{total}}$ value of 131 (baseline) and ending with 101 points in the follow-up examination. Nevertheless his score was never low enough to call it clinically insignificant (cut-off $\text{STAI}_{\text{total}} = 80$). Taking a closer look at the EORTC-QLQ-C30 results, quality of life increased steadily. A rise of 17 points was documented right after the first therapy session (from 8 to 25) and after the first LSD-supported verum session (from 25 to 42). In the follow-up measurement P 01 maintained a score of 50. This signifies an overall increase of 42 points and is very close to the reference value for male individuals with gastric cancer, whose mean lies at 53. 1 (?, ?). P 01 is the only interviewed person indicating a high score in the peak experience sub-scale of PEP. After the first LSD-supported verum session he reached a score of 4.31 (4 =“strong”) and after the second a score of 3.62.

Participant 02: First, it has to be mentioned that no data for the third point of measure (visit number 9) is available in the case of P 02. Questionnaires were not completed. Therefore the development from visit number 6 (before the first placebo-assisted session) to visit number 9 (after the first placebo-assisted session) is unknown. His level of anxiety as indicated in the $\text{STAI}_{\text{total}}$, decreased continuously from 124 (baseline) to 71 (follow-up), which is below the cut-off value of 80. His quality of life rose simultaneously from 17 (baseline) to 75 (follow-up),

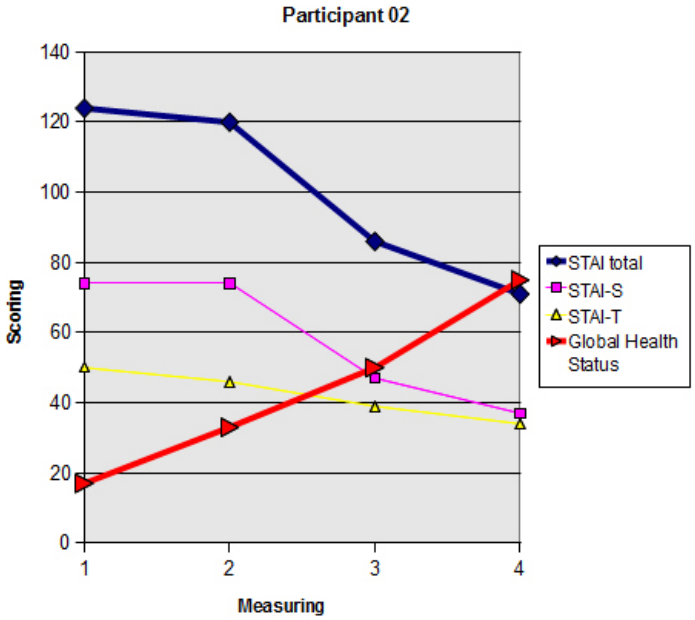


Figure 6.2. STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 02

which is above the mean of 71. 2 (SD=22. 4) for the general population (?, ?). When one takes into consideration that P 02 received placebo doses, sub-scale outcome values for the peak experience are not surprising. A score of 0.71 was determined after the first LSD-supported placebo session and after the second a score of 0.22.

Participant 03: The course of P 03's therapy can be divided into placebo and verum trial. His level of anxiety did not alter significantly during the entire course of the study. A score of 110 was evaluated as baseline, slightly decreasing to a last score of 104 in the follow-up measure after the verum trial. The most significant change in the score took place after the second LSD-supported verum session: anxiety increased from 118 to 102. Equal to Participant 01, the anxiety level stayed above the clinically significant cut-off value. EORTC-QLQ-C30 measures started off with a score of 33, remaining stable until after the second placebo-assisted session, where it dropped to 8. In the first follow-up session (also baseline for the verum trial) quality of life had recovered and rose back to 25 points. After the first LSD-supported verum session the score more than doubled to 58, even though it dropped to baseline (33) in the last follow-up questionnaire. No reference values for a male population group suffering from migraine were found. Analyzing results from the PEP, scores of 0.69 and 0.77 were attained during the placebo trial. In the verum stage P 03 reached scores of 1.86

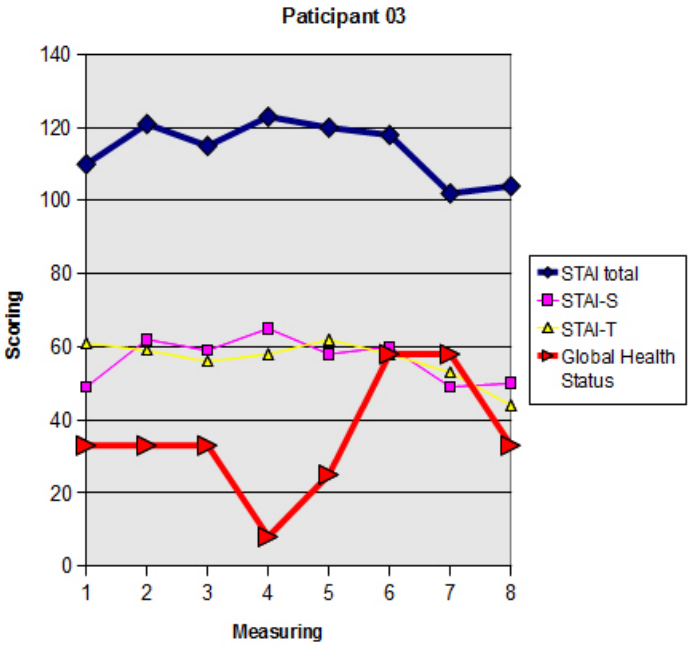


Figure 6.3. STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 03

(first verum session) and 2.15 (second verum session). The numeral value 2 signifies "slight" if put in words.

The goal of this chapter was to present the results from the qualitative interviews and selected results from the questionnaire data. An attempt has been made to depict all the information from the interviewed study participants and their partners in the most objective way possible. This enables the reader to get an impression of the experiences, opinions and scores of the three interviewees, coupled with some statements from their wives. We can now proceed to discuss these findings in order to put forward the answers to the research questions.

Chapter 7

Discussion

This paper intends to shed light on the therapeutic effects and changes in attitude and behaviour evoked by LSD-supported psychotherapy. The presentation of three case studies from one single investigation cannot be used to draw general conclusions about frequency or regularity of the results. Instead, they enable the reader to understand the personal sphere of experience of the participants and allow first insights into the possible mechanisms of action and influencing factors in LSD-supported psychotherapy from the perspective of those persons whose benefit is a crucial outcome measure. The subjective view of the participants was complemented by an additional perspective from a significant other. This additional information and the results from the questionnaires can be used as indicators for possible contradictions and complementation. The validity of the results presented in this thesis is guaranteed through the application of rules as demanded by the QCA. Furthermore citations of the interviewees were included to complement the development and legitimization of the categories.

Despite the limitations deriving from a very small sample number, quantitative data has been added. It would be invalid to imply causal relations or significance of the changes between measurement points or groups. The scores of each participant still indicate their personal development of anxiety and quality of life, hence the questionnaires themselves are valid and widely-used instruments of evaluation. Before discussing the findings presented in Chapter 6, limitations of this thesis have to be faced. Probably the most severe restriction comes from the small sample number. Because this thesis is connected to a still running

study, the number of interview partners was limited to those who had already finished the trial(s) at the time of the interviews. The consequences of a lack of generalization and the impossibility of meaningful interference statistical statements have to be accepted at this point. A future evaluation of all twelve study participants would help to solve this problem and allow more powerful conclusions.

Another question that arose during the writing process is how strongly affected were the participants by the illness at the moment of the interviews. As we will see later on, disease is an extra-therapeutic factor, which has an undeniable influence on the outcome of the therapy. Out of three interviewees, two suffered from cancer, which, at the time of the interview, had already been successfully treated. This fact might have influenced the retrospective memory of the participants regarding the therapeutic process or the impact of the illness at the time of therapy. This complication is not explicitly a problem of this study but of any research dealing with people whose course of disease cannot be controlled.

A last aspect that should briefly be reflected, is the conventional psychotherapeutic interventions P 01 and P 03 underwent simultaneously to the LSD-assisted psychotherapy. This fact could be a target of criticism, when assuming that the positive changes could have been induced by conventional psychotherapy and not by LSD-assisted psychotherapy. It had to be accepted that the two participants already were in psychotherapeutic treatment when applying for the study. We simply have to believe P 01 and P 03 that both therapies did not influence each other and that both men were able to distinguish between the effects provoked through LSD-supported psychotherapy and conventional therapy. In case of P 03 the duration of the conventional therapy without any breakthrough helps us to consider the transmogrifications as effect of the LSD-assisted psychotherapy. Nevertheless, all doubts cannot be extinguished in an empirical way and have to be accepted at this moment.

Based on the findings presented in Chapter 6, I shall now continue the discussion of the aspects highlighted in this paper and try to complement them with knowledge from previous studies and literature. As mentioned above, on should bear in mind that this work has an exploratory character, which pays reference to the fact of writing about a pilot study and employing qualitative techniques. First, the field of mechanisms of action in LSD-assisted psychotherapy will be analysed in order to explain, in a second step, the changes and experiences of the participants. I will then discuss the transference into daily life and

the possible ways to maximize the benefit of the psychotherapy.

7.1 Mechanisms of action

The following factors were identified (with the help of QCA) as having an impact on the change processes triggered by LSD-supported therapy. The specific results from the interviewed participants will be linked to findings from literature and research. One should keep in mind that these categories stem from interviews with persons affected by a life-threatening disease. The intention was always to understand their personal view of mechanisms of action and to compare it to a scientific perspective. To give an example of the possible discrepancy between the perspective of the interviewees and the scientific viewpoint, we will focus on one statement made by P 02. During one of the placebo sessions, P 02 had a hallucination of threatening eyes coming out of the floor (as described in Section 6.1, category h). He attributed this perception to the peace and calm during the session and not to the effect of the drug [1], as any scientist or professional working in the field of psychedelics would do. This example shows the subjectivity of the answers and how they can be founded on knowledge, expectations or attitude. The following modes of explanation do not lay claim to completeness when identifying all possible mechanisms of action, but serve to illustrate the findings made with the participants.

a) Extra-therapeutic factors

As is known from a study by Lambert (1992) and scientifically acknowledged (cf. Hubble et al., 2001b), extra-therapeutic factors, which are defined as all influences deriving from the personality and environment of the participant, such as fortuitous events and ego strength, are responsible for 40% of the effectiveness of psychotherapy. In our case not all of these possible factors were explored during the interviews, but as presented in the results, the illnesses of the interviewees have been explicitly mentioned to be an important, uncontrolled and uncontrollable extra-therapeutic factor. We have seen that especially in case of the two cancer patients (P 01 & P 02), diagnosis and course of disease played a major role for their mental and physical condition. P 01 and P 02 clearly stated that both disease and psychotherapy evoked changes in their life. As a consequence, it was difficult for them

[1] 20 μg of LSD, as in the active placebo, can evoke perceptual hallucinations.

to attribute transmogrifications in certain areas solely to cancer or solely to LSD-assisted psychotherapy. In the case of P 03, the situation is different: He has been suffering from migraine for 25 years. Therefore the diagnosis and the shock that comes with it occurred a long time ago. According to him the course of the migraine has not altered very much lately, even though his attacks have become more frequent throughout the years and have started to manifest a seasonal pattern. So far no therapeutic or medical intervention has freed him from suffering. Due to this long experience and confrontation with his continuous disease, he was able to discern changes in a more certain fashion. This and the fact that he underwent both placebo and verum trials permits us to distinguish between effects caused by the substance and effects caused by other therapeutic mechanisms.

One possible method of obtaining more information on the impact of the illness could be by correlating results from the Visual Analogue Pain Scale (VAPS) and the EORTC-QLQ-C30. VAPS is a daily pain diary used in the study, conducted by Gasser. Even though illness means more than pain, first correlations might be discovered and lead to a deeper understanding of the role of disease in LSD-assisted psychotherapy. Due to the restricted frame of this paper and the small sample number, a meaningful evaluation of the proposed analysis has not yet been possible. Disease is the only extra-therapeutic factor mentioned by the interviewees which could influence the trials. Nevertheless, job loss as in case of P 02 and job insecurity as in case of P 01 were mentioned during the interviews and might have had an influence on the course and outcome of the LSD-assisted psychotherapy as well.

b) Motivation & expectations

All three participants have had very different motivations and expectations related to LSD-assisted psychotherapy, which cannot be unified. P 01's motivation was to "help himself" and he anticipated an "incisive experience" in which he could "sense towards the within and loosen blockades" (01/l. 409–412 & 850). This positive expectation is likely to have triggered a *self-fulfilling prophecy*, helping to lead to a beneficial therapy outcome. The concept of *self-fulfilling prophecy*, derived from the *Thomas theorem* [2], states that the perception and the meaning attributed to one situation and not the situation itself influences behavior (Merton, 2000). Transferred to P 01, the process could be described as follows: He expected and therefore perceived the situation in a positive manner, which led to beneficial behaviour

[2] "If men define situations as real, they are real in their consequences.", (Thomas & Thomas, 1928)

during the sessions of the psychotherapy. This in turn favored a positive therapy outcome.

In the case of P 02 it is not evident how and if motivation and expectation played a major role for the results of the psychotherapy. His wife indirectly suggested therapy, which might be considered as an extrinsic motivation for him. When asked, P 02 did not have any expectations about the outcome, which could have influenced him. The positive course of his therapy could be explained in a different way: The reduction of anxiety and the increase in quality of life quite at the beginning, might have led to an increase in his motivation and might have influenced the therapy in the sense of Veith (Veith, 1997). Veith postulates that motivation *during* therapy has greater importance than motivation *before* therapy. If a person becomes confident that the therapy will help, the therapeutic process and its results will improve. This explanation would fit the case of P 02. On the other hand Veith's theory signifies that if a person shows no confidence, it might slow down the therapeutic process. With this knowledge we turn to P 03. He agreed to undergo LSD-supported psychotherapy because he was desperate to find help. His motivation and expectation could be summarized as trying to ease the suffering from his migraine and his suicidal thoughts. When he received the placebo, he was very disappointed. At this point we have to make a short insertion. The study design is a double-blind placebo controlled trial with an active placebo of 20 μg of LSD. This signifies that the therapist-investigator and the patient do not officially know if placebo or verum doses were given until the blind is broken in the last follow-up session. In case of LSD it is even easy for a layman to realise if one took 20 μg or 200 μg of LSD. The active placebo can evoke changes in perception, as we have seen in case of P 02, and physical effects, but not to an extend that it could be taken for a verum dose of 200 μg. Due to ethical guidelines the participant has to be informed about possible effects and consequences of LSD intake and he therefore has an idea about the intensity and strength of an average LSD experience. Thus we can believe P 03 when he said that after 30 minutes he was sure of having received the placebo. His disappointment can be explained when looking at his therapeutic record. He had already tried conventional psychotherapy with limited success and probably projected all his hopes on the effects of the substance. According to Grawe (1994), *positive induction of expectation*, which signifies the belief in the effectiveness of the therapy, contributes 15% to its success. One should not forget that Lambert (1992) as well considers expectancies responsible for 15% of positive changes. We can now only speculate if this *positive induction*

of expectation, which was obviously lowered in case of P 03, merely influenced the course of the therapy during the placebo trial or during the verum trial as well and might therefore have lessened the success of the intervention. If we employ the postulate of *positive induction of expectation* to P 02, it can be supposed that the fact that the LSD-assisted psychotherapy was his first psychotherapy, helped to increase his belief in the effectiveness of psychotherapy in general. No negative experiences or examples of comparison with other psychotherapies, which would have given him a reason to doubt the effectiveness of the therapy, were available. Grawe's explained mechanism enables a first idea of how to interpret the differences between P 02's and P 03's course of anxiety and quality of life during the placebo trial.

c) Substance-specific effects

To comply with modern scientific research standards, a control group receiving placebo doses of 20 μg of LSD was included in the study the interviewees participated in. This fact allows us to distinguish between effects caused by the substance and those, that had to be provoked by factors, which can be found in conventional psychotherapy as well. These factors, which are independent of the type of psychotherapy, such as extra-therapeutic variables, effects of expectancy and so called common factors (explained later on) contribute 85% to the effectiveness of psychotherapy. For the remaining 15%, school-specific techniques (those factors distinguishing, for example, psychoanalytic from behavioural, humanistic or any other type of therapy) (Lambert, 1992), in our case, the administration of LSD in a therapeutic frame and the use of Grof's therapeutic paradigm, are the cause. ASC, including their therapeutic potential, induced by LSD may also be regarded as school-specific. The question about the specific potential of LSD in the effectiveness of psychotherapy is crucial for the approval and legitimization of LSD-assisted psychotherapy.

In the case of P 02, no or very slight substance-specific effects were apparent because he had received only placebo doses. This means that the astonishing improvement in quality of life and anxiety had to be caused by factors others than the substance. These might be the already mentioned extra-therapeutic variables, the effect of expectancy or the impact of the common factors, which will be discussed later on. Here, substance-specific effects as experienced by P 01 and P 03 will be analysed. The insight gained through P 03 enables us to compare the effects of LSD-assisted psychotherapy with placebo doses to those with verum doses on an intra-personal level. In case of P 03 we can remember his statements

that during placebo trial, conversations were helpful, but that a change in values and suicidal thoughts only took place after verum trials. P 03 ascribed this transmogrification clearly to the psychotherapeutic intervention with LSD verum doses, hence no significant changes in the course of his migraine (extra-therapeutic factor), his expectancies or the therapeutic relationship had taken place. LSD is known to enable new self-realization and as P 03 said, he became aware "that there is something else in life" (03/l. 232–235). This can be considered a typical effect of the substance and explains the stopping of the suicidal thoughts. As a consequence, this indicates that the effects of LSD are relevant for inducing therapy-related change.

Before we continue to examine the therapeutic potentials of ASC, we should clarify if ASC, were reached during verum trials. The descriptions of the LSD experiences, given by P 01 and P 03 fit perfectly into the categories of ASC as proposed by Dittrich (see Section 2.1). The description of the pleasant, comforting experience P 01 gave would be part of Dittrich's category of Oceanic Boundlessness (OSE). P 03's death-centered experience belongs to the category of Dread of Ego Dissolution (AIA). According to Hofmann (1996) the therapeutic potential of ASC lies within its capability to enable a better or different view on personal problem circles. Changed perspective and new personal insights are rendered possible, as it was the case with P 01, because ego-boundaries are dissolved during ASC. During an ASC he became aware of his unsatisfying social situation as a problem circle and was able to express his sadness through words and crying. The LSD induced the ASC, in which the new self-awareness was enabled. The capability of self-perception and self-reflection indicates according to Leuzinger-Bohleber et al. (2001) a successful psychotherapeutic intervention. LSD has the specific potential to increase both self-perception and self-reflection, because it facilitates access to a state of consciousness, which differs from normal waking consciousness and therefore allows new insights about the Self. As we have seen in Chapter 6, P 01 described the processes during the ASC as an "inner transformation" and "inner experiencing" which "makes therapy richer" (01/l. 540–542). "The intensifying of the senses" and "the establishing of a relationship to everything alive" (01/l.) can only be experienced in an ASC and trigger a process of self-realization which is unique to LSD-supported psychotherapy. These examples confirm the existence and the potential of ASC, evoked through LSD, during the psychotherapy of the participants.

In a study in 1967, Richards (in Grof & Halifax, 1980) came to the conclusion that substance-assisted psychotherapy showed better results for people having experienced a peak experience (see Section 2). The role of peak experiences as measured with the PEP could not be confirmed with the three participants. Out of the two participants who received full doses of LSD, only the scores of P 01 indicate a peak experience. His therapy results are nevertheless not significantly better, worse or longer lasting than those of P 02 and P 03. According to Grof (2000) the intention of the therapist influences the LSD experience as well. Therefore one should also ask if it was part of the therapeutic plan to reach such a peak experience. From personal communication with Peter Gasser it is only known that an "ego-experience" was envisaged. For detailed information about the intention and motivation of the therapist, an in-depth interview would be needed. Another detail, which leads us to suspect that peak experiences were not a main goal during the study is the dosage. Even though peak experiences can occur when taking 200 μg of LSD, typical doses used to induce psychedelic peak experiences contain around 400 μg (Grof, 2000; Hofmann, 1996). During the interviews the participants' opinion about the role of peak experiences was not explored sufficiently, thus we are dependent on the quantitative data from the PEP. To discover possible correlations between peak experiences and change in anxiety or quality of life and interpret them in a meaningful way, the still ongoing study has to be finished first. Then the number of data needed for an interference statistical conclusions will be met.

More general mechanisms of action related to the substance (as introduced in Chapter 4) were confirmed by P 01 and P 03. Both persons taking verum doses stated that the use of the substance increased the value of the therapy in a way that was difficult to explain. This ineffability is a typical component in the LSD-experiences and has been described by Pahnke (see Section 2.1). Because these experiences take place in another state of consciousness it is very hard to capture them in a scientifically acknowledged language, which consists of words and terms coined in the normal waking consciousness. Still, this switch in states of consciousness enabled the participants, for example, to accelerate as well as facilitate the access to their emotions. This is in accordance with Benz (1989) and Jungaberle and colleagues, who at the same time remind us that LSD can only function as "a mediator of therapeutic success" (Jungaberle et al., 2008a, p. 29). Considering all the statements above we can conclude that LSD as a substance has an impact on the course and the outcome of

psychotherapy.

d) Therapeutic alliance

In this section I will discuss the role of the therapeutic alliance during the LSD-assisted psychotherapy. As we have seen during the interviews, all three study participants considered the therapeutic conversations with the therapist as helpful conversations. The interviewees furthermore mentioned that the therapists were "good people" (03/l. 148) with whom they felt safe. P 02 stated that the knowledge that he could call the therapist any time, even now after finishing the trial, already helped him. This can serve as a further indicator of the crucial role of the therapeutic relation and confirms that this relation was established during the therapy study. Comparing these findings to evidence from literature we find that the importance of the therapist and the therapeutic alliance can hardly be overestimated (cf. Garfield, 1992). Orlinsky and Howard (1986) even concluded that the quality of the therapeutic relation as it is seen by the patient constitutes the most influential factor regarding the results of the therapy. Lambert (1992) holds the concept, which he calls common factors[3]and that describes technique-independent variables, such as empathy, warmth, acceptance and encouragement of risk taking, responsible for 30% of the improvement in psychotherapy patients. According to the author these factors

> provide for a cooperative working endeavor in which the patient's increased sense of trust, security, and safety, along with decreases in tension, threat, and anxiety, lead to changes in conceptualizing his or her problems and ultimately in acting differently by refacing fears, taking risks, and working through problems in interpersonal relationships. (p. 104)

Combining these facts with knowledge from substance-supported therapy research, where it is said that a strengthening of trust is promoted through the use of LSD (Jungaberle et al., 2008a), we can assume that the therapeutic alliance played a major role in evoking changes or improvement during the course of the study and was increased by the use of LSD.

e) Study design

It is quite daring to include the study design as a mechanism of action, but in a broader

[3]Hubble et al. (2001b) use the term *common factors* to summarize four mechanisms of action: clients/extra-therapeutic factors; factors of relationship; placebo, hope, expectancy and model or technique-specific factors.

sense it could be considered as part of the setting, which is already known to influence the course of psychotherapy. Several statements during the interviews could lead us to believe that the design could have had an impact on the outcome of the psychotherapy. When talking about study design here, two aspects should be taken in consideration. The first is the frequency and regularity of the therapy sessions. The second is the design of the therapy sessions, which, within the framework of a scientific pilot study, is also implicated when talking about study design. During the interviews a feeling arose that at least two of the interviewed participants considered themselves more as being part of a study than a recipient of a therapy. P 03, for example, explained that because of all the time invested in questionnaires and medical examinations during placebo trial he wanted to continue with the verum doses. He also mentioned that the second placebo session was held as well because the study design demanded it. From the context, the way of expressing it (as noted in the post scriptum) and the comments of the wife, who saw her husband as part of a study as well, one can suppose that this mindset, which views the demands of the study as a burden, had a negative influence on the process and outcome of the therapy. As we have seen above, expectancies play an important role for the benefit attributed to psychotherapy. The context of a study with its rather short duration of therapy (approximately two months for one trial excluding the follow-up meeting) and quite a considerable amount of time invested in filling in questionnaires might influence the therapeutic process. Evidence that the number of psychotherapy sessions (1–26 sessions) correlates with the improvement of the dysfunction was brought by Kadera, Lambert, and Andrews (1996). If we summarize these facts we can conclude that the results gained during this pilot study definitely allow valid conclusions about the safety of administering LSD in a therapeutic frame, which is one goal of the study. Furthermore first correlations between LSD-supported psychotherapy and levels of anxiety as well as quality of life can be discovered and even compared to the control group. But due to the scientific frame, which is undeniably important to foster future research in this area, the entire potential lying in substance-assisted psychotherapy might not have been fully tapped. Had the LSD-assisted psychotherapy been carried out under true therapy conditions and not under study conditions, the wish of P 01 to have more regular sessions distributed over a longer period of time would probably have been fulfilled. The frustration felt by P 03 of undergoing two placebo sessions would have been avoided, not forgetting the time schedule which could have been adopted to the patient's need for handling and integrating

the experience into daily life. The possibility of longterm changes, the focus of this thesis, rises with the scheduling of LSD-assisted therapy sessions at regular intervals (Jungaberle et al., 2008a). Once again it should be emphasised that the need for placebo-controlled double-blind pilot studies at this stage is obvious and will benefit all future patients, who will be able to profit from this technique. One simply must bear in mind that therapy conditions which are adapted to the patient's need are likely to produce even better results.

7.2 Changes

After discussing the possible mechanisms of action to trigger change in attitudes or behaviour during psychotherapy, we can proceed to look at the more concrete consequences of these mechanisms. The areas of change as noted by the participants will be discussed here. Beforehand, one main challenge has to be faced: the definition and measuring of behavioural change caused by psychotherapy. At first sight it seems that there is less trouble evaluating transmogrification with quantitative tools than with qualitative tools, because scores of valid questionnaires are objectively comparable.[4]

To measure change in a qualitative sense, we have to rely on the information from the participants, who actually are the best and most trustworthy, but "non-standardized", source available.[5] They know best what happens in their lives, as well as if and how certain aspects change (Corbin & Strauss, 2008). One factor that varies with each person and that might complicate comparison is the personal and situational disposition of introspection and self-focus[6] (Govern & Marsch, 2001). The noticing and reporting of changes may depend on the personal level of awareness towards oneself and others, and has to be accepted as a consequence of human differences, which has not been measured or controlled throughout the study. Since the capability of self-perception and self-reflection is considered as an indicator of successful psychotherapy (Leuzinger-Bohleber et al., 2001) and an area especially susceptible

[4]Problems of analyzing and interpreting quantitative data cannot be discussed thoroughly here. The interested reader may be referred to the book "Interpreting quantitative data" edited by D. Byrne (2002) or to the more specific article about measuring clinically significant change in psychotherapy by Jacobson and Truax (1991).

[5]The problems resulting from retrospective data have already been explained in Chapter 5.2.

[6]Self-focus comprises the concept of self-awareness, which refers to situational self-focus and the concept of self-consciousness, which refers to the dispositional aspect of self-focus (Govern & Marsch, 2001).

to LSD-assisted psychotherapy, the Self-Consciousness Scale (SCS)[7] developed by Fenigstein and colleagues in 1975 might be a useful tool to discover possible correlations between self-consciousness and reported change in future research.

But how do we define change? During the interviews the participants and their wives were asked several times if they noticed any transmogrifications in certain areas of social relations, personality or daily life. The aim of these questions has been the exploration of differences between the personal condition before and after the LSD-assisted psychotherapy. Therefore we use the term *change* to describe the process of becoming different due to a therapeutic intervention with its specific and non-specific mechanisms of action. Hubble, Duncan and Miller (2001a, p. 292) comment that "change itself is a powerful extra-therapeutic factor, which influences the lives of the clients before, during and after the therapy". They refer to the alternation of good and bad days, symptom-free periods and non-symptom-free periods, which evidently has an impact on the therapeutic process itself. I agree on this view, but for the evaluation and discussion of the results, focus is laid on the aspect of change as a process.

a) Anxiety

Anxiety has been explored in two ways. We have the information from the qualitative interviews about quality and content of the anxiety felt by each interviewee, and the quantitative comparable data obtained from STAI measures. Content and quality vary from person to person and have to be discussed separately. The intensity of anxiety as measured with the questionnaire, though, decreased in all three participants. Interestingly those receiving verum doses did not drop under a clinically insignificant level of anxiety, whereas P 02, solely receiving placebo doses, did. This proves that mechanisms other than the substance affect the course of anxiety. If we turn to the interviews we find that P 02 mentioned the common factors, for example, conversations with the therapist, as an important aid in dealing with his anxiety. This cannot serve as entire explanation since we assume that the therapist's professional attitude and his way of communicating, constituting a considerable amount of what is

[7] "The traits of public and private self-consciousness are usually quantified using the public and private subscales of the Self-Consciousness Scale (SCS) developed by Fenigstein et al. in 1975. This scale has been demonstrated to be relatively reliable (Fenigstein et al., 1975), to have both discriminant and convergent validity (Carver & Glass, 1976; Turner, Scheier, Carver & Ickes, 1978), and to be applicable to a variety of cultures (Heinemann, 1979; Vleeming & Englese, 1981; Nystedt & Smari, 1989; Shek, 1994)" (Govern & Marsch, 2001, p. 367).

called common factors, demonstrates integrity and does not change entirely with each client. Nevertheless the therapist has to adapt to the character of the clients, here the three participants, who also affect the behaviour and the mode of communication of the therapist, since the therapeutic process is not constituted by the mere influence from one person (therapist) on another, but appears as a social situation, where both counterparts interact (Garfield, 1992). Extra-therapeutic variables, such as the course of the disease and the job situation, are in case of P 02 also likely to have supported the loss of anxiety. The improvement in the anxiety level of P 02, who only received placebo doses, is astonishing in its extent but not as such: The placebo condition still is a minimal intervention, not to confound with, for example, a waiting group, where no therapeutic intervention takes place at all.

The existential anxiety experienced by P 01 decreased according to STAI scores and the interview. During the interview P 01 expressed that he was not able to attribute this change to solely one factor and supposed that all three—successful surgery, LSD-assisted psychotherapy and recovery—had had an impact. In his case, the improvement reflected by the dropping scores corroborates with the statements from the interview, where I failed to get detailed information about the quantity or intensity of the amelioration in anxiety. The decrease in anxiety due to substance-supported psychotherapy goes in line with findings from preliminary research and case studies (cf. Grob, 2007; Grof et al., 1973; Mc Glothlin, 1969).

One issue that is not fully understood and needs to be discussed is the divergence between STAI questionnaire scores and the information from the interview with P 03. P 03 stated that his fear of uncontrollable suicidal thoughts had diminished after LSD-assisted psychotherapy with verum doses. The difference between the questionnaire results, which did not improve much, and the information from the interview cannot be explained with certainty. The most plausible explication seems to be the discordance of the concepts. The items in STAI measure anxiety as a general personal construct. Items like *"I am satisfied"* or *"I lack self-confidence"* do not aim at discovering or reflecting the fear of uncontrollable suicidal thoughts. Therefore the results from the questionnaire and the interview, which appear at first sight contradicting, are both likely to represent different, but valid aspects of anxiety as felt by P 03. The loss of suicidal thoughts after verum sessions as reported by the participant and his wife (even though she was not sure about the timely correlation) can be understood as an increased will to live, which has also been detected in earlier investigations conducted by Grof et al.

(1973). Considering the type of P 03's LSD experiences (see Section 6.1, category e), which show many similarities to the perinatal matrices as described by Grof (see Section 2.1.3), this change in attitude (P 03 referred to it as anxiety) is not surprising (Grof, 2000).

b) Quality of life

The results regarding quality of life convey a clear message in the case of all three interviewees. When asked during the interviews how they would rate their quality of life, both before and after LSD-assisted psychotherapy, all three men concluded that the quality had improved after therapy. This was confirmed by the scores measured in the EORTC-QLQ-C30, where the participants' level showed a steady increase throughout the therapy. Solely P 03 dropped back to his baseline value in the follow-up examination. Neither the reasons for his drop in the EORTC-QLQ-C30 value after the second placebo session, nor the incisive rise of the score after the first verum session have been explored. We could speculate that the decrease is related to the disappointment of P 03's expectancies after the second placebo session, where according to him no change was evoked. The increase of the score and its maintenance after the first and second LSD verum session could be associated with the effects of the substance. This hypothesis can be backed, firstly, with the results from P 01, which show a similar development and secondly, with findings from Griffiths and colleagues (2008), who discovered in a recent study an increased satisfaction of life and well-being after the administration of high doses of psilocybin. Psilocybin is known to produce similar effects to LSD, which allows us to draw such a conclusion.

c) Personality, values & attitudes

In earlier research about LSD-assisted psychotherapy, the field of personality, values and attitudes has proved to be very susceptible to changes. We can confirm this with the data from all three interviewees. The noticed transformations can be summarized as the participants now being more relaxed in the sense of not taking themselves to be so important and not getting upset as easily. The interviewees furthermore mentioned that material values had lost importance. Exactly the same changes were observed in a study by Mc Glothlin et al. (1969). They found that 33% of the study participants, receiving 200 μg of LSD, and 4% of the control group, receiving 25 μg of LSD reported a tendency to not take themselves so seriously. 38% of the verum group and no one from the control group stated that they were less easily

disturbed by frustrating situations. A less materialistic attitude was noticed by 29% of the verum group (McGlothlin et al., 1969). First results from our interviewees seem to indicate a higher percentage of persons with transformations in this area. The divergence might be explained with the impact of the disease. In the investigation conducted by Mc Glothlin and colleagues, the study group consisted of healthy college students, not suffering from any life-threatening illness. Further research comparing healthy subjects to persons suffering from a life-threatening disease may shed light onto the specific mechanisms of action involved in changing personality, attitudes or values.

So far disease has been discussed as an extra-therapeutic factor in the Section "Mechanisms of action". Even though the disease itself cannot be influenced by psychotherapy, the attitude towards it can. In case of P 01, after LSD-supported psychotherapy, the illness lost its place in the center of attention. For P 03 medication became easier to accept. These types of changes have been described in Section 4.1 and Section 4.2 and can be found, for example, in studies conducted by Grob (2007) or Grof (1973). Again, to define the proportions each mechanism of action contributes to the changes, would be mere guess-work. With the information available to us we can only assert that LSD-assisted psychotherapy belongs to the class of therapies that are able to affect personality, values and attitudes. Triggering these transformations is definitely one aim of psychotherapy (Hubble et al., 2001b). The specific role of LSD as a substance is crucial here. As explained earlier, LSD has the unique potential to raise novel insights, self-reflection and self-awareness, which are characteristic for change processes and important for a successful therapy outcome (Leuzinger-Bohleber et al., 2001; House, 2007), in a faster and more intense way than conventional psychotherapy (Passie & Dürst, 2009). Obviously, the field of personality and values is especially susceptible to insights gained through self-perception, self-awareness and self-reflection.

d) Family & social relations

This subsection will provide a large proportion of the answers to the first and third research questions of this thesis. Are relationships influenced through LSD-assisted psychotherapy, as it was postulated in earlier studies? As we have seen, the ties mainly affected were those in the core families. The changes in interpersonal relations with co-workers or acquaintances as described by Janiger and Mc Glothlin (Janiger & McGlothlin, 1962) were not confirmed in our sample. Family life seemed to gain a higher priority after the LSD-

verum sessions of P 01 and P 03. P 01 said that he had tried to spend more time with his son. In the case of P 03 we do not know if the insight was followed by behavioural consequences. P 02 expressed as well that his son had become more important to him and that the relationship to his wife had also become somewhat closer. His spouse confirmed these transformations independently, even saying that she was "struck" by the importance their son had started to take in her husband's life. The couple attributed these transmogrifications to both disease and psychotherapy. On the contrary, the wife of P 03 did not notice any changes in their relationship or in her husband's attitude towards family life. This evokes the question about the independent variables of noticing change in a partner. We have to turn to findings from earlier studies to shed light on this issue. Ditman (1963) wrote that 42% of his study participants answered in the affirmative to the statement *"Improvement noted by person closest to me"*. In a study conducted by Savage et al., where the identical item was used, 64% of the participants came to the same conclusion (in Ditman, 1963). These values can only serve as a first idea of what to expect, because set, setting and dosage differed from the study conducted by Gasser. We do not yet know if the results after termination of the current study will show a similar percentage or not. Even if they do, a comparison might not be meaningful or valid, for the data in those preliminary studies was collected through peer evaluation, meaning that the participant estimated if the significant other had noted an improvement or not, whereas in our case the data was obtained through direct questioning of the significant other (self-rating).

The spouses' perception regarding possible changes in their partners differed widely. The divergence indicates that personal and situational traits, such as awareness and observation of or empathy with the social environment, play a significant role. We can support this assumption by adding that changes in the behavior of P 03 were noticed – not by the wife but by the secretary. As mentioned earlier, each individual has a certain capability and disposition to observe carefully the social environment.

The closeness of the relationship is very likely to have an influence as well, but this was not sufficiently explored during the interviews. The wives did not accompany their husbands to the sessions or talk to the therapist, which means that they were not as involved in the therapy, as it had been recommended or common during earlier therapy studies (Grof, 2000). This might have hindered their awareness of possible changes and made it more difficult to

perceive them. Regarding P 03, we can add two additional aspects which are helpful in understanding the declaration of his wife. First of all, during the interview she mentioned that she sometimes felt "on the edge" (05/l. 220–221) herself, which reduces the capacity to perceive attentively all the transmogrifications in her partner. Secondly, she has lived with the ups and downs of her husband's migraine for more than 20 years, which favors the assumption that only major transformations, such as the diminishing suicidal thoughts, were noticed.

It can be concluded that LSD-supported psychotherapy has had an influence on the attitude towards family life in all three participants. How strongly this changed perception is reflected in behavioural patterns cannot be said for sure. Two out of three participants gave examples of social behavior (for example, spending more time with the children) that had obtained a higher priority during the course of the psychotherapy. This finding corroborates with the results obtained by Grob (2007). The interviews with the partners of two participants help to create a second perspective and, more importantly, tell us if the transmogrifications in the area of family life, as they were reported by the participants, were noticed by them as well. On one hand we have the wife of P 02 confirming that her husband cared more about family and showed it in his behavior. On the other, we have the wife of P 03 who did not notice any change in attitude or behavior towards the family. This leads to the conclusion that the transmogrification is not necessarily noted by a significant other, especially if the changes in the partner's attitude are not expressed in their behaviour. Furthermore we can hypothesize that it also depends on situational and dispositional factors of the significant others if they are able to perceive transformation in their partner.

e) Job & general daily life

The professional career, which in the case of the interviewees has to be considered part of their general daily life, turned out to be quite an affected area. Not only the attitudes towards their job changed in all three men, but also behavioural aspects in this field seemed to be modified. The participants had now become less ambitious and regarded their job as less important. On a behavioural level, especially P 02, who works fewer hours a week and P 03, who is now able to simply leave the office when he feels sick, reported changes. In all three cases the decreased importance of the job was mainly compensated by a higher priority of family issues. An interesting aspect that was not sufficiently explored, because

it is not focus of this thesis, but still merits to be mentioned, is Grof's postulation about the connection of ambition and fear of death. Grof writes that from a psychodynamic point of view, excessive ambition symbolizes fear of death, which was surprisingly denied by all three interviewees (Grof, 2000). It can only be speculated that the unconscious fear of death among the interviewees was expressed through, for example, excessive job ambition. P 01 and P 03 directly talked about their great ambition regarding their professional life and that it had changed after the LSD verum trial. This information could be used to affirm Grof's observations and also to explain why fear of death was not an issue during the interview: the participants repressed it in their sub- or unconsciousness and were therefore not able to report about it consciously.

About other, more general fields of daily life, not much unitary was said, respectively, the statements were already discussed in sections such as "Personality, values & attitudes" or "Family & social relations". Before we analyse the transference of the obtained insights, knowledge and awareness into daily life, it is worth discussing the pain relief P 03 mentioned. As it was shown in Section 4.1, LSD is known to reduce pain in cancer patients for days to months. Recently, evidence that LSD (and psilocybin) can successfully be used as a prophylactic for cluster headaches has accumulated (Sewell, Halpern, & Pope, 2006). Cluster headaches are very painful, recurring headaches classified with migraines and mainly treated with sumatriptan. The pain as felt by P 03 fits into the classification of chronic cluster headaches. An analysis of case studies revealed that one single dose of self-administered LSD can induce remission of a headache period (Sewell et al., 2006). The statement of P 03 that he was able to reduce migraine medication for a certain period after LSD-assisted psychotherapy supports these findings. Further research under controlled study conditions has yet to be conducted to reaffirm these promising developments.

7.3 Transference into daily life

In a last step we will observe the transference of the insights gained during LSD-assisted psychotherapy into daily life. Several aspects of the changes in daily life have been discussed above. So far changes in attitudes and values have been emphasised. In this section the focus will be laid on the integration of the experiences made during LSD-assisted psychotherapy

on a behavioural level. The analysis will enable us to answer the second research question of this thesis concerning longterm changes.

First we should note how long the noticed transformations remained active. In order to analyse the maintenance of the new insights, we will recall the comments of P 01 and P 03. Both stated that daily routine, as it was before the LSD-supported psychotherapy, had regained dominance after a certain period of time. P 03 estimated this period of increased consciousness was approximately four months. Janiger and Mc Glothlin published in 1962 that longterm effects sharply decrease after six months, which corroborates with the statements of our interviewees.

There now follows a brief summary of concrete examples of changed behavioural patterns, which the participants were aware of 11 to 16 months after the psychotherapy. In the case of P 01 the handling and perception of phases of grief and sorrow underwent a long-lasting change. He still uses the positive experience won during the LSD-sessions as a resource to cope with his emotions (see Section 6.1, category o). If we look at P 02 we find that the increased relevance of his son is still reflected in the daily behavior of P 02 as confirmed by his wife. Focusing on P 03 we discover that the music played during the LSD-sessions remains a lasting source for relaxation to him. He has been able to transfer and use this source in daily life. In general it seems that attitudes and values have been more affected and remained transmogrified than actual behavioural patterns.

As it has been declared earlier, the benefits of psychotherapy should be mirrored in daily behaviour as much as possible. This means transference of the learned, or we can also call it the integration of the new insights into daily routine, is a crucial process. Most of the integrative process as it is described in the *General Model of Integration of ASC* (Jung, 2006; see Figure 4.2) lies beyond the therapist's influence. It would go beyond the scope of this paper to analyse all the factors of the model for each participant, therefore we will highlight those aspects most relevant for this thesis.

It is evident that those factors, summarized in the *General Model of Integration of ASC* as *supporting conditions* varied widely among the participants. To prove the impact of these variables on the three interviewees, we can, for example, remember the job loss and job insecurity of P 01 and P 02, which certainly can be considered as a *confrontation with a*

critical event in life. These *supporting conditions* as described by Jung seem to be almost identical to the concept of extra-therapeutic factors (cf. Lambert, 1992) and are, as the name implies, outside the therapeutic intervention sphere.

The *triggering conditions* depend on the one hand on the individual (such as physical and mental effects, effects of the substance) and are, on the other hand, influenced, as in our case, by study conditions. The type and consumption patterns of the substance-experiences were clearly defined by the frame of the study: the administering of LSD in a psychotherapeutic frame, two times in approximately one month. As discussed in subsection "Study design", the variation of this variable might offer further enhancement of LSD-assisted psychotherapy.

It remains for me to discuss the last factor of interest for therapeutic practice. *Integrative work*, as it is called in the model, is an area which has already been mentioned in the Section "Integration of psychedelic experiences". In the study conducted by Gasser, the psychotherapy sessions scheduled the day after the LSD experiences, were used to process and to help to integrate the experienced on a cognitive and emotional level. As we have heard, the participants appreciated these session and considered them as important. Even though very little is known about the amount of integrative work needed to obtain sustainable transformation, we should be aware that this factor is probably the most susceptible to psychotherapeutic intervention. To increase the probability of longterm changes and the maintenance of therapy-influenced attitudes or behaviours, the therapist should focus on this goal during the last therapy sessions (Asay & Lambert, 2001). The authors furthermore refer to evidence from research which shows that permanent changes are more likely if they are attributed to one's own effort. This attribution is especially probable in LSD-supported psychotherapy, because the insights gained during LSD experiences are generated by the person himself (Passie & Dürst, 2009). We have seen that several attitudes and behavioural patterns remained transformed, such as the absence of the suicidal thoughts in case of P 03 or the more laid-back attitude of all three participants. Still, we have also learned that P 01 and P 03 claimed that old, less conscious attitudes and behavioural patterns had returned quite fast. The field of integrative work allows for many suggestions on how to support enduring change. This knowledge should be exploited in a stricter fashion and highlighted during therapy. We know from the case study of P 03 that music seems to work as an integrative tool, which is employed in everyday life to recall the feelings (here, relaxation) experienced

during the LSD sessions. To ask the client to write a protocol or to record the sessions does not demand additional therapy time and might be of great value for that person. It would help to recall the insights even half a year later and through that, the benefits of LSD-assisted psychotherapy for everyday life would also increase. We conclude that longterm changes were evoked in the three participants, though mainly in attitudes and values. Intensified integrative work is likely to render even more enduring transmogrifications and definitely worth future research.

Chapter 8

Conclusion

At the beginning of this thesis we started with a very general level of information about ASC, LSD and its therapeutic potential, before narrowing it down to examine the details of three case studies. What did we learn? What can we conclude? What are the implications? One aspect that I find very striking is the fact that, even though promising findings from the 1950s onwards have indicated that LSD-supported psychotherapy is a safe and efficient type of psychotherapy, research today still has to cope with prejudice from laymen and professionals alike, reflecting an attitude which is to that extent in the medical and psychological field unknown towards other psychoactive substances or psychotropic drugs. The lurid headlines in Swiss newspapers reporting on illegal therapeutic work (Stamm, 18. Januar 2010) accentuate this problem and affirm the urgent need to conduct further research complying with modern standards to make substance-supported psychotherapy legal. This type of therapy, even though evidence for its efficacy has grown in the last years, is still the object of harsh criticism. The era of "big theories" and fights over therapeutic paradigms is over and more and more therapists favor an eclectic approach (Hubble et al., 2001b), which should leave room to include the insights gained from substance-supported psychotherapy. Research about LSD-assisted psychotherapy and therefore the development of theoretical guidelines for this form of therapy was very difficult in the past decades due to the juridical status of the substance. Nevertheless, substance-supported psychotherapy, as well as all other psychotherapies, can profit from the steady increase in knowledge concerning the mechanisms of action in psychotherapy. As we have seen, extra-therapeutic factors, expectancies and

common factors seem to be responsible for the main benefit in *all* types of psychotherapy. The insights recently gained in theses fields create a pool of knowledge which every type of psychotherapy can benefit from. The specific role of LSD as a catalyst in psychotherapy has been outlined and proven many times. We have seen that LSD has a unique potential to create novel insights and self-awareness, that lead to changes in attitudes and behaviour. These insights and self-reflections are, with the help of the substance, obtained in a much faster way than in conventional psychotherapy. The interviewees here confirmed, for example, this easier and faster access to emotions. The ASC, which were reached during the LSD sessions (see Discussion), offer possibilities of self-realization, which can hardly be made during normal waking consciousness. The openness of the participants towards subtle influences during the LSD-session and the intense experiencing that comes with it, triggers, besides personal insights, processes which encourage the therapeutic relationship.

This master thesis tried to examine the effectiveness of LSD-supported psychotherapy from the viewpoint of the clients. Due to the methodological limitations we do not know if the mechanisms of action and the changes introduced here will prove true on a greater scale, but they give a first indication of where to continue client-centered research. We have seen that the answers to the research questions merit further investigation, which is needed to extend the basis formed thus far. The first research question whether therapeutic LSD experience affects daily life, especially personal relationships, can be partly confirmed. Yes, it affects daily life, especially in the field of attitudes and values towards job and family, and yes, it affects personal relations, but only those in the core family. This answer seems not only to be true for our interviewees, but is also confirmed in preliminary research and literature (Grob, 2007; McGlothlin et al., 1969).

The second aim of this paper was to discover whether the three interviewed study participants reported longterm changes. Again, the affirmative answers need further confirmation from a bigger sample, but so far they corroborate with findings from the 1950s onwards (Ditman, 1963; Grof et al., 1973). The stopping of the suicidal thoughts is the most striking example, besides the higher quality of life, discovered in this thesis. Still, it should not be ignored that many effects declined after a while and old behavioural patterns took over again. This aspect needs further investigation, in order to define the amount of integrative work needed to obtain enduring benefits. Since the challenge to maintain newly learned behaviour

or consciousness is not only inherent in LSD-supported psychotherapy, evidence and knowledge from conventional psychotherapy might also provide valuable information (cf. Hubble et al., 2001a).

The third question, if significant others noticed behavioural changes in the study participants, could not be answered conclusively. The statements of the interviewed wives differed widely and this thesis was only able to offer possible explanations for this divergence, which still need to be verified.

Several implications and ideas for future research were put forward in the Discussion. One possible step to consolidate the findings from this thesis and to support the final quantitative evaluation of the study conducted by Gasser could be qualitative interviews with the remaining seven study participants and the therapists. As usual, it is not the lack of ideas for further investigations, but restricted financial support and in the case of LSD the legal conditions, which limit research. The highest priority at this point in time should be given to methodologically convincing research designs, which allow clear statements about the efficacy and safety of LSD-supported psychotherapy, which in turn would enable a legalization of psychedelic substances in psychotherapy and medicine. In times where the call for evidence-based medicine meets the growing hole in the finances of the health systems, LSD-supported psychotherapy should not be neglected any longer. It should be regarded as one of many psychotherapeutic ways, which lead clients to their goal of mental well-being. The specific potential of LSD to speed up therapy, to allow deeper insights and experience an ASC, which helps to view problem circles and the Self from a new perspective, distinguishes LSD-assisted psychotherapy from conventional psychotherapy and legitimates the use of the psychedelic substance as a mediator in therapy.

Acknowledgments

First of all I want to use the possibility to thank my parents. They supported me not only during the time writing this thesis, but also throughout all the years of studying. Even though I rarely took the straight road or wrote about the usual topics, they always trusted in me and encouraged my decisions. Thank you!

I also want to acknowledge the support Peter Gasser gave me. Only due to his supervision and trust I was able to find the interview partners and to write my thesis about LSD-assisted psychotherapy. He always helped me out with answers and solutions. My supervisor from the side of the University of Zurich, Rudolf Stohler, should be thanked as well. He was the only one willing to accept a master thesis about this topic. Furthermore I would like to express my gratitude to my interview partners. Without their trust and will to share their experiences, this paper would not exist. I owe sincere thanks to Gerard, correcting my English patiently. There must be a shortage in red ink pens in Schlüchtern by now. Furthermore I want to thank Steffi and Andrea for reading the paper and giving me helpful advice on the content and structure of this work. The same counts for Jan and Tony, who helped me with the graphics and computer problems. I am sure that if I would have written these 130 pages on my own laptop in Microsoft Word, I would have lost my patience along time ago. One last acknowledgment goes to the scientific community, researching in the field of psychedelic substances. I was stunned by the amount of inspiration, advice and help from all over the world. There have been many friends, house-mates and relatives, supporting me especially during the time where it was not sure if I had spent almost a year of researching and writing for nothing. To name them all would be impossible.

Ich danke euch von ganzem Herzen!

List of Figures

3.1 Albert Hofmann. Retrieved March 20, 2010, from http://www.hofmann.org/lsd/index.html 16

3.2 Ampoules of Delysid. Retrieved March 20, 2010, from http://www.pyromania-arts.de/pyromania/index.php?id=57 16

3.3 Psychedelic Art: Abrams, I. (Painter). (1966). All Things Are Part of One Thing. In Masters & Houston, 1969, p. 16.; Tolman, B. (Painter). (2004). Cognitive Transformation. Retrieved March 31, 2010, from http://www.bentolman.com/zoom_ctran/ZoomifyImageExamples/html/zoom_ctran.htm; Abrams, I. (Painter). (2005). A Dancing Wu-Li Master. Retrieved April 1, 2010, from http://www.isaacabrams.com/paintings/source/23.html 17

3.4 Field of hallucinogens, (Vannini & Venturini, 1999, p. 9) 22

3.5 Three-dimensional view of an LSD-molecule. Retrieved March 20, 2010, from http://www.worldofmolecules.com/drugs/lsd.htm 24

3.6 Physical effects of LSD. Retrieved March 20, 2010, from http://en.wikipedia.org/wiki/File:Possible_physical_effects_of_lysergic_acid_diethylamide_%28LSD%29.png . 25

4.1 Schedule of Visits Timeline, (MAPS, 2007, p. 22) 38

4.2 General Model of Integration of ASC, (Jung, 2006, p. 142) 48

6.1 STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 01 81

6.2 STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 02 82

6.3 STAI and EORTC-QLQ-C30 (GHS) scores for P 03 83

List of Tables

4.1 Longterm-effects of LSD and amphetamines (6-months follow-up) in McGlothlin et al., 1969 31

4.2 Psycholytic vs. psychedelic therapy, (Leuner 1967, adapted by Passie 2008, p. 48) 42

5.1 Information on the participants (N=3) 59

Bibliography

American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. ed. ed.). Washington, DC.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *So wirkt Psychotherapie* (p. 41-81). Dortmund: Verl. Modernes Lernen.

Benz, E. (1989). *Halluzinogen-unterstützte Psychotherapie: Erhebung bei der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie.* Unpublished doctoral dissertation, Universität Zürich, Zürich.

Bickman, L., & Rog, D. J. (Eds.). (2009). *The SAGE handbook of applied social research methods.* Los Angeles: SAGE.

Bourguignon, E. (1980). Institututionalisierte Ausnahmezustände. In W. M. Pfeiffer & W. Schoene (Eds.), *Psychopathologie im Kulturvergleich* (p. 102-115). Stuttgart: Enke.

Bush, A. K., & Johnson, W. C. (1950). Lysergic acid diethylamide (LSD-25) as an aid in psychotherapy. *Dis. Nerv. Syst.*(11), 204.

Byrne, D. (Ed.). (2002). *Interpreting quantitative data.* London: SAGE.

Cohen, S. (1960). Lysergic acid diethylamide: Side effects and complications. *J. Nerv. Ment. Dis.*(130), 30-40.

Cohen, S. (1967). *The beyond within.* New York: Atheneum.

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.* Los Angeles, Calif.: Sage Publ.

DeBold, R. C., & Leaf, R. C. (Eds.). (1967). *LSD, Man & Society.* Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.

Ditman, K. S. (1963). The subjective after-effects of psychedelic experiences: A summary of four recent questionnaire studies. *Psychedelic Review*(1), 18-26.

Ditman, K. S., Hayman, M., & Whittlesey, J. R. B. (1962). Nature and frequency of claims following LSD. *J. Nerv. Ment. Dis.*(134), 346-352.

Dittrich, A. (1987). Bedingungen zur Induktion außergewöhnlicher Bewußtseinszustände. In A. Dittrich & C. Scharfetter (Eds.), *Ethnopsychotherapie* (p. 7-34). Stuttgart: Enke.

Dittrich, A., Lamparter, D., & Maurer, M. (2006). *5D-ABZ: Fragebogen zur Erfassung Aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände. Eine kurze Einführung.* Zürich: Psin Plus.

Dittrich, A., & Scharfetter, C. (1987a). Einführung. In A. Dittrich & C. Scharfetter (Eds.), *Ethnopsychotherapie* (p. 1-7). Stuttgart: Enke.

Dittrich, A., & Scharfetter, C. (Eds.). (1987b). *Ethnopsychotherapie: Psychotherapie mittels außergewöhnlicher Bewußtseinszustände in westlichen und indigenen Kulturen.* Stuttgart: Enke.

Dobkin Rios, M. de, & Grob, C. S. (2005). Ayahuasca use in cross-cultural perspective: an introduction. *Journal of Psychoactive Drugs*(37), 119-121.

Dobricki, M. (2007). *Humanexperimentelle Untersuchungen zu Modulationen figural-optischer Strukturen durch Alteration des Bewusstseinszustandes.* Unpublished doctoral dissertation, Universität Zürich, Zürich.

Dürst, T. (2005). *Veränderungen im Verlauf psycholytischer Therapie aus der Sicht von Patienten: Eine explorative Studie.* Unpublished doctoral dissertation, Freie Universität Berlin.

Farthing, G. W. (1992). *The psychology of consciousness.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Fenigstein, A., Scheier M. F., & Buss A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(43), 522-527.

Friedman, H. (2006). The Renewal of Psychedelic Research: Implications for Humanistic and Transpersonal Psychology. *The Humanist Psychologist*(34), 39-58.

Garfield, S. L. (1992). Eclectic Psychotherapy: A Common Factors Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 169-201). New York: Basic Book.

Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Eds.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behaviour change.* New York: Wiley.

Gasser, P. (2008). Die psycholytische Therapiein der Schweiz - Eine katamnestische Erhebung

zu den Jahren 1988 bis 1993. In H. Jungaberle, P. Gasser, J. Weinhold, & R. Verres (Eds.), *Therapie mit psychoaktiven Substanzen* (p. 329-363). Bern: Huber.

Goldsmith, N. M. (2007). The ten lessons of psychedelic psychotherapy, rediscovered. In M. J. Winkelman & T. B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine* (Vol. 2, p. 107-141). Westport, Conn.: Praeger.

Govern, J. M., & Marsch, L. A. (2001). Development and Validation of the Situational Self-Awareness Scale. *Consciousness and Cognition*(10), 366-378.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*(40), 130-145.

Griffiths, R. R., Richards, W. A., Johnson, M. W., McCann, U., & Jesse, R. (2008). Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. *Journal of Psychopharmacology*, *22*(6), 621-632.

Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*(187), 268-283.

Grinspoon, L., & Bakalar, J. (Eds.). (1979). *Psychedelic drugs reconsidered.* New York: Viking.

Grinspoon, L., & Bakalar, J. (1994). *Marihuana, die verbotene Medizin.* Frankfurt am Main: Zweitausendeins.

Grob, C. S. (2007). The Use of Psilocybin in Patients with Advanced Cancer and Existential Anxiety. In M. J. Winkelman & T. B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine* (Vol. 1, p. 205-216). Westport, Conn.: Praeger.

Grof, S. (2000). *LSD-Psychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Grof, S., Goodman, L. E., Richards, W. A., & Kurland, A. A. (1973). LSD-Assisted Psychotherapy in Patients with Terminal Cancer. *Int. Pharmacopsychiatry*(8), 129-144.

Grof, S., & Halifax, J. (1980). *Die Begegnung mit dem Tod.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Hasler, F., Grimberg, U., Benz, M. A., Huber, T., & Vollenweider, F. X. (2004). Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: a double-blind, placebo-controlled dose–effect study. *Psychopharmacology*(172), 145-156.

Henderson, L. A. (1994). *LSD: Still with us after all these years.* New York: Lexington Books.

Hermle, L., Kovar, K. A., Hewer, W., & Ruchsow, M. (2008). Halluzinogen-induzierte psychische Störungen. *Fortschr Neurol Psychiat*(76), 334-342.

Hoch, P. H. (1955). Comments. Experimental Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*(111), 787.

Hofmann, A. (1996). *LSD - mein Sorgenkind: Die Entdeckung einer "Wunderdroge"*. München: Dt. Taschenbuch-Verl.

House, S. G. (2007). Common processes in psychedelic-induced psychospiritual change. In M. J. Winkelman & T. B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine* (Vol. 2, p. 169-193). Westport, Conn.: Praeger.

Hoyer, J., Helbig, S., & Margraf, J. (2005). *Diagnostik der Angststörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2001a). Das Augenmerk auf das richten, was funktioniert. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *So wirkt Psychotherapie* (p. 289-344). Dortmund: Verl. Modernes Lernen.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (2001b). *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verl. Modernes Lernen.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(59), 12-19.

Janiger, O., & McGlothlin, W. M. (1962). Long-lasting effects of LSD on Certain Attitudes in Normals: An Experimental Proposal.

Jensen, O. (2008). Induktive Kategorienbildung als Basis Qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda (Eds.), *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse* (p. 255-275). Weinheim: Beltz.

Jung, B. (2006). *Das Leben nach der Ekstase - die Suche nach Integration*. Unpublished doctoral dissertation, Universitäten Landau & Heidelberg.

Jungaberle, H., Gasser, P., Weinhold, J., & Verres, R. (2008a). Die Professionalisierung Substanz-unterstützter Psychotherapie (SPT). In H. Jungaberle, P. Gasser, J. Weinhold, & R. Verres (Eds.), *Therapie mit psychoaktiven Substanzen* (p. 21-40). Bern: Huber.

Jungaberle, H., Gasser, P., Weinhold, J., & Verres, R. (Eds.). (2008b). *Therapie mit psychoaktiven Substanzen: Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und*

MDMA. Bern: Huber.

Jungaberle, H., & Verres, R. (2008). Regeln und Standards in der Substanz-unterstützten Psychotherapie (SPT). In H. Jungaberle, P. Gasser, J. Weinhold, & R. Verres (Eds.), *Therapie mit psychoaktiven Substanzen* (p. 41-109). Bern: Huber.

Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). Wieviel Therapie ist wirklich genug? Eine sitzungsbegleitende Analyse der Dosis-Effekt-Beziehung in der Psychotherapie. *Journal of Psychotherapy: Practice and Research*(5), 10.

Kast, E. C., & Collins, V. J. (1964). A Study of Lysergic Acid Diethylamide as Analgesic Agent. *Anasth. Analg. Curr. Res.*.(43), 285ff.

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Kurland, A. A., Savage, C., Shaffer, J. W., & Unger, S. (1967). The Therapeutical Potential of LSD in Medicine. In R. C. DeBold & R. C. Leaf (Eds.), *LSD, Man & Society* (p. 20-35). Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94-129). New York: Basic Book.

Leuner, H. (1987). Die Psycholytische Therapie: Durch Halluzinogene unterstützte tiefenpsychologische Psychotherapie. In A. Dittrich & C. Scharfetter (Eds.), *Ethnopsychotherapie* (p. 151-161). Stuttgart: Enke.

Leuner, H., & Janzarik, W. (1981). *Halluzinogene: Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie*. Bern: Huber.

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., & Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien. Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche*(55), 193-276.

Malleson, N. (1971). Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom. *Br. J. Psychiat.*(118), 229-230.

MAPS. (2010). Retrieved 13.03.2010, from `http://www.maps.org/research/`

MAPS, & Gasser, P. (2007). *LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life threatening diseases: Clinical Study Protocol*. Retrieved 01.04.2010, from `http://www.maps.org/research/lsd/swisslsd/LDA1010707.pdf`

MAPS, & Oehen, P. (2006). *MDMA -asssisted psychotherapy in patients with PTSD: Study protocol.* Retrieved 01.04.2010, from `http://www.maps.org/mdma/swissmdmaptsd/protocol280507.pdf`

Masters, R. E. L., & Houston, J. (Eds.). (1969). *Psychedelische Kunst.* Zürich: Droemer Knaur.

Maxwell, J. A. (2009). Designing a Qualitative Study. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *The SAGE handbook of applied social research methods* (p. 214-253). Los Angeles: SAGE.

Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (Eds.). (2008). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse.* Weinheim: Beltz.

McGlothlin, W. H., Cohen, S., & McGlothlin, M. S. (1969). Long-lasting effects of LSD on normals. In J. O. Cole & J. R. Wittenborn (Eds.), *Drug Abuse. Social and Psychopharmalogical Aspects.* (p. 3-26). Springfield: Thomas.

Merton, R. K. (2000). *Social theory and social structure.* New York, NY: Free Press.

Naranjo, C. (1979). *Die Reise zum Ich: Psychotherapie mit heilenden Drogen; Behandlungsprotokolle.* Frankfurt am Main: Fischer.

Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics*(101), 131-181.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (1992). *Handbook of psychotherapy integration.* New York: Basic Book.

Orlinsky, D., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (p. 445-458). New York: Wiley.

Pahnke, W. N. (1967). LSD and Religious Experience. In R. C. DeBold & R. C. Leaf (Eds.), *LSD, Man & Society* (p. 61-84). Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.

Passie, T. (2006). *Psychophysische Korrelate veränderter Wachbewusstseinszustände: Empirische und theoretische Beiträge zu einer Taxonomie der Bewusstseinszustände unter besonderer Berücksichtigung psychoaktiver Substanzen.* Unpublished doctoral dissertation, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.

Passie, T. (2007). Contemporary Psychedelic Therapy: An Overview. In M. J. Winkelman & T. B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine* (Vol. 1, p. 45-68). Westport, Conn.: Praeger.

Passie, T., & Dürst, T. (2009). *Heilungsprozesse im veränderten Bewusstsein: Elemente psycholytischer Therapieerfahrung aus der Sicht von Patienten.* Berlin: VWB - Verl.

für Wiss. und Bildung.

Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., & Hintzen, A. (2008). The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, *14*(295–314).

Pfeiffer, W. M., & Schoene, W. (Eds.). (1980). *Psychopathologie im Kulturvergleich.* Stuttgart: Enke.

Rätsch, C. (2004). *Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen: Botanik, Ethnopharmakologie und Anwendung.* Aarau: AT-Verl.

Scheiblich, W. (1987). *Rausch-Ekstase-Kreativität: Dimensionen der Sucht.* Freiburg i.B.: Lambertus.

Schlichting, M. (2000). Wirkfaktoren der Psycholytischen Therapie. In M. Schlichting (Ed.), *Welten des Bewusstseins* (p. 67-76). Aarau: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A. G. d. A., Groenvold, M., Gundy, C., et al. (2008). *EORTC QLQ-C30 Reference Values.* Brussels.

Sewell, A. R., Halpern, J. H., & Pope, H. G. (2006). Response of cluster headache to psilocybin and LSD. *Neurology*(66), 1920-1922.

Spielberger, C. S., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Stamm, H. (18. Januar 2010). Die Drogenheilerin vom Zürichberg. *Tages-Anzeiger*, 13.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: Norton.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2009). Integrating Qualitative and Quantitative Approaches to Research. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *The SAGE handbook of applied social research methods* (p. 283-317). Los Angeles: SAGE.

Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). *The child in america: Behavior problems and programs.* New York: Knopf.

Vannini, C., & Venturini, M. (1999). *Halluzinogene: Entwicklung der Forschung, 1938 bis in die GegenwartSchwerpunkt Schweiz.* Berlin: VWB.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen: Univ., Diss.–Bochum, 1995.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Vollenweider, F. X., & Geyer, M. A. (2001). A systems model of altered consciousness: Integrating natural and drug-induced psychosis. *Brain Research Bulletin*(56), 495–507.

Vollenweider, F. X., Vollenweider-Sherpenhuyzen, M. F., Babler, A., Vogel, H., & Hell, D.

(1998). Psilocybin induces schizophrenia-like psychosis in humans via a serotonin-2 agonist action. *Neuroreport*(9), 897-902.

Walder, P., & Amendt, G. (2000). *XTC, Ecstasy & Co. ; alles über Partydrogen.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Weiss, R. S. (1995). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies.* New York: Free Press.

Winkelman, M. J. (2007). Therapeutic Bases of Psychedlic Medicines: Psychointegrative effects. In M. J. Winkelman & T. B. Roberts (Eds.), *Psychedelic medicine* (Vol. 1, p. 1-19). Westport, Conn.: Praeger.

Winkelman, M. J., & Roberts, T. B. (Eds.). (2007a). *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments* (Vol. 1). Westport, Conn.: Praeger.

Winkelman, M. J., & Roberts, T. B. (Eds.). (2007b). *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments* (Vol. 2). Westport, Conn.: Praeger.

Yin, R. K. (2009). How to Do Better Case Studies. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *The SAGE handbook of applied social research methods* (p. 254-282). Los Angeles: SAGE.

Appendix

I. Informed consent/Einverständniserklärung

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, mir im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit zum Thema *LSD-unterstützte Psychotherapie*, die ich in Zusammenarbeit mit Dr. P. Gasser schreibe, ein Interview zu gewährleisten.

Ich bestätige Ihnen hiermit, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und ihre Anonymität gewährleistet wird. Ihre Aussagen werde ich ausschließlich im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit verwenden (selbstverständlich anonymisiert) und gegenüber Drittpersonen die Schweigepflicht einhalten.

Ihr Interview wird auf Tonband aufgenommen, verschriftlicht und ausgewertet. Die inhaltliche Auswertung wird anonym erfolgen. Zitate werden ohne Hinweis auf Ihre Person in die Auswertung einfließen. Geschlecht, Alter und Beruf werden bei Erwähnung in der Lizentiatsarbeit wahrheitsgemäß beibehalten. Name, Wohnort und weitere demografische Angaben werden nicht genannt werden.

Auf Wunsch erhalten Sie die verschriftlichte Form des Interviews (sobald transkribiert) und/oder die fertige Lizentiatsarbeit (voraussichtlich im Mai 2010). Hierzu benötige ich Ihre email-Adresse:.....☐..... ☐
Bitte geben Sie an, ob Sie das Interview und/oder die Lizentiatsarbeit möchten.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Zeit!

Unterschrift: …..... ....., den.....

Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung des persönlichen Interviews informiert worden. Unter obigen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Tonband aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Unterschrift:..... …....., den ….....

II. Interview guide for participant/Leitfaden für Teilnehmer

Thema des Interviews: Alltagsrelevanz der LSD-Psychotherapie

- Bedanken für die Zeit und Mühe
- mich selbst vorstellen
- Datenschutz, Bericht am Ende verfügbar
- evtl. Einverständniserklärung unterschreiben
- Fragen ?
- Aufnahme OK?
- EINSCHALTEN
- Name, Alter, wann Therapie begonnen, Placebo oder LSD, Krankheit

Ich bitte Sie einfach mal zu erzählen wie Sie an die Therapie gekommen sind, was sich bzgl. Ihren Einstellungen, Alltag, Verhalten seit der LSD-Therapie verändert hat, falls sich was verändert hat, und all das was Sie mir gerne erzählen möchten, also das, was Sie für wichtig halten. Wenn ich etwas nicht verstehe oder genauer wissen möchte, würde ich einfach nachhaken oder am Schluss darauf zurückkommen, wenn das für Sie Okay ist....
Es ist mir noch wichtig, dass Sie wissen, dass es weder richtig noch falsch gibt, noch irgendwas was ich “gerne hören möchte”. Mein Ziel ist einfach herauszufinden ob sich in Ihrem Alltag, vor allem in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen, etwas verändert hat.

1. Krankheit

- wann Diagnose? Verlauf?
- Wie waren die Gefühle & Gedanken & Einstellung bzgl. der Krankheit vor /nach der LSD-PT?
- was hat sich verändert, wann, durch was?

2. LSD-Erfahrungen

- Wie war sie allgemein? Emotional? Körperlich?
- Gab es bestimmtes Schlüssel-Erlebnis während des Trips? Was hat es ausgelöst? Wie wurde es ausgelöst?
- Was erinnern Sie?
- Unterschied zwischen 1. & 2. Sitzung, bzw. Placebo
- Mit wem konnten Sie über die Erfahrung reden? Kamen Sie sich verstanden vor?
- Hatten Sie Sorgen/Angst mit Bekannten über LSD-PT zu reden? Warum?
-Placebo vs. echte LSD Gabe

3. Tod/Angst

- Haben sich Ihre Einstellung/ Gefühle/ Gedanken gegenüber Tod & Sterben geändert?

- ausgelöst durch was?
- Waren Sie vorher gläubig/ religiös/spirituell?
- wie/wann hat sich die Angst bemerkbar gemacht? In welchen Situationen?
- in welchen Bereichen hat sie Sie beeinträchtigt? Soziale Beziehungen im Alltag?
- hat sich die Stärke/Häufigkeit der Angst nach der LSD-PT verändert?
-Wann haben Sie Veränderung bemerkt? Prozess oder ein Ereignis?

4. Alltag

- Wie sieht ihr Alltag aus? Arbeitstag/Wochenende...
- Was hat sich in Ihrem Alltag verändert seit der LSD-PT?
-Welche Bereiche?
    - Arbeit
    - Freizeit
    - Familie
    - Partner
    - Freundschaften /soziale Beziehungen
- Haben Sie das Gefühl Sie als Mensch (Persönlichkeit, Charakter) haben sich verändert?
- Welche Rolle spielt die mitgebrachte Bezugsperson in Ihrem Leben? Hat sie, ihrer Meinung nach, die Veränderung bemerkt?
- Wie hat sich ihre Lebensqualität verändert (in %)? Wodurch?

5. Psychotherapie

- Als wie wichtig empfanden sie die Sitzung nach dem Trip?
-(Wie) hat es Ihnen geholfen die Erfahrung zu integrieren?
- Therapeut hat welche Rolle ?
- War es wichtig mit anderen Menschen / der Bezugsperson über die LSD-PT zu sprechen?
- Welche Rolle spielt das LSD ihrer Meinung nach bei der Therapie?
- Wie lange haben Effekte der LSD-PT angehalten/werden anhalten?
- andere PT -Erfahrungen?

III. Interview guide for significant other/Leitfaden für Bezugspersonen

Thema des Interviews: Alltagsrelevanz der LSD-Psychotherapie

- Bedanken für die Zeit und Mühe
- mich selbst vorstellen
- Datenschutz, Bericht am Ende verfügbar
- evtl. Einverständniserklärung unterschreiben
- Fragen ?
- Aufnahme OK?
- EINSCHALTEN
- Name, Alter, in welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Teilnehmer? Placebo oder LSD, Krankheit des Teilnehmer

Ich bitte Sie einfach mal zu erzählen was Sie von der Therapie wissen/mitbekommen haben, was sich bzgl. Den Einstellungen, Alltag, Verhalten seit der LSD-unterstützten Psychotherapie bei xxx (Name Klient) verändert hat, falls sich was verändert hat, und all das was Sie mir gerne erzählen möchten, also das, was Sie für wichtig halten. Wenn ich etwas nicht verstehe oder genauer wissen möchte, würde ich einfach nachhaken oder am Schluss darauf zurückkommen, wenn das für Sie Okay ist....Es ist mir noch wichtig, dass Sie wissen, dass es weder richtig noch falsch gibt, noch irgendwas was ich "gerne hören möchte". Mein Ziel ist einfach herauszufinden ob sich der Alltag von xxx, vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen, etwas verändert hat.

1. Wie lange kennen Sie ihn schon? Leben Sie in einem Haushalt?
2. Wie haben Sie reagiert als Sie von der Krankheit erfuhren? Was sind die Probleme für Sie?
3. Wann haben Sie erfahren dass er an der LSD-Studie teilnimmt? Erinnern Sie sich an ihre erste Reaktion?
4. Wie hat das restliche Umfeld reagiert? Wer weiß es?
5. Wie waren die Gefühle & Gedanken & Einstellung bzgl. der Krankheit vor /nach der LSD-PT bei xxx?
   - was hat sich verändert, wann, durch was?
6. Hat sich etwas an der Angst(störung) bei xxx verändert?
7. Hat sich xxx als Mensch (Charakter...) verändert?
8. Hat sich etwas in Ihrer Beziehung zu xxx verändert? Seit wann? Durch was verursacht?
9. Hat sich ihre Einstellung gegenüber LSD-unterstützter Psychotherapie geändert?
10. Haben Sie persönlich die Erfahrungen teilen können, haben Sie davon profitiert?

IV. Rules of Transcription/Transkriptionsregeln (Kuckartz et al., 2008):

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Es wird in Schriftsprache transkribiert. Mundart-Aufnahmen werden also direkt übersetzt und grammatikalisch angepasst. Dialektfärbungen sind aber durchaus erlaubt und wünschenswert.
3. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert. So wird zum Beispiel aus „Er hatte noch so'n Buch genannt" : „Er hatte noch so ein Buch genannt".
4. Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
5. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte oder Gedankenstriche markiert.
6. Besonders betonte Begriffe werden z.B. durch Unterstreichung oder Grossschreibung gekennzeichnet.
7. Zustimmende oder bestätigende Lautäusserungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.

8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste deutlich gemacht. Die so entstehende Leerzeile zwischen den Sprechern erhöht die Lesbarkeit deutlich.

Transkript P 01, *Interview 01, LSD, 76 min., Therapie: Juni 2008, Magen-CA*

I: bittet um Krankheitsverlauf, wie an LSD-Therapie gekommen, was sich geändert hat

P 01: Diagnose: Juni 2006, Magen-CA; nicht ganz klar ob Speiseröhren oder Magen CA war natürlich ein schwerer Einschnitt in meinem Leben, weil ich hatte nie Magenbeschwerden, und dann gleich so eine Bombendiagnose

I: Wie haben Sie es gemerkt?

P 01: Da am Mageneingang, hat sich der langsam zugesetzt. Das ging dann über Wochen und Monate, ich bin halt lange nicht zum Arzt gegangen. Nach 10 Tage bei solchen Symptomen sollte man zum Arzt gehen, ich habe damit monatelang gewartet. Gut, wahrscheinlich wäre die Diagnose die gleiche gewesen. Stadium 3 von 4. Ich wurde dann postoperativ auf Stadium 2 zurückgestuft, weil keine Metastasen und kein Lymphknotenbefall.

Zusammenfassend:
In M. im Spital zu Gastroendoskopie, aber Schlauch zu dick, da es zu zugewachsen war. Dann nach Garmisch-Patenkirchen. Haben sich zeit gelassen mit Diagnostik. Da muss ich Ihnen vorhalten, dass Sie mir die Diagnose nicht gesagt haben, musste zur Abschlussdiagnose und hat da in seiner Krankenakte den Befund gelesen.

Vor 10 Tagen nochmal im Spital zur Nachuntersuchung: kein neuer Tumorbefund, aber Gastritis (weil kein Schliessmuskel mehr)

Die Operation (August 2006) war in München, da bessere Möglichkeiten; grösserer Eingriff mit Bauch- und Brustraumöffnung, 1/3 d. Magens entfernt, Schlauchmagen eingesetzt, kostet viel Kraft wieder auf die Beine zu kommen; Gewichtsverlust , nach OP 74kg, keine Chemo, hat er abgelehnt, schon vor OP, hiess erst man kann ihn nicht operieren, da zugross;2. Meinung in Uniklinik Ffm : operierbar, aber MÜ hat mehr Erfahrung

I: Was hat man denn so für eine Einstellung zur Krankheit wenn man so eine Diagnose erfährt?

P 01: Das ist natürlich erst mal ein Schlag ins Gesicht. Das Leben wie es bisher war, geht so nicht mehr weiter. Das ist einfach schnell klar. Ich hatte hier in M. neue Arbeit bekommen und ich war noch in der Probezeit, dann wars auch für mich nicht ganz klar wie gehts jetzt im Beruf weiter. Gott sei Dank hat mich mein damaliger Chef weiterbeschäftigt. Ich wurden dann auch lange krank geschrieben, 13 Monate. und hab dann eine berufliche Wiedereingliederung gemacht,das wird von den Krankenkassen unterstützt. Man beginnt erst mal mit 2 Stunden am Tag, kann dann steigern, hab im 2. Monat dann 4 Stunden gearbeitet, im 3. 6 Stunden und nach 3 Monaten hab ich dann schon wieder normal gearbeitet, allerdings nicht mehr in meinem alten Job, als QM (Qualitätsmanagement) und Altenpfleger, sondern nur noch als Pfleger, weil das QM sollte schnell über die Bühne gehen und das wäre zu dieser Zeit nicht mehr möglich

gewesen. Gut, ich hab aber dann schon gemerkt, dass ich Vollzeit in der Pflege nicht mehr arbeiten kann. Ich muss weg von der Pflege am Bett. Ich brauch irgendwie einen Bürojob--- (hat sich um berufliche Reha gekümmert, da hiess es er müsse ganz aus der Pflege raus, reiner Bürojob, Angebot: Kaufmann fürs Gesundheitswesen... nach der OP, aber vor LSD)

Man hat auch etliche Tests mit mir gemacht, Intelligenztests, psychologische Tests, und ausgerechnet an dem Wochenende hatte ich auch meine erste LSD-Sitzung. Am Freitag war ich in Solothurn und am Montag sollte ich diesen Test machen in Weilheim. Und ich merkte, meine Intelligenz ist, wie soll ich sagen..., verlangsamt.- Der Test ist auch nicht so besonders gut ausgefallen. Die in München sind dann besser ausgefallen, das war dann nach der 2., letzten LSD Sitzung.

I: Diagnose, klar, das ist dann Schlag ins Gesicht, aber wie ist denn die Einstellung zur Krankheit? Ändert sich das, so dass man Anfang denkt, Schande jetzt ist alles vorbei...

P 01:Ich war schon immer ein gefasster Mensch. Also, ich hab mich dann gleich informiert, wie gehe ich mit einem Magen CA um, was kann ich machen um eine gute Therapie zu erhalten, wo gibt es eine gute Therapie, was kann ich selbst machen. Ja, nach den Ursachen zu suchen zu forschen ist mühsam. Da sind gewisse Risikofaktoren, aber es ist mühsam da nach den Ursachen zu forschen. Natürlich beschäftigt man sich damit. Was hast du falsch gemacht in deinem Leben? Dachte, du hast dich immer gut ernährt. Ok, war wohl nicht so.

I:Es waren ja auch bestimmt Ängste da, oder? Erstens ist das normal und zweitens war das ja auch ein Kriterium um in der Studie aufgenommen zu werden. Wie hat sich das denn entwickelt?

P 01: Die Ängste gingen dann vorwiegend in Richtung "Was wird jetzt aus meinem Leben? Kann ich überhaupt noch arbeiten gehen?

I: Also eine Existenzangst.

P 01: Ja Existenzangst. Weil dann war auch für mich bald klar, in dem Beruf kann ich nicht mehr arbeiten und was mir die Berufsberaterin vorschlägt will ich auch nicht. Was bleibt mir dann noch? Schließlich, hab ich nach gewisser Arbeitslosigkeit wieder im alten Beruf angefangen. Ich bin ja auch Diplom Pflegewirt und nicht nur Altenpfleger, und das hat mir dann auch eine Stelle verschafft wo ich dachte, da bin ich weg von der Pflege am Bett. -- Ist aber nicht so. Aber ist zu mindestens die ambulante Pflege und nicht die stationäre. In der ambulanten Pflege fühle ich mich sehr viel wohler als in der stationären Pflege. Da kann ich immer wieder den Abstand nehmen, wenn ich beim Klient war. Tür hinter mir zu, zum nächsten. Kann besser Abstand nehmen.

I: Und das war kein Angst im Sinne von Angst vorm Sterben?

P 01: Eher so Existenzängste. Wie geht‘s jetzt weiter ? Möglichkeiten gesucht, auch nicht immer mit Erfolg. Das mit der beruflichen Reha war leider nicht von Erfolg gekrönt,

obwohl ich auch 2 Wochen im Berufförderungswerk war. Jede Menge Tests über mich ergehen hab lassen

I: und wie kamen Sie dann an Peter Gasser ?

P 01: Ach so, ja einfach durch eine Recherche im Internet. Was kann ich tun um mir zu helfen? und dann bin ich auf diese Studie gestoßen: Peter Gasser in Solothurn, LSD-Psychotherapie sucht Klienten oder Probanden für eine wissenschaftliche Studie, Teilnahme ist freiwillig und man kann jederzeit auch wieder Abstand nehmen, wenn man meint es sei nichts. Und das hat mich überzeugt.

I: Sie haben ihn dann direkt kontaktiert, nicht über einen Arzt oder so?

P 01: Nein, da war auch eine Kontaktadresse angegeben. Ich hab dann natürlich meinem Hausarzt davon erzählt.

I: und wie hat der reagiert?

P 01: Ja, der war auch dafür. --- Dann stand dem auch nichts im Wege. Ich war der erste Proband. Es hätte ja auch ein Placebo sein können. Gut, bei mir war s keiner..

I: Ja.

P 01: Ich hab schon nach einer halben Stunde festgestellt dass es keiner war. Das war in solchen Hartkapseln und bis die sich halt im Magen auflösen das dauert halt. Ich hab schon gedacht, das war bestimmt ein Placebo.

i: Sie sind, hin , haben die Abklärung gemacht, und dann hat sich rausgestellt das Sie als Proband geeignet sind...

P 01: mmh..

I: und dann waren die Vorgespräche mit dem Peter und der Barbara Speich.

P 01: Ja genau. und es gab noch eine andere Psychologin. Die unabhängig von Peter feststellen musste, dass ich überhaupt in diesen Kreis der Probanden gehöre.

I: Ahhh ok.: und dann waren die Vorgespräche.

P 01: jede Menge psychologische Tests hab ich gemacht bei ihr gemacht.

I: Ah bei IHR. Gar nicht bei ihm?

P 01: Bei ihr. Bei der Partnerin.

I: Bei der Barbara Speich ?

P 01: nein, es gab noch eine andere Psychologin... Solothurn und die nächst grössere Stadt. Jedenfalls bin ich dann da hin gefahren.
I: Und dann die Vorgespräche mit dem Peter. Wie war das denn für Sie? Ging es da nur um Was wird passieren in der LSD-Sitzung oder...

P 01: Ja, er hat mich darauf vorbereitet was kann passieren und hat mir die Ängste genommen.

I: also das hat er geschafft?

P 01: ja, ich hab mich da gut aufgehoben gefühlt, weil er war ja nicht nur allein da, die Barbara Speich war ja auch da und die konnten sich den ganzen Tag für mich Zeit nehmen. Und sogar Nachtbetreuung. Ich konnte da noch meinen Rausch in Anführungszeichen ausschlafen. Obwohl der nach acht Stunden vorüber war. Aber er wollte da noch ein paar Blutdruckwerte haben und sicher gehen dass ich mich nach diesen 8 Stunden wohl fühle.

I: Aber vor der eigentlichen LSD-Sitzung ist nicht viel passiert . Das Sie sagen würden, die Gespräche haben mir da schon geholfen, mir die Existenzängste zu nehmen. Das war mehr eine Vorbesprechung von der Sitzung.

P 01: ja genau. Psychotherapie hab ich ja dann extra, ausserdem noch gemacht, hier in M..

I: ok. Zeitgleich angefangen oder schon davor?

P 01: mhhja, das war zeitgleich.

I: Können Sie von den LSD-Erfahrungen ein bisschen erzählen? So detailliert wie sie können und möchten.

P 01: Wie gesagt ich nahm diese Kapseln und hab auch noch einen Drogentest machen müssen. Der Peter Gasser musste ja sicher gehen, dass ich keine Drogen genommen habe, am Tag zuvor. Alles gut gelaufen. Urintest. Nee, ich hatte in meinem Leben schon Drogenerfahrung, mit Haschisch vor allem, aber das liegt schon 20 Jahre zurück.. so lange sieht man das nicht im Urin. Gut, ich hab mit der Droge Haschisch dann auch aufgehört weil ich merkte ich bekomme davon Herzbeschwerden. Hab das dann auch von einen Tag auf den andern gelassen.

Zu der eigentlichen Sitzung: ja, ich hab mich dann halt bequem hingesetzt und gewartet was da kommt. Ich hab die Kapsel eingenommen , da gibts auch Bilder von weil ich dachte, davon hätte ich gerne noch ein paar Bilder , weil ich wusste es wird schon ein einschneidendes Erlebnis.

I: haben Sie geahnt? oder durch Berichte.

P 01: ja.. auch so was er mir gesagt hat

I: ok

P 01: und die Berichte die ich gelesen habe. weil leibhaftig jemand zu treffen der das schon genommen hat, passiert nicht oft. Zumindestens nicht in meinem Bekanntenkreis.

Nach einer halben Stunde setzte die Wirkung ein und das war eine seltsame Situation für mich. Ich ging davon aus " was ist denn das für eine Sitzung hier, ich muss mich erst mal zurecht finden. Ich wollte halt Beziehung zur Außenwelt herstellen, oder so Strukturen beibehalten, die mir irgendwie eine gewisse Sicherheit gegeben haben. ..Aber gleichzeitig hab ich gemerkt, ich muss loslassen, damit ich überhaupt profitiere von der LSD Sitzung. Und dachte mir auch, der Peter Gasser und die Barbara Speich, die sehen auch so entspannt aus, die haben bestimmt auch was genommen. Da hab ich mir so nen Scherz draus gemacht. Irgendwann dachte ich, jetzt muss ich sie mal drauf ansprechen, ob sie denn auch was genommen hätten. Nein, haben sie mir versichert, nein. Erst hab ich es nicht glauben wollen, weil in dem Moment als das LSD anfing zu wirken, verschwimmen alle Strukturen und ..

I: Strukturen im Sinne von zeitlichen Strukturen oder räumlichen Strukturen oder auch so... Dialog, das die Gespräche auch anders strukturiert.

P 01: ja, ja genau. So Klangfarbe, Klangfarbe der Stimme, alles wird intensiver.

I: Gleich auch am Anfang war das bei Ihnen so?

P 01: ja, das hat sich dann langsam gesteigert. - Ja und als er mir dann versicherte "Nein", dann hab ich mich auch, dann war für mich die Sache auch klar. Ich fühlte mich dann auch sicherer.

I: Als Sie gewusst haben, dass sie nichts genommen haben.

P 01: Das war so ein Spleen in dem Moment von mir, und dann konnte ich mich auch ganz gut fallen lassen. -- ich hatte dann auch Gelegenheit mich zu entspannen. Wir mussten da jetzt nicht ständig im Gespräch bleiben. Das war ganz gut. Ich hab dann eher meine Innenwelt angeschlossen. Die Augen geschlossen.

I: Was war denn da für Themen. Das ist je nach Mensch und Stimmung sehr unterschiedlich.

P 01: ja es ging da weniger um meine Erkrankung. DAs konnte ich da relativieren. Was meine Person anbelangte, das war in dem Moment nicht mehr so wichtig. Es ging dann eher so um weltumspannende Themen.

I: wie zum Beispiel ?

P 01: Ja..die Menschheitsentwicklung. Die ganze Evolution ist so an mir vorbeigerauscht..

I: Haben Sie es gesehen?

P 01: Ja, es gab in Peter Gassers Praxisraum so ein Bild mit einem Buddhakopf. Und wenn ich den betrachtet habe, gings um die Evolutionsgeschichte, besonders die geistige. Ja es geht dann schon in Richtung Philosophie.

I: Aber waren das Sachen, die Sie irgendwann mal gelesen haben und die wiedererkannt haben...

P 01: ja genau...

I:..oder waren das auch Sachen von denen Sie noch gar nichts gehört hatten?

P 01: nee, das waren Sachen, die ich irgendwann mal gelesen habe und die sich dann gefestigt haben. Wurde mir dann einleuchtender. Hab dann gesehen, dass der Mensch eine geistige Entwicklung eingeleitet hat. Das erste Wesen, dass eine neue Sphäre entwickelt hat. Ich bin dann auch, ich hab dann auch so philosophische Gedankengänge gesponnen. Gesponnen ,sag ich mal. mir so ein Weltbild zurecht zu legen.

I: im Nachhinein betrachtet, war das dann so etwas, wo Sie sagen würden, das war völlig absurd?

P 01: Nein, das war gar nicht absurd.

I: Eben...

P 01: das hat mich dann doch bekräftigt , dass das richtig war, was ich mir vorher in der Philosophie angelesen hatte.

I: und das war eines der Hauptthemen in der Sitzungen. diese ganze geistige...

P 01: ja das war eines der Hauptthemen. Da gibt es einen Philosoph, Teillard de Chardin...

I: kenn ich nicht..

P 01: franz. Philosoph, 1887-1955 in New York verstorben, von dem hab ich sehr viel gelesen.

[Unterbruch]

I: also die Stimmen, können Sie da nochmal..

P 01: Die Stimmen waren beängstigend, aber wie gesagt, meine Therapeuten haben mir gesagt, das kommt jetzt nicht aus diesem Raum, du musst dich jetzt nicht fürchten.

Zusammenfassend:

Ängste waren nur kurz ein Thema, hat die Stimmen nicht verstanden, es ging in der Sitzung nicht um seine Krankheit, hauptsächlich entspannt

P 01: Gefühl der Trauer, das kann dann zum Schluss.

I: Trauer am Schluss, wo Sie alles abwerfen konnten, weinen konnten (zusammenfassend, da teil nicht aufgenommen)
War das eine Trauer über etwas bestimmtes? Wussten Sie woher es kommt oder war es einfach ein riesiges Trauergefühl?

P 01*:* Ich hatte schon meine Situation reflektiert. Ich bin ja in M. relativ isoliert von der Familie. Bruder und Schwester wohnen weit weg. Bruder in Rheinland-Pfalz, die Schwester in Niedersachsen. Warum ich eigentlich hier runter gezogen bin, war mein Sohn, der in F. lebt, im Allgäu. Die Arbeitsstelle hier in M. war halt am nächsten zu F.. --- Gut, aber durch die Arbeit bedingt, komm ich dann auch nur alle 2 oder 3 Wochen nach F.. Das ist ja doch sehr wenig um so ein Sozialgefüge aufzubauen. und in der Arbeit war ich so eingespannt, da hatte ich kein Platz. Unregelmäßige Arbeitszeiten, schlecht sich zu verabreden, wechselnde Schichten, zumTeil bis abends 10 Uhr. Das ganze Sozialgefüge war bei mir aus den Fugen geraten, sag ich mal. Das zu reflektieren hat gewisse Trauer verursacht. Diese blöde Situation jetzt, hast du dir ja selbst zuzuschreiben. Auch gewisse Selbstvorwürfe. Das könnte ich nur loswerden, in dem ich in dieser Situation ---geweint hab.

I: Hat sich das dann wieder aufgelöst?

P 01: Hat sich aufgelöst.

I: Sie sind dann nicht mit diesem Gefühl aus der Sitzung rausgegangen?

P 01: Nein, in der Therapie hat man mich gut aufgefangen. Körperlich dicht, in dem Moment hab ich das auch gebraucht. aufgefangen und gehalten. Das hat mich auch bestärkt, den Gefühlen jetzt einfach freien Lauf zu lassen. Es war erleichternd. Nachher konnte ich wieder lachen drüber. Das ist halt auch eine schwankende Gefühlswelt in denen acht Stunden, die man da durchlebt.

I: Das war die erste Sitzung oder?

P 01: Jetzt muss ich mal reflektieren, das ist schon eine ganze Weile her.

I: Genau wann war das eigentlich?

P 01: Letztes Jahr im Sommer.

I: Also August 2008.

P 01: Juni 2008. Das ist schon fast 1,5 Jahre her. Jetzt weiss ich gar nicht mehr genau was in der ersten und was in der zweiten Sitzung passiert ist. Jedenfalls in der zweiten fühlte ich mich dann noch sicherer. Da wusste ich schon was auf mich zu kommt. Hatte

ich noch weniger Angst, das die Therapie vielleicht in eine falsche Richtung geraten könnte. Das Gefühl war dann fast ganz weg.

I: Aber die Grundstimmung war in den beiden Sitzungen gleich.

P 01: Ja.

I: und eher entspannt und positiv als dass die Angst in einer der beiden Sitzungen dominiert hätte?

P 01: Nein, das war nur eine kurze Sequenz in der ich mich gefürchtet hab. Wie gesagt, dass Gefühl konnten meine Therapeuten mir nehmen. Das hab ich auch angesprochen, war wichtig, dass ich es auch angesprochen habe.

I: Gab es denn sowas in einen der beiden Sitzungen, dass Sie als Schlüsselerlebnis bezeichnen würden?

P 01: Da fällt mir spontan was ein. Da gibt s auch ein Foto. Ich sah dann an der Wand so eine Trommel, Handtrommel. Da dachte ich wow, was da wohl für ein klang rauskommt? Ich bin sensible für Klänge, das Hörvermögen.- Ich weiss nicht ob ich den Peter gebeten habe, drauf zu spielen oder wie das kam. Jedenfalls hat er dann die Trommel von der Wand genommen und ist durch den Raum gegangen und hat drauf gespielt. Wow, das war für mich ein tolles Gefühl. So richtig die Vibration auf mich einwirken lassen.

I: Sie haben es gehört und Sie haben es gespürt. Sind sie...

P 01: ich bin einfach mitgegangen (mit dem Klang). und hatte den Eindruck Peter ist jetzt nicht Psychologe, er ist ein guter Schamane für mich. -- Ich fühlte mich gut aufgehoben.

I: dann sind sie in der Nacht dortgeblieben. Und am nächsten Tag war ja dann noch die Nachbesprechung.

P 01: Ja am nächsten Vormittag war eine Nachbesprechung.

I: Wie wichtig war denn das für Sie? oder vielleicht auch im Nachhinein betrachtet. Was für ein Stellenwert hat den diese Nachbesprechung?

P 01: Ja, einfach um zu kommunizieren. Was jetzt mit mir los war. Außer dieses Gefühl von Trauer und Angst, dass ich gleich offen kommuniziert habe, waren da noch andere Sequenzen und Nuancen, die jetzt nicht kommuniziert wurden. Zum Beispiel so... gar nicht sprechen müssen, einfach nur in sich eintauchen. Da passiert ja auch relativ viel. Was Sehvermögen anbelangt und Hörvermögen. Einfach mal auf sich einwirken lassen. Das ist so eine Bereicherung, weil ich entdeckte, die Welt besteht aus mehr als nur aus der Summe ihrer Teile. Ich hab dann auch eine Pflanze gesehen, die lebte einfach. Ich dachte, die Blätter, da steckt so richtig Leben drin.

I: und so Sachen konnten Sie am nächsten Tag dann nochmal...

P 01: das konnte ich dann nochmal kommunizieren. In dem Moment hab ich vielleicht gedachte "jetzt spinnst du völlig", jetzt baust du dir schon eine Beziehung zur Pflanze auf. (lacht) um da... eine emotionale Last loszuwerden. Ich weiss ja auch nicht. Ja, man baut tatsächlich eine Beziehung auf, zu Pflanzen, oder zur ganzen lebendigen Welt um sich rum. Man denkt weniger über sich nach, man denkt so -grenzüberschreitend.

I: Würden Sie sagen die Nachbesprechung ist wichtig, um das Erlebte, wie ins richtige Leben mit rüber zu nehmen? Also, das man eben nicht mit dem Gefühl da raus geht " jaa, das war jetzt auf einem LSD-Trip und ich muss das möglichst schnell vergessen, weil es war so komisch...

P 01: jaa, auch für die Therapeuten, damit die wissen, was bei einem hängengeblieben ist. Nicht das so ein Moment der Angst sich im Nachhinein noch so hervor spielt, das es bedeutend werden könnte. Einfach als Möglichkeit sich der Angst auch auszusetzen und sie zu überwinden.

I: Was war denn eigentlich die Grundmotivation oder der Beweggrund, dass Sie diese Therapie gemacht haben. Man hat ja..

P 01: Ja ich dachte, woher kommt jetzt diese Magenerkrankung. Du hast viel Stress im Beruf. Du kannst nie richtig abschalten. Sicherlich liegt es daran. Du solltest mal im Tiefinneren nachspüren was überhaupt los ist.

I: Was los ist im Sinne von das man nicht abschalten kann?

P 01: ja, emotionale Blockaden. - oder, nicht nur der berufliche Stress. Das bedingt halt auch emotionale Blockaden, dachte ich mir, und da steckst du irgendwie fest. Da muss eine Befreiung her. Ich dachte mit einer LSD-Psychotherapie kann ich da ran kommen. Waren wie gesagt 2 Sitzungen a 8 stunden

I: war nicht genug?

P 01: Auf jeden Fall nicht! Aber die Studie war halt so angelegt.

I: Ja das stimmt. -Hat sich nach der LSD, gut das ist jetzt 1,5 Jahre her. Was hat sich denn verändert? gegenüber der Einstellung zur Krankheit, oder Lebenseinstellung oder... ich frag jetzt bestimmte Bereiche ab...

P 01: Die Erfahrung relativieren zu können. Sich jetzt nicht mit seiner Krankheit in den Mittelpunkt zu stellen. Weil es gibt noch viel wichtigere Dinge im Leben.

I: Zum Beispiel?

P 01: Entwicklung der Menschheit zum Beispiel. Das die Menschheit nicht dem Klimawandel erlegen ist, oder solche Dinge. - Man schraubt das Innere Ego, glaub ich , zurück und betrachtet das Gesamte, das Ganze.

I: und macht man das eine Woche lang? Hält sowas an?

P 01: Man erinnert sich gerne an diese Sequenz, ist nur ein kurze Sequenz - aber dann ist man wieder im Arbeitsleben drinnen.

I: Das ist mehr wie eine Erinnerung?

P 01: Ja genau, wie eine Erinnerung

I: Aber gab es irgendwelche Sachen, die sich auch wirklich in ihrem Alltagsverhalten verändert haben? Das können Beispiele sein , wie: Ich geh nicht mehr so los, dass ich jedes Mal auf den Zug rennen muss, sondern ich geh halt eine viertel Stunde früher los. ... oder wenn ich den Zug verpasst hab, dann hab ich ihn halt verpasst. Haben sich solche Dinge verändert?

P 01: Ich denke ich kann auch den Beruf Beruf sein lassen. Wenn s halt nicht funktioniert, weil einfach die emotionale Last oder der berufliche Stress zu gross ist, dann muss ich mir auch sagen können, dann bist du in dem Beruf nicht richtig. Du musst wieder davon zurück treten.

I: und das konnten Sie vorher nicht?

P 01: der Ehrgeiz war zu gross, im Vordergrund. Berufliches Vorwärtskommen war mir immer wichtig.

I: und das ist jetzt anders?

P 01: Ich bin zwar weiterhin im Beruf. und bin auch glaub ich ein Stück weit vorangekommen, aber ich weiss, dass ich im Beruf zurück schrauben muss. Das kann auch bedeuten, dass ich den Beruf nochmal wechseln muss.

I: Sie wissen das und akzeptieren es, oder Sie MÖCHTEN es auch? Das ist ja schon nochmal ein Unterschied.

P 01: Ja ich hab mir vorgenommen auf der Arbeitsstelle, auf der ich jetzt bin, höchstens 2 Jahre zu verbleiben. Und wenn s nicht anders geht, auch weniger. Ich mach mir da jetzt keinen Kopf.

I: ok, und das hätten Sie vorher nicht gemacht? Sie hätten sich da irgendwie durchgeboxt?

P 01: ja genau. Ich glaube, da wäre ich nicht so gerne bereit gewesen davon zurückzutreten.

I: Kann man das auch irgendwie in Verbindung mit diesen Existenzängsten bringen? Sind die anders geworden nach der Therapie?

P 01: Wenn man einen kleinen Erfolg sehen möchte, das ist sicherlich der, das man plötzlich nicht mehr so im Mittelpunkt stehen muss. Das die eigene berufliche Karriere relativ, schon wichtig ist, aber nicht das Leben ausfüllen muss, nicht im Mittelpunkt des Lebens stehen muss.

- Ich hab ja schließlich noch meinen Sohn um den ich mich gekümmert habe, der mein Leben bereichert.

I: Wie alt ist ihr Sohn?

P 01: Mein Sohn ist 5 Jahre alt.

I: Und Sie sind?

P 01: Ich werde jetzt 45.

I: also, beruflicher Ehrgeiz ist weniger, oder anders wenn man das so sagen kann..

P 01: Sicherlich weniger , der berufliche Ehrgeiz.

I: Ist Ihnen ihr Sohn, ihre Familie, sind Ihnen da Menschen wichtiger geworden, oder unwichtiger?

P 01: Ich sehe zu, dass ich trotz beruflichen Stress meine freien Tage habe, meine freien Wochenenden. und das ich Zeit habe, mich um mich selbst zu kümmern. Auch um Abstand zu erlangen von der Arbeit. und um meinen Sohn zu treffen und mit ihm frei zu haben.

I: Würden Sie sagen, da hat die LSD-Therapie was zu beigetragen..

P 01: mmh (ja), ich würde sagen

I: genau, das ist so das was ich.. Es könnte ja auch sein, dass die Krankheit, wenn man mit so einer krassen Diagnose konfrontiert ist, das ändert ja bestimmt auch Dinge..

P 01: mmeh, ich erinner mich gerne an die Erfahrung in der LSD-Psychotherapie zurück. Es war wirklich eine bereichernde Erfahrung.

I: Aber es ist nichts wo Sie sagen würden, es hätte komplett ihr Alltag um.. oder ihr Wertesystem umgeschmissen?

P 01: Also so rigoros würde ich es nicht sagen, weil s auch nur eine zweimalige Sitzung war. Die kann halt auch nicht so sehr viel bewirken, als wenn ich es regelmässiger gemacht hätte. Dann wär wahrscheinlich mehr bei rum gekommen.

I: Ok. ---Die Therapie, klar, das waren die 2 Sitzungen, das war die Hauptsache, aber es waren ja auch noch die Besprechungen. Sie machen ja noch eine andere Psychotherapie hier in M..

P 01: Die ist schon seit einem halben Jahr abgeschlossen.

I: Die war auch von letzten Sommer...

P 01: Ja da war ich auch in psychotherapeutischer Behandlung

I:... bis jetzt vor einem halben Jahr.

P 01: Ja.

I: Wenn Sie das vergleichen. Was sind denn die krassen Unterschiede für Sie, zwischen der normalen Psychotherapie und dem, der Studie, oder dem was da passiert ist?

P 01: In der normalen Psychotherapie, da gehts ja vorwiegend um Gespräche, um die Worte. Und bei der LSD-Psychotherapie geht s eigentlich um innere Prozesse, innere Wandlung, inneres Erleben, es wird einfach bereichert dadurch.

I: Also, die Gespräche mit dem Peter Gasser, die Sie ja auch hatten, sind für Sie nicht so wichtig gewesen. Das war nur...

P 01: Doch , einfach nur um, - in Beziehung zu treten, um nochmal zu reflektieren was da eigentlich gestern, das Gespräch war ja an dem Tag danach, was da passiert ist, und nachher nochmal zu reflektieren.

I: Aber die Gespräche an sich hatten nicht wie in der normalen Psychotherapie, keine therapeutische Wirkung? Wissen Sie wie ich das meine?

P 01: Ja. Natürlich ist es schwer zu sagen was...

I: ja klar. Es geht mehr darum, von ihrem Gefühl her was Sie...

P 01: Das innere Erleben fand ich halt wichtig und das hat sich in der LSD-Psychotherapie geändert. Wie weit das in die Zukunft nachreichen kann, das ist die Frage. Ich erinnere mich halt gerne an das Erlebnis zurück, wo ich mich befreien konnte, für den Moment...

I: Bei der Psychotherapie ist es eigentlich so, sei es bei der normalen, sei es bei der LSD-unterstützten, das man einen Wandlungsprozess initiieren möchte. Das ist bei beiden gleich.

P 01: Ein Bewältigungsprozess.

I: Genau. Und die Frage ist jetzt: Wie macht das die normale Therapie, wie Sie schon gesagt haben, das geht über Gespräche, über Worte und beim LSD. Es ist ja nicht so, dass man nur die Droge hat, und vorher und nachher nicht redet, sondern da passieren ja auch Dinge. Haben Sie das Gefühl der therapeutische Prozess geht schneller mit dem LSD oder ist das qualitativ total anders als...

P 01: geht schneller... Die Schwerpunkte liegen zwar auch in der Kommunikation, aber eher danach. Wenn man das Erlebte nochmal reflektiert.

I: Was mich noch mit am meisten interessiert ist: Wer wusste denn davon ? Wem haben Sie denn davon erzählt?

P 01: ein kleiner Freundeskreis von mir. Mein Bruder. Meiner Schwester hab ich s glaub ich auch gesagt.

I: und die Reaktionen waren ...?

P 01: Du musst ja wissen, was für dich das Richtige ist. Da wollte man mir nicht reinreden. Man kennt mich auch so gut, dass wenn ich mir was vorgenommen habe, dann lässt man mich am besten meine eigenen Erfahrungen machen.

I: Hat sich denn in DEN Beziehungen, in Einstellungen zu Personen was verändert? Ich weiss nicht ob Sie eine Partnerin haben oder nicht.

P 01: Ja, meine Partnerin lebt weit weg. Das ist eigentlich keine Partnerschaft, weil Sie führt ihr Leben in L., in Polen, das ist fast an der ukrainischen Grenze, das sind über 1000 km. Also man sieht sich selten.-- Deswegen kann die auch gar nicht viel sagen, wie ich die LSD-Therapie erlebt habe. Sie war auch selbst nicht dabei.

I: Aber haben Sie das Gefühl, das sich bei Ihnen etwas geändert hat in der Beziehung? Die Einstellung zu der Beziehung, in der Liebe zu ihr oder ja... in verschiedenen Bereichen.

P 01: Das betrifft eher mein Innenleben. Vielleicht --ist es auch so--- das ich mich--- wieder mehr öffnen könnte.

I: Also es ist VIELLEICHT so, oder..?

P 01: (lacht). In dem Moment, in der LSD-Psychotherapie hab ich mich sicherlich weit geöffnet. Aber, diesen emotionalen Durchbruch, sag ich mal, nach der LSD-Sitzung, ist der jetzt nicht so stark. Die Erinnerung bleibt, das ist was wichtiges.

I: Aber Sie könnten jetzt nicht sagen, dass durch diese emotionale Erfahrung, die Sie gemacht haben, Leute wichtiger geworden sind oder das irgendwie, ich sollte mehr Gewicht auf Beziehungen zu Leuten die mir wichtig sind, legen. Oder zu sagen, es gibt Leute, die sind mir nicht wichtig und ich sollte mich mehr distanzieren oder so.

P 01: Solche Gedanken kommen schon, weil davon lebt ja das Gefühlsleben.

I: Aber Sie würden es jetzt nicht unbedingt in Verbindung mit dem bringen?

P 01: Also in Solothurn war mir die Beziehung zu Peter und Barbara sehr wichtig. Weil in dem Moment waren das die Menschen, die um mich rum waren und da habe ich gerne

investiert. Weil, das waren die Menschen, die mir aus dem Sumpf raushelfen konnten. Glaubt ich und so war es ja dann auch. Zumindestens in dem Moment. Ich musste dann Solothurn wieder verlassen und mein eigenes Leben leben.

I:Ja genau, und das ist genau der Knackpunkt. Konnten Sie das ins eigene Leben etwas mitnehmen? Haben Sie ein Gefühl, in irgendeinem Bereich..

P 01: Ich hab gerne an die Erfahrung angeknüpft, so von wegen, kannst loslassen. Du musst jetzt nicht eine berufliche Karriere hinlegen... Das ist alles sehr unwichtig, wenn man das Geschehen der Welt betrachtet.

I: Kam für Sie eigentlich irgendwann die Entwarnung, dass alles ok ist. Das ist die OP erfolgreich.

P 01: Das kam relativ schnell nach der OP. Da hiess es dann, keine Metastase und Lymphknotenbefall. Das konnte man allerdings erst nach der OP feststellen. Man hat mir aber trotzdem noch eine Chemo angeboten, weil man meinte man muss sicher gehen, da könnte immer noch was kommen. Da hab ich mich Gott sei Dank auch durchgesetzt und hab mich mit Händen und F. gewehrt " Ich will keine Chemotherapie". Das war auch eine richtige Entscheidung. Ich musste ja erst mal wieder zu Kräften kommen, weil durch die OP war ich sehr geschwächt. Und dann eine Chemo, das hätte mich vielleicht umgehauen. Ja und so konnte ich von Woche zu Woche, von Monat zu Monat wieder Kräfte sammeln.

I: Sie hatten dann nicht noch eine Zeit Angst , dass da nochwas kommt, da noch was sein könnte? Oder kommt irgendwann so ein Gefühl der Sicherheit, klar man weiss es nie 100%, aber...

P 01: Ja natürlich. Ich bin jetzt natürlich vorbelastet. Ich hab ja kein Schliessmuskel mehr. Die Säure kann leichter nach oben führen und zu Verätzungen führen und daraus entsteht noch gerne eine Gastritis, eine Entzündung, die ich jetzt von 10 Tagen hatte und daraus kann sich dann wieder rezidiv entwickeln. Das ist mir schon klar.

I: Aber Sie haben jetzt nicht mehr diese Ängste?

P 01: Nein, das seh ich ganz sachlich.

I: Das war nach der OP relativ schnell für Sie gegessen. Die OP war erfolgreich und jetzt mach ich weiter.

P 01: Ich muss.. Ich muss also weitermachen. Das Leben geht weiter für mich. Die ** Diagnose hat mir ja auch Mut gemacht. Obwohl ich mit der Therapie-- von wegen Chemo hätte sein müssen... War ich im Nachhinein dankbar, dass ich abgelehnt habe. Man ist schon nah an mich ran getreten "Machen Sie es doch, es ist von Vorteil". Meine Schwester war dann auch irgendwann dafür, dass ich die Chemo machen soll. Dann musst ich mich gegen durchsetzen. Das ist eine schwere Entscheidung.

I: ja das kann ich mir vorstellen.. Eben, die Existenzängste, die Sie vorher hatten, sind die mit der OP weniger geworden, oder sind die einfach mit dem Zeitverlauf weniger geworden?

P 01: Da spielen wahrscheinlich alle Faktoren mit. Erfolgreiche OP war das eine, und gemerkt, dass ich nach Wochen und Monaten wieder zu Kräften komme, war das andere. und auch die LSD-Psychotherapie und das ich den Weg dahin gefunden habe. Den Mut hatte an der Studie teilzunehmen. Man unterschreibt ja mit der Teilnahme an der Studie gewisse Risiken sind immer da. Man kann aber auch jederzeit aussteigen. Das war so eine gewisse Rückversicherung.

I: Haben Sie mal dran gedacht auszusteigen?

P 01: Nein.

I: Arbeit hatten wir ja vorhin kurz drüber gesprochen. Da hat sich ein bisschen was verändert, in dem Sinn, dass es nicht mehr das absolut wichtigste ist. Stimmt das so? Kann man das so sagen?

P 01: Ja genau. Das ist richtig. (*Ich kann das ?*) sehr gut relativieren, weil ich zu sehr karrierebedacht war.

I: und können Sie das irgendwie zuordnen? Kam diese Erleuchtung mit der Krankheit oder mit der LSD-Sache oder war das eine Mischung von beidem?

P 01: Schwer zu sagen..

I: Das glaub ich (lacht). Sie müssen es auch nicht sagen, wenn Sie es jetzt hätten zuordnen können

P 01: Sicherlich gab es eine Schub, dadurch das ich an der LSD-Sitzung teilnehmen konnte.

I: Ok. In Ihrer Freizeit, gut Sie arbeiten ja 100 %, hat sich nicht viel...

P 01: Die Arbeitsstelle gab s halt nur als 100%. Ich hatte gesagt 50% würde mir auch genügen.

I: Aber hat sich da in Ihrem Freizeitleben was geändert seit der LSD-Therapie?

P 01: Ja ich arbeite wie gesagt, wieder viel, eigentlich zu viel. Das ich zur Zeit sage auf die Dauer will ich den Job dort auch nicht ausführen. Ich habe zu wenig Freizeit.

I: Aber in der Freizeit machen Sie die gleichen Dinge wie vorher? ich weiss nicht was Sie mache, Musik hören oder Rad fahren oder...

P 01: Ach so meine Freizeit.. Ich fahr gerne Rad im Sommer, gerne Radtouren. Tischtennis spiele ich hier im Verein in M..

I: und das ist auch so geblieben?

P 01: Ich hab mir, wie gesagt, auch mehr Zeit genommen für Sport. -Manchmal komme ich vom Spätdienst und geh dann direkt zum Training. Wenn andere schon angefangen haben, dann komm ich halt etwas später.

I: Genau. Familie. Ihr Bruder und ihre Schwester leben weit weg. Leben Ihre Eltern noch?

P 01: Ja meine Eltern leben in Rheinland-Pfalz. Mein Bruder lebt gerade daneben.

I:. Und da ist der Kontakt wenig? 2 Mal im Jahr?

P 01: Ja, 2-3 Mal im Jahr. Meine Eltern sind nicht mehr so mobil. Da liegt s halt an mir . Ich hab halt nur so und so viele Urlaubstage. Zum 70. Geburtstag meines Vaters war ich das letzte Mal da.

I: Ok, Und ihr Sohn lebt in F. und die Mutter ihres Sohnes lebt auch in F.?

P 01: Ja. Sie lebt auch in F..

I: Hat sich zu einem dieser Familienteile etwas verändert? das Sie mehr oder weniger Kontakt haben? oder intensiveren, oder besseren oder schlechteren?

P 01: Ja ich denke der Kontakt zur Mutter ist ganz gut. Das schafft wenig Probleme. Ich kündige mich halt an. Sage, dann und dann komm ich. Eigentlich hatten wir mal die Abmachung getroffen, von ihr aus, dass ich mich 3 Tage vorher anmelde. Aber das geht auch schon mal 1-2 Tage vorher. Das ist entspannter geworden.

I: ok. super. Und äh...

P 01: Während der Schwangerschaft haben wir uns gestritten, fällt mir noch ein. Das ist jetzt weniger geworden. Das tritt eigentlich kaum noch auf.

I: Das ist ja schon mal viel Wert. Und ihre Partnerin lebt in Polen und die sehen Sie auch nur ab und zu?

P 01: Sie hat jetzt auch eine Vollzeitjob, also ist auch an Urlaubstage gebunden. Sie war vorher rein frei schaffende Künstlerin. Da konnte Sie selbst besser bestimmen.. Das geht jetzt auch nicht mehr.

I: Hat sich in der Beziehung was geändert? Das hab ich schon mal gefragt, aber ich frag jetzt nochmal... Ich hatte selbst lange eine Distanzbeziehung, deshalb weiss ich... aber man kriegt ja trotzdem etwas mit wenn man sich sieht, ob sich die Person ändert

P 01: Die Bezugsperson?

I: Nein, nicht ob sich bei der Bezugsperson etwas veränder hat. Sondern was in einem selbst vorgeht,ob sich da etwas ändert? gerade bei den Gefühlen, es ist ja eh ständiger Wandel schon im normalen ...

P 01: Was Intensität angeht oder?

I: Ja. -- Intensität oder Qualität.

P 01: Überhaupt, das Wunder des Lebens war sehr viel präsenter plötzlich. Dadurch nimmt auch die Mitmenschen, glaub ich, sensibler war.

I: Das ist mehr so allgemein? Nicht unbedingt in der Partnerschaft an sich?

P 01: Nein, eher allgemein. Das betrifft das komplette soziale Umfeld.

I: Könnten Sie sagen , glabuen Sie, das irgendjemand an Ihnen eine Veränderung bemerkt hat? Seien es Arbeitskollegen, sei es ihr Sohn, sei es die Mutter, sei es irgendwer... Das können Sie selbst auch nur schätzen, das können Sie nicht wissen. Haben Sie das Gefühl, die haben irgendeine Veränderung bemerkt?

P 01: Ich glaube die haben keine Veränderung an mir bemerkt.

I: Und Sie würden auch nicht sagen, von sich aus, das Sie sich als Persönlichkeit oder als Mensch verändert hätten?

P 01: Ich denke, ich sehe es etwas entspannter. .. Fortkommen, berufliches Fortkommen, was Ehrgeiz anbelangt?

I: Aber so als Charakterzüge? Das Sie jetzt hysterischer sind als früher oder ....

P 01: nein, eher entspannter.

I: nervöser... (Lacht) Ja, ich will jetzt hier nicht die ganze Zeit die Positivbeispiele nennen.. Also eher entspannter. Und auch nicht pünktlicher oder fleissiger. ..

P 01: Das war eh immer selbstverständlich.

I: Ah ja genau. Vergangheit zu befragen ist immer ein bisschen schwierig. Wenn Sie sich die Lebensqualität vor der LSD-Sitzung auf einer Skala von 1-10 schätzen. So pi mal daumen. 'Wie war die vorher wie war die nachher?

P 01: mmh..Dann sag ich mal die Zahl von 6 vorher und die Zahl von 4 nachher. Also 4 ist besser als 6?

I: Nein, 4 ist schlechter als 6. 10 ist das höchste.

P 01: dann muss ich es anders sagen. Wenn es 4 vorher war dann war es nachher 6.

I: Und jetzt?

P 01: Ja auch in etwa um die 6 rum.

I: Der Therapeut in der Psychotherapie...

P 01: Hier in M.?

I: Nein, der Peter und die Barbara.. Was haben die für eine Rolle für Sie gespielt in der ganzen Therapie? War eigentlich das LSD... Also, welche Rollen haben die denn gespielt?

P 01: Das waren so gute Partner für mich. Auf die ich zurückgreifen konnte, wenn ich Hilfe brauchte.

I: Also Vertrauen, zum Auffangen..

P 01: Ja, Vertrauensperson..

I: und welche Rolle spielt das LSD an sich?

P 01: Als Transmitter, na wie sagt man?.

I: Ja, war das für Sie so?

P 01: Ja, um mich überhaupt mal von meinen Ängsten zu lösen. Meine Trauer betrachten zu können. War schon nötig, sonst wär ich da so leicht nicht ran gekommen.

I: und konnten Sie das auch in der anderen Psychotherapie verwerten? Haben Sie das Gefühl es hat Ihnen für die normale Psychotherapie weitergeholfen? Das Sie so eine Erfahrung hatten.

P 01: Das war wieder eine ganz eigene Sache. Da gings ja eher um ein gutes Gespräch mit dem Psychotherapeuten und das hatte ich regelmässig --- aber es geht nicht so sehr um Innenwelten, Betrachten von Innenwelten, stille Betrachtung von Innenleben.

...Telefonklingelt - Stopp

I: Sie haben ja gesagt, Sie erinnern sich heute noch gerne an die Erfahrungen aus der LSD-Psychotherapie. Gibt es irgendwelche Auslöser, das Sie sagen, in dem Moment erinnere ich mehr dran. Wenn ich das oder das höre oder sehe...

P 01: Da kam ja dann so eine Phase von Traurigkeit und konnte auch ungehemmt weinen. Und das hab ich so als Erlösung empfunden. Ich erinnere mich gerne daran,

wenn ich mal so traurige Phasen habe, das ich weiss, ich gehe da auch wieder gestärkt draus hervor.

I:Ah ok. Das heisst wenn Sie wieder in dem Gefühl von Trauer sind, kommen die Erinnerungen hoch. Und es gibt nicht irgendwie Erinnerungen, die durch Klänge oder bestimmte Handlungen geweckt werden...

P 01: Nein, da muss schon ein gewisser Anlass da sein.

I: War es für Sie denn wichtig mit Leuten ausserhalb, ausser mit Peter und Barbara, über die Therapie sprechen zu können? Was Sie erlebt haben oder gesehen haben..

P 01: Mit den Leuten, mit denen ich drüber gesprochen habe, war es auch relativ schwierig, weil, es war für mich auch schwer zu erklären, was ich in dem Moment erlebt habe. Um da nicht in Hirngespinste hineinzugelangen, hab ich mich dann eher kurz gefasst. Ich hab gesagt, das waren halt Gefühle der Mystischen Einheit oder so.. Eins mit Gott und der Welt.. Was man sich eben drunter vorstellen kann.

I: Aber es war für Sie nicht superwichtig dass mit vielen Leuten zu besprechen?

P 01: Nein, eigentlich nicht.

I: Wenn die gefragt haben, haben Sie es beantwortet, aber sonst nicht

P 01: Ja. zum Beispiel an der Arbeitsstelle hab ich ganz wenig, so gut wie nicht, drüber geredet. Weil es wird dann auch falsch verstanden. Von wegen Drogen. Der Mann ist drogenabhängig. Den können wir jetzt nicht mehr zum Tabletten verteilen schicken.

I: (lacht) sonst ist er sie noch selbst ... Ja gut , ok. Was würden Sie sagen, wie lange haben die Effekte von der LSD-Psychotherapie angehalten?

P 01: Ja leider dauert die Sitzung nur acht Stunden und dann verfliegen die Effekte relativ schnell. Wie gesagt, ich erinnere mich noch gerne daran, aber danach ging das Leben wieder seinen normalen Gang. Die Realität holt einen dann wieder ein.

I: Ja. Ich glaub das von meiner Seite her war s das. Es sei denn Sie haben noch etwas Wichtiges, was ich nicht gefragt habe. Wo Sie sagen würden, das wäre noch hilfreich, das möchte ich gerne noch sagen.

P 01: Wichtig ist einfach, das man mit der LSD-Psychotherapie leichter an seine Emotionen und die Gefühlswelt rankommt, die vorher mehr verschlossen, undurchdringbar sich vor einem aufbaut.

I: Ja, super. Rein hypothetisch gefragt, wenn Sie die Möglichkeit hätten, das öfter zu machen, würden Sie es machen? Wenn jetzt der Peter gesagt hätte, Sie können es noch ein 3. oder 4. Mal machen, dann..

P 01: ja auf jeden Fall. aber ich hab mich einfach damit abgefunden. Die Studie sind halt nur 2 Sitzungen.

I: Das letzte noch: Was ist denn für Sie der wichtigste Faktor, der Lebensqualität ausmacht?

P 01: Lebensqualität? Das ist eine gute Frage. Soziale Kontakte pflegen, ausreichend Zeit für Freizeitaktivitäten. Nicht bloss zur Arbeit gehen, sich davon erholen und wieder zur Arbeit gehen... -Ja , das sind die wichtigsten Dinge.

I: Gut dann war es dann jetzt wirklich von meiner Seite. Ich danke....

Transkript P 02, *Interview 02, Placebo, 48 min,Therapie: Sommer/Herbst 2008, Nierenkrebs*

I: Ich weiss ziemlich gar nichts über Sie, bräuchte Namen, Alter, Krankheit, Therapiebeginn... Erzählen Sie einfach mal, Ablauf, Hat Therapie was gebracht? Angststörung ob das bei Ihnen da war oder nicht...

P 02: ja das war schon da...

I: Sie erzählen einfach mal. Ich frag dann nach.

P 02: Ja, ich bin jetzt 44 Jahre alt. Geboren xx.xx.1965. Ja, Krankheitsverlauf... muss ich sagen, war mit Glück und Unglück verbunden.---.(Sohn kommt und fragt leise was)----Es war vor etwa 2 Jahren jetzt. Nach Weihnachten, Sylvester hat er (Sohn) eine Lungenentzündung bekommen, da mussten wir mit ihm ins Krankenhaus. Ich hatte davor vielleicht eine Erkältung, hab sie verschleppt und danach ebenfalls eine Lungenentzündung. Dann hat mich der Hausarzt nach O.ins Spital zum Lunge röntgen geschickt. Dabei hat man festgestellt "Sie haben Nierenkrebs". Er ist nicht in der Niere gewachsen, sondern auf der Niere drauf. Jetzt hatte der einen Durchmesser von etwa, was warn's?, 7 cm, etwa Tennisballgross.

Die Diagnose war (macht Geräusch und Gestik)....

I: Ja das glaub ich ...

P 02: Weil vorher nix gespürt, nichts gemerkt ...

I: Keine Schmerzen und nichts?

P 02: Nein. Ich sag ja, einmal Glück gehabt, einmal Pech gehabt. also von daher, das ich mich angesteckt habe war Glück

I: Ja das ist wohl wahr.

P 02: Dann muss ich noch ein paar Abklärungen machen beim Hausarzt und der kam dann auf mich zu wegen dem Hr. Gassner [Gasser]

wegen einer Therapie. und nach der Operation hat er mich dann nochmal gefragt ob ich da überhaupt Interesse dran hätte. Und da hab ich gesagt, ja warum denn nicht. Die OP ist soweit gut verlaufen. Die ganze Niere entfernt worden, plus eine Nebenniere und danach war ich eigentlich frei.

Dann hat die Studie angefangen. Konnte mit ihm reden , also mit dem Hr. Gassner, und ...der anderen Therapeutin ob ich überhaupt geeignet bin für die Studie. Dann hat sich rausgestellt, dass ich ein geeigneter Proband bin und dann haben wir angefangen mit den Sitzungen.

I: Das war wann ungefähr??

P 02: im Frühjahr

I: Frühjahr 08?

P 02: (überlegt) ja, das war März /April

das war Ende Januar. Musste ich zur nächsten CT Untersuchung, wieder auf Olten, im Juni, Ende Juni. und da kam bei raus, dass sie wieder etwas gefunden hätten. aber sie wüssten noch nicht was. Sieht aus wie Knochenkrebs. Das war erst mal (zieht scharf Luft ein) ja!... Das hieße dann Ende Fahnenstange ---

Und in diese Zeit viel auch die erste Sitzung mit dem LSD und von daher muss sagen, war ich sehr froh. Konnte abschalten, man konnte---abschalten in der Zeit, über gewisse Sachen klar werden.

I: Also, in der Zeit heisst während der Sitzung?

P 02: während der 3 Monate

I: während der ganzen Therapie?

P 02: weil als sie was gefunden haben, lassen sie 3 Monate Zeit und dann musste ich nochmal gehen. Und, während der Zeit war es natürlich von Vorteil, mit einer Drittperson drüber reden, nicht nur mit der Familie und Frau.

Und die erste Sitzung war auch sehr intensiv, muss ich sagen,...also der Placedo [Placebo]. also für mich war es sehr intensiv

I: Haben Sie eine Wirkung gespürt?

P 02: Eine Wirkung an sich nicht, aber ich konnte fallen lassen, ich konnte mir..- es war, im Gegensatz zur 2. Sitzung, war es sehr- sehr tief. Es war nicht, ...es war, ja... ich weiß nicht wie ich es beschreiben soll, es ist schwer.

I: das glaub ich ...

P 02: Es ging tiefer als die 2.. Vor der 2. Sitzung kam dann Diagnose, dass es keine Krankheit ist, sondern nur Blutknötchen, die sich da gebildet haben *unverständlich* Ich muss vielleicht noch dazu sagen, dass Ende Dezember noch den Job verloren hatte. Das kam noch dazu. Und dann wieder einen Job gefunden hatte. Also das Leben wieder in normalen Bahnen lief. Ein halbes Jahr hab ich gebraucht nach der Sitzung, oder nach der Operation , erst mal wieder auf die Beine zu kommen.

I: Und wenn sie jetzt sagen die erste Sitzung hat gut getan, oder , war gut. Es war ja ein Placebo. An was lag s ? An der Kommunikation mit dem... an was lag s denn?

P 02: Loslassen erstmal. Die Ängste loslassen. Sich selber im Klaren zu werden, wie, was weiterlaufen muss.- Man lebt dann schon in ... ständige Angst würde ich jetzt nicht sagen, weil, da lässt so ein kleiner Max (meint seinen Sohn) gar keine, nicht viel Zeit für. Aber wenn du dann mal eine ruhige Stunde hast, dann kam auch wieder alles hoch. - In der ersten Sitzung konnte man einfach mal 24 stunden sich fallen lassen. Die Ruhe. und ja... ich weiss nicht ob Sie den Bericht gelesen hatten...

I: Nein. ich hab noch nichts gelesen.

P 02: ja, in der Sitzung war dann auch, ja - Wachtraum oder weiss der Teufel was das war. Das war dann Augen aus dem Boden rauskommen und die ganze Familie bedrohen und so. Deswegen sag ich das war intensiv

I:Aber das führen Sie jetzt nicht auf den Aktiv-Placebo zurück, sondern sie sagen, dass...

P 02: einfach von der Ruhe her

I: ... sie einfach mal Ruhe hatten.

P 02: mal wieder loslassen konnte.

I: ok. Vor dieser eigentlichen Sitzung waren ja noch ein oder 2 andere Gespräche...

P 02: ja, von daher, Gespräch, Gespräch führen mit dem Hr... ist natürlich auch...- manchmal ist es auch schwer wenn man nur Familie, wenn man nur mit der Familie redet. Also mit Drittpersonen kann man auch anders drüber reden. was läuft, und wies läuft...und jetzt.. ich hab ja auch eine Zeit gebraucht bis ich wieder richtig auf den Beinen war. Auch das Finanzielle wieder in den Griff kriegt. Das war natürlich die größte Sorge die wir hatten.

I: Und anders drüber reden ist, dass man die Sorgen klarer ansprechen kann mit Außenstehenden?

P 02: Ja...Zuhause *unverständlich* wissen ja was läuft. Aber mit Drittpersonen mal über die ganzen Sorgen und Nöten und sowas... einfach die Seele frei reden (seufzt) Darum geht's.

I: Können Sie jetzt sagen dass sich.. Wenn Sie sich jetzt angucken, die ganzen Ängste vor der Therapie..Hat das ihren Alltag beeinträchtigt?

P 02: ich hab versucht nicht, aber, ich meine, gewisse Sachen, die kommen natürlich immer hoch und hängen lassen konnte ich mich nicht , weil zu dem Zeitpunkt hab ich hier alles geschmissen, soweit es ging, soweit ich körperlich fähig war. - Aber wenn dann mal ruhig war, mal 5 Minuten für sich hatte- dann kamen schon wieder so, so Gedanken hoch....Was wäre wenn und wie und was. Gerade in der 2. Phase, also, zwischen der 1. Sitzung und bis die 2. Diagnose kam, wo man wieder so in der Schwebe hing.

I: Und jetzt konkret auf den ganz normalen Tagesablauf bezogen...

P 02: ..Hatte ich nicht. Blieb mir keine Zeit mich hängen zu lassen, mich beeinflussen lassen davon. Weil er (Sohn) brauchte seine... Er braucht einen. Er hat da den Alltag bestimmt

I: Und in Beziehungen? Sei es zu ihrer Frau, sei es zu ihren Eltern, sei es zu Freunden und Bekannten?

P 02: Da hat man auch versucht normal zu leben. Soweit es geht. Ich mein ...das belastet schon -eine Beziehung , aber da wird meine Frau ihnen vielleicht besser Auskunft geben können, inwieweit...

I: Sie hat wahrscheinlich einfach einen anderen Standpunkt als sie...

P 02: aber ja - ich hab trotzdem versucht so normal wie möglich zu leben

I: Versucht schon, aber haben Sie auch irgendwie gemerkt, es haben sich Freundschaften aufgelöst..

P 02: nein, nein das schon nicht. Also Freundschaften und so, die sind immer noch geblieben. also, bekannte, verwandte.. Meine Eltern, ja, können nicht mehr reden. Die sind bereits verstorben. Leider auch beide an Krebs. Deswegen... bin ich eine hohe Risikogruppe. und , ja, in unserem Alter kann man halt versuchen so gut wie möglich- zu gestalten, dass es normal bleibt.

I: Hat Ihnen in dem Zusammenhang die Therapie etwas gebracht? Das sie sagen, es ist einfacher geworden dadurch, nachher wieder...

P 02: Es ist schon, schon einfacher...wenn man mit jemandem drüber reden kann... der vielleicht auch mal eine andere Perspektive aufzeigen kann..einen anderen Weg

--> Erklärung an Sohn (meinerseits) warum er leise sein muss

I: also: drüber reden und eine andere Perspektive bekommen.. das hat geholfen

P 02: ja, weil wie gesagt, man hat schon versucht das Zeug nicht so in den Alltag reinfliessen zu lassen, so weit es geht, aber es geht ja nicht immer - weil, - gerade nach der Operation und nach der 2. Diagnose war s dann schon echt - echt wieder schwer.

Vor kurzem bin ich auch wieder gegangen. Im Sommer. Da hieß es schon wieder "Sie müssen in 3 Monaten wiederkommen"- weil sie was auf der Lunge gefunden haben.

I: ahh, jetzt sind Sie wieder in so einer Wartephase?

P 02: Nein, nein. Gott sei Dank im Moment wieder nicht, weil es war nur eine krankheitsbedingte Veränderung auf der Lunge. Das hat sich dann auch wieder

zerschlagen.
I: Sie haben noch gesagt die erste Sitzung war wesentlich besser, wesentlich tiefer...

P 02: Für mich intensiver und tiefer. Und die 2. Sitzung - Placebo wahrscheinlich- und, dadurch das die 2. Sitzung nach der Diagnose, nach der 2. Diagnose wieder war, endgültige... war ich auch nicht mehr so angespannt oder da ging's auch nicht mehr so tief runter. Ich war von mir aus schon erleichterter.--

I: Wissen Sie wann die 2. Sitzung war? obwohl das kann ich auch nachgucken...

P 02: Die war dann - November? , Oktober- Ja, Oktober letztes Jahr
weil im Januar drauf haben wir dann die letzte Sitzung gemacht...

I: Könnten Sie sagen dass sich ihre Einstellung gegenüber ihrer Krankheit verändert hat durch die Therapie?

P 02: Jaaa--- man geht anders mit der Angst um. Man versucht dann... Am Anfang wenn so eine Diagnose kommt, dann ist die Angst groß. Beherrscht, beherrscht einen für eine gewisse Zeit .. *unverständlich* nicht die Angst vorm Sterben, sondern eher die Angst für die Familie und wie soll es weitergehen.

I: es ist NICHT die Angst vorm Sterben?

P 02: also bei mir jetzt nicht. Bei mir war es nicht die Angst vorm Sterben, sondern die Angst um die Familie , vor allen Dingen

I: Und das ändert sich ? Damit kann man anders umgehen nach der Therapie?

P 02: Damit konnte ich auf jeden Fall anders mit umgehen und auch --- wie soll ich das erklären?- Man versucht sich, man versucht sich ihr zu stellen. Ich mein die Angst ist da, und die wird wahrscheinlich auch immer bleiben, allein schon von der Krankheit her "kommt sie wieder oder kommt sie nicht wieder". Mit jeder Röntgen oder mit jeder Untersuchung, die naht, wird das wohl so bleiben. Kommt jetzt wieder was, kommt jetzt wieder nichts? und , man versucht, dann eben nicht zu verdrängen, sondern mit ihr zu leben und mit ihr, mit ihr umzugehen. Also so mach ich es.

I: Gab es in dieser Sitzung so ein Schlüsselerlebnis oder irgendwas, was Ihnen so klar geworden ist? Wie so eine Schlüsseleinsicht, ich weiss nicht wie ich es nennen soll...

P 02: jaa--- man lebt ein bisschen anders, kann man sagen.

I: Inwiefern?

P 02: Man versucht... man sieht die Welt wieder bisschen mit anderen Augen. Ich mein, wenn sie "det dingen" /das Ding nicht gefunden hätten, dann wär ich jetzt nicht mehr da. Es hätte vielleicht noch ein halbes Jahr gedauert und dann wär es schon zu spät gewesen. Weil der war mittlerweile bis zur Niere hochgewachsen und wenn er in die Niere reingewachsen wäre , wärs wahrscheinlich Sabbat gewesen. Weil von da aus

kann er leichter Ableger setzen. - und äh- man hat, ja, also bei mir ist es so, ich leb den Moment jetzt immer.

I: und das war vorher nicht so?

P 02: ja, man hat halt. .. Planen tu ich nicht mehr so viel .. im weiten hin, aber ähh, ja,- früher hast du dir darüber keine Gedanken gemacht .

I: ich kann s mir nur vorstellen...

P 02: Als junger Mensch macht man sich nicht viele Gedanken über solche Sachen , jaa, und jetzt, ...man draußen ist, guckt man sich halt mehr um, guckt genauer hin...-- Das, also das was ich am meisten mitgenommen habe, als Schlüsselerlebnis, weil ansonsten *unverständlich (hier?)*, versuchen ganz normal zu leben. -Denn, ich glaub es nützt nichts uns das halbe Jahr verrückt zu machen oder so. Weil dann haben wir, hätten wir eine große Belastung- und die ist dann natürlich fast nicht mehr tragbar

I: also ein bisschen gelassener? man versucht...

P 02: njaaa, man versucht, ja, gelassener , in gewisser Hinsicht, ja. Aber man, wie gesagt, man plant nicht mehr so weit voraus, also ich zu mindestens nicht , meine Frau ist da schon wieder anders (lacht)...Ich versuche mein Umfeld besser wahrzunehmen. Es gibt Sachen die wichtiger geworden sind und Sachen die früher wichtiger waren und jetzt halt nicht mehr ganz so wichtig sind.

I: Zum Beispiel?

P 02: Das Geld, das Geld ist schon wichtig ,aber ist nicht mehr so Maß gebend, sagen wir es mal so

I: Und haben Sie jetzt das Gefühl es liegt einfach an der Krankheit an sich, an der Diagnose oder diesem ganzen Verlauf oder liegt es wirklich auch zum Teil ...

P 02: Zum Teil, teils, würd ich sagen. Weil nach der Operation, musste ja auch mal klarwerden, wie soll mein Leben jetzt weiter aussehen. von daher, auch wenn ich nur Placebo hatte... Konnte ich den 24 Stunden auch mal die Gedanken wieder ordnen und zusehen wie es weitergeht oder gehen soll. Gerade bei denen Sitzungen . Bei den Gesprächen haben wir halt vorwiegend die Angstzustände und wie muss ich weiter machen. wie man damit umgehen kann...

I: Also praktische Tipps..Sie haben sich ja damals entschlossen nicht weiter zu machen, Sie hätte ja die Möglichkeit gehabt...

P 02: ...weiterzumachen. Aber ich wollt jetzt mal ohne versuchen, weil Hr. Gassner, Gasser hat mir auch gesagt, ich könnte jederzeit anrufen wenn etwas ist, wenn ich Hilfe (räuspert sich), Hilfe brauche. Aber ich wollte jetzt mal versuchen ohne zu machen .

I: Also ohne Hilfe von außen?

P 02: Jaa.., solang ich weiss dass ich ihn jederzeit anrufen kann und machen kann, ist das schon eine Hilfe. aber jetzt wollten wir erst mal gucken wie s auch ohne geht.

I: Es lag jetzt nicht daran ,dass sie gesagt haben " es wird mir zu viel , es war ein schlechte..."

P 02: nein, nein. von daher.. ich hätte ja auch die Möglichkeit gehabt LSD zu nehmen oder nehmen dürfen um die Erfahrung zu *unverständlich*. Aber ich hab jetzt mal gesagt, jetzt lassen wir s mal - weil- im Endeffekt hat mir das schon recht viel gebracht, was wir da von den Sitzungen haben.

I: und sie haben vorhin ganz kurz, da muss ich nochmal nachfragen, gesagt, auch in der ersten Sitzung, dass sie irgendwie Augen gesehen haben.

P : Ja.

I: Das müssen Sie noch ein bisschen näher beschreiben. Also wäre ich froh, wenn Sie das machen können . Auf' s Mal oder wie kam das?

P 02: Das kam wirklich auf s Mal. Auf einmal hat sich der Boden aufgetan. Ich stand mit der Familie zusammen und auf einmal kamen da Augen aus dem Boden raus ..

I: Also sie standen wirklich! mit der Familie zusammen?

P 02: Ja ja, wir drei hier.

I: Also das war nach der Sitzung dann?

P 02: nein , nein in der Sitzung, Placebo

I: Ahh, die waren mit? Die Familie war mit?

P 02: nein, Nein. Sie waren nicht da. Ich war allein da.- mit dem Herrn Gassner - und der --

I:Frau Speich.

P 02: Frau Speicher. Und ... aber ich habs ge..

I: ahh, sie haben es gesehen oder gefühlt!

P 02: gesehen. Bildlich hab ich sie gesehen. Wir standen zusammen und plötzlich tut sich der Boden auf, es gab Risse- und- eben, dann kamen die bedrohlichen Augen raus.

I: und, das war s dann?

P 02: Im Endeffekt war s das schon.- Ich hab Angst gefühlt, ich hab Bedrohung gefühlt.

Ob das jetzt die Reaktion war auf die Diagnose vom Arzt her, das wieder Krebs "annekommt" - und- ja, ich weiß auch nicht.. in dem Moment war ich einfach, einfach tief - tief und weg

I: ok. Haben Sie dann die Angst dabei zugelassen oder haben sie dann versucht...

P 02: ja. Ich hab schon versucht meine Familie zu schützen, aber bei mir....

I: Dann hat sich das aufgelöst und dann...

P 02: und plötzlich war wieder weg. Wie Nebel wars dann und dann wars wieder weg. Das war die intensivste Situation die ich hatte.

I: Das war in der ersten Sitzung. Am Ende, am Anfang in der Mitte ? wenn Sie das noch sagen können

P 02: tja das war -- später Nachmittag----um 9 uhr angefangen... ja später Nachmittag

I: Haben Sie... Sie hatten vorhin kurz gesagt, Angst vorm Sterben war eigentlich nicht so das Thema.

P 02: Ja , zu mindestens bei mir nicht, weil ich halt gesagt hab, keine Zeit zum Sterben

I: (lacht)

P 02: Weil als die Diagnose kam, auch schon im Krankenhaus, war ein Hammer, aber nach 2 Tagen musst ich dann auch sagen, als ich die Ruhe hatte drüber Nachdenken.. kann nicht, will nicht...weil, den Kleinen wollte ich aufwachsen sehen, mit der Frau wollte ich auch noch ein paar Jahre zusammen leben (lacht) wenns geht. , aber...da muss ich wohl sagen, die hab ich in der Hinsicht, weg verdrängt, so, die Angst..

I: und da sich auch, sofern sie unbewusst oder wie auch immer da war , hat sich da etwas geändert. Die Einstellung die Gefühle vorher und nachher?

P 02: Die hab ich in die Ecke gedrängt und sie ist weg gewesen. Nicht weg, aber - war nicht präsent. Da gab Sachen , dir mir andere Sorgen gemacht haben. Zum Beispiel das ganze Finanziellen, den Kleinen nicht mehr sehen...

I: Arbeit. Wir hatten es bisher von der Familie.. Hat sich denn im Arbeitsleben was verändert dadurch? Sei es durch die Diagnose oder sei es durch die Therapie.

P 02: Ich muss dazusagen, wie gesagt, ich musste mir erstmal einen neuen Job suchen. --- jaa...---arbeitsleben an sich----eigentlich nicht viel, nein....--na gut, ich arbeite im Moment nur 80%. aber...

I: Weil sie möchten oder ...

P 02: Ja, weil ich möchte, nicht muss. Weil, ich hab mir auch gedacht, wenn s so

aufgeht wie wir s jetzt haben ungefähr, dann hab ich auch mehr von der Familie. Weil sowas prägt einen dann auch schon, es könnte zu Ende sein und....- früher bin ich auch in Zürich arbeiten gewesen. Das waren schon von hier 1, 5 Stunden eine Fahrt. 3 Stunden Fahrt. Ich such mir was in der Nähe, und erst mal nur 80%, weil das reicht..

I: eben, Freunde hab ich schon gefragt gehabt... in der Beziehung...

P 02: Die Anteilnahme war natürlich gross von den Freunden und Verwandten her. Meine Frau..ja, Vater ist auch relativ früh gestorben und sie hat einen Bruder, der (ruft in die Küche) "Wie alt war der S. als der Vater gestorben ist ? 4, 5?" Fünf. Und dann kam die Angst in der Familie natürlich auch auf (seufzt) das sie jetzt die gleiche Situation hat wie ihre Mutter jetzt. Dass sie alleinstehen den Sohn aufziehen muss. Jetzt ist er 18 (S.) und jetzt ist er auch nicht mehr viel daheim.

I: Hat sich in ihrer Ehebeziehung was verändert? Mehr auf Abstand oder eher näher zusammen?

P 02: Ja,ja ja... denk bisschen näher sind wir schon zusammengerückt. Weil, so viele Probleme die wir lösen mussten -und ich denk- das man da etwas intensiver lebt

I: aber eher bedingt durch die Krankheit und nicht durch die Therapie?

P 02: Ja, eher durch die Krankheit.

I: Ja, --genau-- erübrigt sich eigentlich ein bisschen die Frage, aber haben Sie das Gefühl, das die Bezugsperson eine Veränderung gemerkt hat an Ihnen? oder ist es ...

P 02: Wie meinen Sie jetzt? Der Herr Gassner oder meine Frau

I: ja ja ihre frau, ob ihre Frau gemerkt hat dass sich durch die Therapie was geändert hat

P 02: da fragen sie lieber meine Frau.

I: mmh, die frag ich sowieso. Aber haben Sie! das Gefühl, sie hat was gemerkt? Was schätzen Sie? Kann auch ein Tipp sein...

P 02: tja (lacht) pff *unverständlich, entweder: ich mach mal so, oder, ich hoff mal so

I: klar, Veränderung sind ja die ganze Zeit. Angst und hin und her... Familie,.... Meinen Sie , sie haben sich als Mensch, als Charakter , als Persönlichkeit verändert ?

P 02: Ich bin noch ruhiger geworden

I: Sie sind noch ruhiger geworden ?

P 02: ja, etwas, etwas gelassener der Welt gegenüber. Wie sagt man, über viele Sachen lohnt es sich gar nicht mehr aufzuregen oder sich, sich Gedanken drüber zu machen - weil--... Nichtigkeiten, die im Prinzip nichts zu suchen haben...- darüber muss

man sich auch erst mal im Klaren werden. Es gibt viele Kleinigkeiten, wo man sich früher drüber aufgeregt hat, wo man gesagt hat "ja das geht doch nicht so", oder.... Heutzutage sagst du halt " Ja, gut, ist halt so..."...-weil es sich nicht lohnt drüber nachzudenken. Die Zeit kann man sich anders einteilen.

I: Hat sich die Lebensqualität auf einer Skala von 1-10 verändert, vor und nach der Therapie?

P 02: nja..für mich schon----auf welcher Skala?? --Ich würd sie jetzt auf 8 setzen und -früher mit dem ganzen "getüch" (???) und machen und tun, naja, auf 6. Wir hatten schon unsere Leben, wir waren schon zum Teil zufrieden, aber ich muss sagen, heute bin ich gelassener gegenüber gewissen Sachen. Das regt zwar meine Frau manchmal auf (lacht), das belastet wieder ...aber, ich sag mal einfach, gewisse Sachen (hustet) muss ich einfach nicht mehr haben.

I: War das die erste Therapie, Psychotherapie, die Sie gemacht haben?

P 02: Ja.

I: Und mehr wegen der Krankheit oder mehr wegen der Angst? wenn man das so.. es geht ja eigentlich einher, aber

P 02: (überlegt).. also ich denk mal eher wegen der Angst als wegen der Krankheit. Nach der OP haben sie mir gesagt es sind keine Metastasen gebildet worden, von daher, waren wir auch schon erleichtert, aber da gings eigentlich vorwiegende wegen der Angst.

I: Sie hatten ja die erste Sitzung die recht wichtig war. Und dann danach ist ja noch eine Sitzung, am nächsten Tag...

P 02: .. das Nachgespräch.

I: Genau. und für wie wichtig empfanden Sie das denn?

P 02: Ja.nochmal alles aufleben lassen, durchsprechen, war natürlich wichtig. Wir haben ja während der Sitzung, im Prinzip, fast nichts besprochen, nichts gesagt. Und die Besprechung von! der Sitzung war am nächsten Tag. und- da seine Erfahrungen und Gefühle oder das was man eben erlebt hat während der Sitzung auszusprechen war natürlich auch von Vorteil..

I: Hat ihnen das geholfen?

P 02: Ja.

I: Die ganze Erfahrung die sie gemacht haben, oder das Ganze was Ihnen durch den Kopf gegangen ist. Wie haben Sie es denn in den Alltag umgesetzt? oder was hat Ihnen, gab s irgendwas was Ihnen dabei geholfen hat.-- sie umzusetzen. Es könnte ja auch so sein: Man hat ein Erlebnis, die Sitzung , und ein paar Tage später ist es schon

wieder vergessen.

P 02: Vergessen. Vergessen ist gar nichts!. Weil, wie gesagt, es kann immer wieder was kommen. Ich mein, vergessen kann man da nichts.--Für mich, wie gesagt, -- Ich hab natürlich auch längere Zeit, Zeit gehabt darüber Gedanken zu machen, wie das Leben weiter gehen soll - und- ja- muss einfach sagen, was ist mir jetzt wichtig?, und von daher waren die Sitzungen und die Gespräche natürlich auch sehr wertvoll.

I: und sie haben es auch umsetzen können dann?

P 02:also ich für mich konnte das so ganz umsetzen. weil-- wie gesagt die Gelassenheit, nicht mehr so lang Planen, Vorplanen. Das lohnt sich im Moment nicht. In meiner Risikogruppe, mindestens 5 Jahre krebsfrei und dann... eventuell nichts mehr. Das hängt natürlich immer über einem wie das Schwert

I: Das ist auch jetzt noch da?

P 02: jaja sicher. Das wird auch immer, noch eine Weile bleiben. Weil das ablegen, geht nicht so einfach. aber man versucht eben sich mit dem allen zu arrangieren. Weil, ganz vergessen, ganz verdrängen kann man es nicht.

I: Hat Ihnen da die Gespräche mit Herrn Gasser was gebracht?

P 02: Von daher, die Angst in Griff zu kriegen, die Angst nicht übermannen zu lassen, sich klarer zu werden welchen Weg ich jetzt gehen soll. von daher waren die Gespräche...

ENDE

Transkript P 03, *Interview 03, Placebo & LSD, 68 min,Therapie: Herbst /Winter 2008, Migräne mit Suizidgedanken*

Einleitung meinerseits, wann war Therapie, Krankheitsverlauf, wie an Therapie gekommen...

P 03: Migräne seit 22 Lebensjahr, hat sich gesteigert, massiv gesteigert, anfangs im Monat 2-3 mal, dann wöchentlich, dann pro Woche 2 ,3,5 Tage, ganz massive Steigerung, so dass sich die ganze Migränesituation massiv auf die Lebenssituation niedergeschlagen hat. An allen Orten ist eigentlich eine wesentliche Einschränkung passiert durch das. Ich hab viele Sachen probiert, Therapie, in allen Variationen, Medikamente. Nachher ist eine Phase gekommen wo ich nicht mehr wollte, wo ich dermaßen kaputt gewesen bin. Jetzt geht‘s mir so schlecht, jetzt brauch ich Hilfe und zwar- sofort-

Dann bin ich 3 Wochen ins L.spital und eigentlich-ja- es hat eine Therapie gegeben, so ein bisschen ganzheitlich mit Betrachten um Rauszufinden von wo und was und wieso. Mit dem Nebeneffekt weniger Medikamente zu brauchen, weniger Migränemittel zu benötigen- es ist eigentlich nur um das gegangen. Triptan gebraucht und das in einigen Mengen, so dass auch der Verdacht gewesen ist, dass der häufige Konsum von dem, das es die Migräne nachher fast fördert. 3 Wochen bin ich dort gewesen. Es ist für mich eine etwas enttäuschende Zeit gewesen. Es ist nicht das rausgekommen was ich erwartet habe, es ist mehr Beschäftigungstherapie gewesen. Ja...

I:und das war wann ungefähr?

P 03:so im 2000.

I : also vor 9 Jahren. Und wie alt sind sie jetzt?

P 03: Jetzt bin ich 48.

I: Seit 26 Jahren Migräne

P 03:Dort hab ich aber in einem Gespräch den Hr. H. kennengelernt. Er ist Psychologe im L. gewesen.

Zusammenfassung:
eigentlich keine neuen Patienten, aber über Studienteilnahme mit 'Studenten konnte er dann doch zu ihm

P 03: So konnte ich dann weiterhin zu ihm in Therapie, obwohl er eigentlich nicht wollte, nicht mehr Leute wollte, aber er hat sich dann zu Verfügung gestellt. Zu ihm hatte ich einen guten Draht, sehr wertvoll gewesen, da war ich jahrelang. Er ist dann gestorben.

I: In der Zeit in der sie bei ihm waren ging es Ihnen besser?

P 03:Besser kann ich nicht sagen. Ich muss einfach sagen ... ja, wir haben einfach wirklich gut zusammen reden können. Er hat mich verstanden, er hat mir Tipps gegeben und er hat mich unterstützt. Das hat mir gut geholfen.
Und nachher hab ich eine Zeitlang nicht gemacht. Das heißt ich bin nicht mehr in Therapie. Die Migränephase sind gleich oder ähnlich gewesen.
Dann bin zu einer Neurologin. Ich habe ja die ärztliche Betreuung gebraucht, wegen den Medikamenten vor allem. Und von dort bin ich dann zur Frau Z. [Psychologin] gekommen. Seither bin ich dort. und von ihr her ist dann auch der Dialog mit dem Hr. Gasser zustande gekommen.

I:Bei ihr sind Sie jetzt immer noch in Behandlung? waren auch während der ganzen Therapie ..

P 03:ja. zum Teil weniger, weil das war dann zu viel das einte und das andere auch noch. Aber das ist eigentlich so wie es nachher zustande gekommen ist. Nachher sind die Aufnahmeverfahren gekommen. Das ist in einer Zeit gewesen wo ich plötzlich ganz massiv Suizidgedanken bekommen hatte. Das ist wie über mich hinweg gefahren. Ich hab nicht gewusst durch was es so stark kommt. Und das ist nachher auch der Auslöser gewesen, die Suizidgeschichte mit der Migräne, dass ich überhaupt als Kandidat für die LSD -Studie in Frage gekommen bin. Die Chancen sind da gewesen, aber eventuell auch nicht, weil ich ja keine lebensbedrohende Krankheit habe- indirekt aber doch, weil sie ist ja dann lebensbedrohenden geworden.

Und dann hab ich Tests gemacht und die Befragung und bin dort aufgenommen worden....-- Ich hab nicht so richtig gewusst in was gehe ich da. Ich habe keine Erfahrungen mit Drogen in dem Sinn gehabt. und hab nicht gewusst was mich dann dort erwartet. Auf der anderen Seite bin ich seit langem zu allem offen gewesen. Ich muss einfach etwas haben, was mir hilft, es ist mir egal was. Und warum soll nicht das eine Chance sein. Vielleicht tut sich etwas auf, macht etwas klar, etwas, ja.. etwas aufzeigt was mir nachher hilft.

Ich hab zwar eine Riesenangst gehabt davor. ...Vor der Erfahrung, was passiert in dem Moment, was passiert auf dieser Reise. Wie ist das , jaaa...

I: Ja klar. Das ist ja was völlig neues, nicht einschätzbar.

P 03:Genau.

I: Das war wann?

P 03:Das ist im letzten Herbst gewesen. Und das heißt, ich hab nachher gerade die Placebo-Geschichte durchgemacht, wo ich nicht gerade Freude dran hatte.. (*unverständlich). Das ist "unfreud" für mich gewesen, einfach auch zeitlich. Ich bin soweit gewesen, jetzt geht‘s , jetzt fühl ich mich , ich bin jetzt "z'weg"/fit. ich will- und nachher muss man das zur Kenntnis nehmen. Ich bin aber so, wenn ich etwas angefangen habe, dann will ich es auch durchziehen. Wegen dem dann auch der Entscheid, wohl, ich mache logischerweise den 2. Teil auch noch. Das "echte, wirkliche" will ich auch noch, weil die ganze Vorbereitung ist zeitintensiv gewesen. Mit allen

Gesprächen, mit Untersuchen, ärztliche Untersuchungen . Ich hab viel Zeit investiert. Wenn ich schon so viel auf mich genommen habe, dann mach ich jetzt den 2. Teil auch noch.

I: Das war dann im Winter?

P 03:Die erste Reise war am 27. November 08 und die zweite am 18.12.

I: Sie sind im Moment -zu mindestens für mich- der einzige der beides gemacht hat. Placebo und LSD . Hat sich nach dem ersten Teil, also nach dem Placebo, etwas für Sie verändert? Sei es Krankheitsverständnis, sei es Ängste- von denen haben wir jetzt noch gar nichts gehört. Waren die da vorher, haben die sich verändert?

P 03: Die Angst vor was eigentlich ?

I: Also um aufgenommen zu werden, war ja eine diagnostizierte Angststörung in irgendeiner Form nötig. Bei den meisten Leuten ist es die Angst vorm Sterben oder Angst, vielleicht auch vor dem Sich etwa antun, ich weiß es nicht, ... oder war das bei Ihnen gar kein Thema?

P 03:Doch. Ich hab auf jeden Fall Ängste gehabt, massive Ängste. In erster Linie, das ich mir etwas antun, dass ich mich nicht mehr im Griff habe, nicht mehr spüre. Ich hatte Ängste, eben , gewisse Sachen haben mich plötzlich angezogen, wo ich nicht sagen konnte woher es kommt. Auf der einen Seite hab ich schon gewusst, die ewige Migräne, die ewigen Schmerzzustände mit den ganz kurzen Erholungsphasen und nachher gerade wieder die nächsten Schübe. Ja... die Erklärung hatte schon, aber von wo das Innere gekommen ist, der Drang plötzlich nicht mehr zu wollen, das hab ich echt nicht gewusst. Das hat mir Angst gemacht, das nicht zuordnen zu können und vor allem nicht *unverständlich*, es nicht im Griff zu haben

I: unkontrolliert..

P 03: ja.

I: und haben sich DIE Ängste, hat sich da was geändert. Durch die Therapie, sei es durch die Gespräche, sei es durch den Placebo. Es war ja ein Aktivplacebo, ja war ja nicht nichts.

P 03: Ich glaub, da hat sich nichts geändert. Es war einfach eine Enttäuschung ist da gewesen. Ansonsten hat sich daraus nicht viel verändert.

I : Es waren ja trotz allem 2 Sitzungen mit dem Placebo.

P 03:ja (lacht) . ganz korrekt wie der Studienverlauf beschrieben ist

I: Sie haben aber schon nach dem 1. Mal ....

P 03:jaa.. das ist innerhalb einer viertel Stunde klar gewesen.

I: Und würden Sie sagen, während der ganzen Therapiephase, mit den Vorgesprächen, dem Placebo, den Nachgesprächen hat sich nichts verändert?

P 03:Es hat mir sicher... Irgendwie haben mir die Gespräche trotzdem (glich) geholfen. Weil es sind gute Gespräche gewesen, ja gute Leute um mich gehabt - und ... ganz sicher hat mir das in dieser Situation geholfen, aber nicht der Placeboeffekt.

I: es war mehr die Beziehung, die Gespräche...

S.. ja, genau , ja

I: und deswegen sind die Ängste auch nicht weniger geworden, oder würden Sie sagen... das Krankheitsverständnis, Sachen im Alltag.... sind sie durch die Gespräche oder den Placebo wieder arbeitsfähiger--?

P 03:Nein. Mit dem nicht. nichts..

I: und dann mit dem Richtigen?? Mit der LSD Verum Dosis? Können Sie da einfach ein bisschen erzählen, was sich verändert hat , ob sich was verändert hat?
--- ..Ich weiß, es ist ein Jahr her...

P 03:Wenn ich jetzt zurückdenke, dann muss ich sagen im Frühling ist es mir wieder etwas besser gegangen. Besser gegangen in dem Sinn, ich hatte weniger Migräne, im Sommer auch. Und jetzt seit dem Herbst - hab ich wieder ganz massiv Migräne und bin zum Teil auch wieder arbeitsunfähig, mehr arbeitsunfähig.

Aber was ich bis jetzt nicht mehr hatte, das ist eigentlich der Drang, der Suiziddrang oder noch viel weniger Gedanken daran. Das ist im Moment kein Kampf oder kein ... nicht so Thema. Vielleicht mal am Rand, aber NIE so wie vorher. Ganz klar.

I: und das sagen Sie hat ganz klar mit der Therapie zu tun?

P 03:muss ich annehmen, hat irgendwie mit dem zu tun. Das ich anders damit umgehen kann oder das dort... irgendwas“ druss usse“ (daraus) passiert ist .

I: Haben Sie das Gefühl es lag an der LSD Erfahrung? an der Reise an sich? Das jetzt da Irgendwie passiert ist? Schlüsselerlebnis? Man erlebt ja recht viel...

P 03: Ja-. Also die erste Reise ist für mich eine Panikreise gewesen. Mit fast reiner Todesangst. Das ist ein Todeskampf gewesen - die erste Reise. Wirklich .. wo ich das Gefühl gehabt hatte (*ich sterb jetzt da* nicht wirklich verständlich). Mit Verkrampfen , mit bachnass, mit ... das war eine ganz lange Zeit der Reise, bis es endlich zur Entspannung geführt hat, wo ich dann gelöster gewesen bin. Ich muss einfach sagen, das war ein Horrortrip beim ersten Mal.

Wo ich dann weg bin, hab ich auch gesagt, ich mach die 2. nicht mehr. Das kann ich nicht nochmal, das ertrag ich nicht nochmal. Mit etwas Abstand dann zur ersten Reise, hab ich dann gesagt, wohl, ich will die 2. auch. Die kann nur schöner werden! Die kann

nur schöner werden! und das ist nachher auch so gewesen.
Die 2. Reise ist wesentlich --ja, einfach viel leichter gewesen. So eine andere Welt, wo ich viel mehr von hatte. viel schöner. *unverständlich*

I: Einzeln auf die Sitzungen einzugehen.. Ja eben Todeskampf. Man kennt die Beschreibungen ja recht genau was da passiert.. bei vielen Menschen ist es.. ja nicht identisch, auf keinen Fall,,, aber relativ gleiche Schemata. Hatten Sie das Gefühl Sie sterben, oder hatten Sie das Gefühl ihre Familie wird bedroht, oder haben Sie...

P 03:Ich hatte Todesangst für mich selber. Ja es ist wirklich einfach schwarz gewesen, schwarze Seite... ich hab Angst gehabt, gezittert, ich hab das hier notiert (zeigt auf Blatt). Wirklich totale Anstrengung ist es gewesen, kein Ausweg gesehen, kein Entkommen. Das Ganze ist mir vorgekommen wie ein endloser Marathon.

I: Am Ende hat sich das dann...

P 03:und irgendwann ist es dann so ein Moment gekommen wo es doch noch vom Schwarzen ins Weiße rein ist. Aber das ist nachher eigentlich der Erschöpfungszustand gewesen.

I: und die 2. Reise war die gleiche Thematik nur leichter? Oder kamen dann andere Themen zum Vorschein?

P 03:Die dunkle Seite ist am Anfang auch bei der 2. Reise gekommen, aber relativ kurz. Ich bin auch ein wenig verkrampft gewesen, Schweiß, aber nicht so lange und plötzlich ist dann wirklich so eine Entspannungsphase gekommen. Völlig losgelöst. Es ist hell geworden. Es ist alles leicht gewesen. Es ist ein angenehmes Gefühl geworden, ein warmes Gefühl. Kein Schmerz. Fast so ein bisschen schwebend, klar, so getragen, und mit der Musik zusammen .. nein, dann wirklich wunderschön. Das ist eh.. ich muss sagen, das hat mich schon noch über das Ganze hinweg getröstet...

I: (lacht) über den Placebo und der verlorenen Zeit.. und die Ängste, die Suizidgedanken, sind seitdem wesentlich weniger.

S:Ja. ja.

I: Würden Sie das jetzt an etwas bestimmten festmachen? oder sagen Sie das ist einfach alles zusammen, beide Reisen plus die Gespräche oder wie erklären Sie sich das für SICH?

P 03:ich denke, so direkt nach den Reisen, vor allem nach der 2. Reise--- hat es schon gewisse Veränderungen gegeben. Veränderung von ...das Gefühl haben, ist noch anderes im Leben, ein bisschen so... wie soll ich sagen ? Das nicht das Gleiche gleich wichtig ist . So eine Verschiebung von ... von Werten... hat alles durchmischt auf s mal.

I: können Sie mir da konkret ein Beispiel geben?

P 03:Ja, vielleicht auch als kleine Sachen ...sich mal wieder Zeit nehmen Musik zu

hören, bewusst Musik zu hören. Wie soll ich sagen? Vielleicht materielle Werte ... ein bisschen... nicht mehr den gleichen Stellenwert hat . Das andere Werte vorher kommen.. Die ganze Gesundheit und alles drum und dran,... ja, eben,,, so Sachen...Familie halt... wo man Job hat, und der Job geht vor und vor und vor und die Familie steht hinten dran... Das merkt man gar nicht mehr. Das ist einfach so. Vielleicht dort, zu merken, ja halt, was ist jetzt eigentlich wichtig? Das es der Familie gut geht, das es den Kindern gut geht, das die ihre Zukunft sehen... Ja... und nicht einfach all meine Energie in die Firma stecken, wo man keine oder schlechte Identität hat (lacht)..

I: Sie arbeiten ? Vollzeit?

P 03:Ja, ich arbeite. Vollzeit. Bin Geschäftsleitung und ähh ja... ich hab eigentlich das ganze Jahr, bis eben Anfang November, 100% geschafft. und dann hab ich einen Ausfall gehabt und jetzt bin ich 50%.

I: und eben die ganzen Änderungen... DAs ist relativ typisch für LSD das dann so Wertänderungen von statten gehen. .... haben Sie das Gefühl das hat angehalten oder war das nach einem Monat wieder vorbei? Kommt man wieder in die alten Muster?

P 03:Man ist schnell wieder in den alten Mustern. Das bin auch ich schnell wieder gewesen. Mit der normalen Arbeit, mit allem drum und dran, mit den täglichen ... ist man sofort wieder, ist man wieder drinnen. In dem normalen drin.--- Das ist mir natürlich auch schon wieder bewusst geworden. Wenn s mir schlechter geht...ja..

I: Können Sie Pi mal Daumen sagen wie lang war das ? Wie lang haben Sie davon gezehrt? Hat sich das irgendwie...

P 03:Ich denke das waren-- 3 Monate...-4, 5 Monate. Das es bewusster gewesen ist und nachher ist es *unverständlich*

I: dann ist man wieder im Alltag drinnen. ja ja das ist...Und hat sich denn ihre Einstellung zur Krankheit geändert? dass man es mit anderen Augen sieht.?

S:-- Nein.-- Ich hab lange Mühe gehabt es akzeptieren zu müssen und nicht irgendwie können *unverständlich* ich hatte Mühe mit dem . Das hab ich heut noch. Das einzige das sich... das früher, jedes Mal wenn ich ein Medikament genommen habe, hab ich ein schlechtes Gewissen gehabt, das hab ich heute nicht mehr so. - Ja, das hat sich verändert.

I: also seit dem?

P 03:Vielleicht mit dem auch gerade nochmal ein bisschen. Ja. Ich würde sagen das ist ein nachhaltiges, erfülltes Leben , es ist halt mehr als... Imigran --- zu nehmen. oder subatkivitan (medi) oder was auch immer...

I: Sie haben vorhin gesagt sie sind noch bei der Frau Z.. Kann man das irgendwie --klar das ist eine lange Zeit, bei ihr sind sie jetzt seit Jahren- vergleichen. Der Unterschied zwischen der Therapie bei ihr und eben das was mit der LSD - unterstützten PT... Ist es

komplett anders oder eigentlich ist es das gleiche, oder?

S. Es ist schon anders gewesen. Schon durch das es studienmässig aufgebaut ist . Mit all den Vorbereitungen, mit allen Fragenbögen, mit allen Gesprächen die man hatte. mit den Abständen.. es ist schon nicht das gleiche wie nebenher...

I: es ist intensiver. kompakter..

P 03:Ja, auf jeden Fall.

I: und das LSD an sich . hatten Sie das Gefühl dadurch ist die Beziehung zu dem Hr. Gasser schneller besser geworden, oder waren andere Gespräche möglich oder sind sie an Erkenntnisse gestoßen die vorher nicht da waren?

P 03:Nach dem LSD sind die Gespräche meiner Meinung nicht anders gewesen oder nicht intensiver. Das sind sie nicht gewesen. Sie sind von Anfang an - gut gewesen, offen gewesen und das waren sie nachher auch noch.

I: durch die 1. Reise, wo Tod und Sterben ein rechtes Thema war, hat sich dadurch ihre Einstellung zu Tod und Sterben geändert?

P 03:Nein. Das hat nichts verändert. *unverständlich--* Ja, es ist nicht anders geworden, das Verhältnis.---

I: ja, wenn das so ist, dann ist das so ... es hätte ja sein können. Gibt es ein gewisses Schlüsselerlebnis, wo sie sagen das war der Moment wo,, keine Ahnung was sie als Schlüsselerlebnis bezeichnen, ...gab s das? und wenn ja was war‘s? oder gab‘s das nicht und die ganze Reise war gleich intensiv...oder an sich so intensiv...

P 03:Das Schlüsselerlebnis ist eigentlich das wo man vom Dunkel ins Helle reinkommt, von dem Angespannten ins *** inne. Das ist ganz, ganz krass gewesen. Vorher Angst, angespannt und geschwitzt und plötzlich so die Leichtigkeit, wo sich alles gelöst hat, wo....

I: und das kam auf s Mal?

P 03:Ja. und das haben sie mir nachher auch gesagt, das hätte man gesehen. Das hätte man mir angesehen in der Situation was vorher gewesen ist und nachher.... das ist in relativ kurzer Zeit passiert.. Das ist für mich auch bleibend.

I: Haben Sie das mitnehmen können in den Alltag? Nimmt so was mit und setzt es irgendwie um, oder ist das wie eine schöne Erinnerung, wie muss ich mir das vorstellen??

P 03:Es ist ganz sicher eine schöne Erinnerung und es ist natürlich in dem Moment...eine Erleichterung gewesen... und in Alltag rein --- ich hab das nicht mit irgendwas umsetzten können. oder nicht bewusst. Es wäre mir nicht bewusst.

I: Es ist wahrscheinlich auch schwierig das direkt umzusetzen. Gab es Sachen, was mich eigentlich am meisten interessiert, im Alltag, weil der Nutzen der Therapie macht sich ja daran bemerkbar ob es den Alltag erleichtert. Das sie sagen würden im Vergleich zu vorher oder nachher meine Beziehung, meine Beziehung zu meiner Partnerin, ist intensiver geworden , besser oder schlechter. Manche Dinge sind wichtiger geworden , haben Sie ja vorhin schon gesagt. Oder Freunde und Bekannten, hat sich das was geändert? Wirklich so in diesen Alltagsbereichen die man hat.... Hat sich da was getan?

P 03:Im Prinzip hat sich das sicher positiv ausgewirkt, ...ja, Frau, und auch die Kinder wissen dass ich die Ängste, die Suizidgedanken, ja , das ich die, das im Moment, mich nicht mehr verfolgt. Das ist sicher positiv. Das ich trotzdem noch viel ausfalle oder viele Pläne ins Wasser gehen, oder das ich einfach nicht da bin , oder nicht parat bin wenn ich sollte, mit dem leben sie schon so lange, das ist weniger schlimm.

I: Sind die Beziehungen intensiver geworden? Sind Ihnen ihre Freunde oder, ich weiß nicht ob ihre Eltern noch leben, wichtiger geworden oder das man vielleicht mehr den Spreu vom Weizen trennt.. ja, das man merkt, die Beziehungen sind mir wichtiger und die sind mir nicht so wichtig. oder das andere Gespräche zustande kommen.

P 03:In einem gewissen Sinn schon. Da hat es das schon gegeben. Jetzt vielleicht mit meine Eltern hab ich mich eher ein bisschen distanziert.

I: Seit der Therapie?

P 03:Ja. An anderen Orten ist es mir wertvoll die Beziehung zu pflegen. Im Prinzip. Es wird mir fast noch wichtiger *unverständlich*

I: Warum haben Sie sich distanziert? wenn man das so einfach begründen kann..

P 03:Das hat schon mit der Vergangenheit zu tun, mit Vorfällen, die ...ich hab lange Zeit daran rumgenagt ..- und jetzt ist es einfach-- eben, ich habe keine Krach mit Ihnen oder so , aber einfach so eine andere Distanz und ich hab das Gefühl mir geht‘s besser dabei. Ich hab‘s besser.

I : und das ist seit dieser Zeit.

P 03:Ja. ja. Ich hab es vorher nicht so gut gehabt mit ihnen. Ich hab mich jetzt einfach besser abgrenzen können.

I: Es ist zwar schon ein Zeitlang her... aber ich hab ja gefragt ob sich im Alltag in verschiedenen Bereichen etwas verändert. Gibt es irgendwas was ich nicht gefragt habe. Wo hat sich seit der LSD-Therapie etwas verändert? Es kann sein, dass Sie morgen ihren Tee mit der linken statt mit der rechten Hand gekocht haben. Es kann aber auch sein , dass sie 1x die Woche in die Kirche gegangen sind...

P 03:Was ich öfters gemacht habe, ist, ich habe Musik gehört, die während der Therapiesitzung gelaufen ist. Die hab ich immer wieder mal vorgenommen, mich hingelegt und es angehört. Das ist mir dort schon ziemlich *geil* eingefahren während

der Sitzung. Und jedes Mal wenn ich das höre, ist das auch wieder so. Es hat so eine Dynamik, so von unten hoch mit Steigerungen, das hat mich da schon fasziniert...

I: und die Musik schafft es dann auch Sie wieder in so einen Zustand zu bringen ?

S.Ja ja

I: und das ist auch jetzt noch so?

P 03:ja.

I: Die Sitzungen nach der Reise, am nächsten Tag, wie wichtig waren die für Sie? oder was genau ist da passiert?

P 03:Klar. In den Placebo-Sitzungen was das nicht wichtig, weil ...

I: Sie haben also wirklich GAR NICHTS gemerkt. Sie haben da einfach 8 Stunden rumgelegen

P 03:ja,es sind gute Entspannungsmomente gewesen mit schöner Musik, .. mit guter Betreuung, mit guten Gesprächen auch nachher noch. und somit ist das am nächsten Tag eigentlich gar nicht mehr nötig gewesen. Mit der LSD Sitzung ist es ein bisschen anders gewesen. Gerade beim ersten Mal kam es mir noch wichtig vor, weil da ist schon relativ viel abgegangen. Ja, da kam mir s wirklich gut vor (hat mich gut gedüngt). Bei der 2. Sitzung- ist es schon etwas weniger wichtig gewesen, aber trotzdem hab ich gefunden es ist schon gut. Wenn man nochmal am nächsten Tag darauf zurückkommt, nochmal Gedanken macht. Für mich ist das so gewesen, wenn ich da raus bin, da steh ich schon wieder im Alltag. Wegen dem ist es wichtig gewesen. Nachher kommen dann schon wieder die anderen Probleme und dann ja...

I: Hätten Sie sich da gewünscht länger dran zu arbeiten. Wenn man gesagt hätte man trifft sich in 2-3 Wochen nochmal. Würden Sie denken das bringt was um es länger aktiviert zu behalten? Oder würden Sie sagen das war eine runde Sache und das war ok?

P 03:Ich finde, eben, für mich, der nachher wieder ganz normal im Alltag ist, find ich es gut wenn man sich nochmal Zeit nimmt, nehmen muss und nochmal hinterfragt, und vielleicht auch fragt was ist das anders, was hat sich verändert, was... find ich gut. Wenn man nicht so im Alltag ist, wenn man ein bisschen Ferienzeit hat, da sieht es vielleicht anders aus.

I: Alltag ist ja bei Ihnen auch sehr mit Arbeit verbunden. Hat sich da was im Arbeitsleben was geändert? Sie machen den Job lieber oder weniger lieber , gelassener oder gestresster...

P 03:Es hat sich vielleicht in letzter Zeit auch... anhalten können, dass ich einfach wirklich, gewisse Sachen viel leichter nehmen konnte, viel besser wegstecken konnte... Das hab ich vorhin schon gesagt, erst mal kommt die Familie und dann ... einfach so,

denk ich, dass ist mir nachher besser gelungen..

I: zu der Placebozeit gab‘s da aber keine Veränderungen ? Der Abstand war auch kurz (zur LSD session) bei Ihnen.

P 03:nein..

I: Haben Sie das Gefühl Sie haben sich zu dem Zeitpunkt als Persönlichkeit oder als Charakter, als Mensch verändert?

P 03:Das ist schwierig zu sagen, sehr schwierig zu sagen.----Ich kann eigentlich nur das sagen, das hab ich mir sagen lassen, ich hätte mich verändert. Das ist nicht etwas was ich selbst festgestellt habe, sondern wo, mir ist gesagt worden, ich hätte mich schon verändert in dieser Zeit. Das ich mit gewissen Sachen anders umgehe, ja, vielleicht etwas anders Prioritäten setze...

I: aber Wie? In welchem Sinn? So, oh Gott, sie sind katastrophal hektisch geworden . oder in was für Bereichen ? oder wer hat es denn gesagt?

P 03:Das ist die Sekretärin. Mit der ich fast all meine Zeit verbringe (lacht) wegen dem kennt man sich sehr, sehr gut, effektiv, und sie nimmt das sehr gut wahr und so, eben, nimmt sie auch wahr, wie ich anders mit Stress umgehen, anders mit dem Schmerz umgehe. Eben, jetzt kann ich auch mal sagen, wenn ich Migräne bekomme " so jetzt gehe ich heim" es wird nicht einfach Zeug genommen und nachher zieh ich das durch, sondern "jetzt geh ich heim, dann hab ich die Chance dass ich morgen wieder da bin ". So die Sachen hat sie bemerkt.

I: Sie selbst haben das aber nicht gemerkt?

P 03:Ich hab das nicht so... ich hab mir manchmal vielleicht schon gesagt, ich will das wieder mehr machen, aber als dann soweit war, hab ich es eben nicht gemacht. und ja, wenn ich jetzt zurückgucke, dann muss ich sagen, wohl, jetzt hab ich‘s gemacht, stimmt, es ist wahr.

I: Sie war die einzige Person, die...? oder fallen Ihnen noch mehr Leute ein?

P 03:Sie ist schon die, wo ...

I: ok. ...--- die Bezugsperson, ihre Ehefrau, haben Sie das Gefühl sie hat etwas mitbekommen von der Veränderung? oder hat von der ganzen Therapie was mitbekommen?

P 03:Also, ganz klar, während der Therapie sicher, in der Zeit, sehr sehr viel. Und jetzt hinterher... weiß ich s nicht..

I: Ich werde sie dann fragen (lacht)... Ich weiß nicht ob man das überhaupt abschätzen kann. Wenn sie jetzt in Prozent sagen könnten, soviel % der Veränderung lagen am LSD, am Mittel an sich und durch die Erfahrung und soundso viel % lag an den

Gesprächen mit dem Peter Gasser. Was war denn der Ausschlag gebende Punkt dass die Therapie ein Erfolg, ein Misserfolg war, wie auch immer?

P 03:Was ich sagen kann, ohne Substanz, wär es auch eine gute Therapie gewesen, aber SICHER nicht der gleiche Wert. Das ist mal ganz klar. Und wieviel die Substanz mitgewirkt hat, das ist schwierig, das ist wirklich schwierig zu sagen. Aber es hat die Therapie verändert. Die Wirkung hat was verändert, ganz sicher.

I: Wenn Sie rückblickend sagen können, hat sich die Lebensqualität vor und nach der Therapie verändert? Gut, das hängt bestimmt auch stark von der Migräne ab...

P 03:Migräne hab ich noch, Suizidgedanken nicht mehr, von daher ist ganz klar.. das ist viel wert, sehr viel wert. Das hab ich seit dem nicht mehr. ...- Das ist riesig.

I: LSD ist auch dafür bekannt dass es Schmerz reduziert....weniger Schmerzmittel, über gewisse Zeit schmerzfrei... Ist das bei der Migräne auch so? Sie nehmen schon Schmerzmittel wenn sie einen Anfall haben ? hat sich da was geändert?

P 03:Also da kann ich jetzt nicht sagen ob es mit dem LSD zu tun hat. Tatsache ist, das ich festgestellt habe, dass ich längere Zeit wieder mit weniger Sumatriptan ausgekommen bin bei jedem Anfall, und seit Herbst muss ich wieder viel mehr nehmen . Ob das einen Zusammenhang hat, das weiß ich nicht, ob das sonst irgendeine Veränderung ist...

I: ok, Aber die Häufigkeit von den Schüben hat sich das verändert?

P 03:neeein. -- Die längste Zeit ohne Migräne sind etwa 2 Wochen. Das ist Maximum.

I: Das war aber jetzt auch danach.

P 03:mmh.

I: Ist das jahreszeitlich bedingt?

P 03:In der Regel ja nicht, aber bei mir ist es so, dass es im Herbst stärker wird. Aber warum weiß ich nicht. In den letzten Jahren war es immer so.

I: Sie haben vorhin gesagt, dass die Musik etwas ist, was Ihnen geblieben ist, was wertvoll ist, und dass Sie da auch zurückdrauf greifen können. ..Gibts noch mehr so Sachen, die Ihnen helfen das Ganze in den Alltag mitzunehmen, wieder zu erleben?

P 03:Es ist in erster Linie durch die Musik, wo ich den Zugang finde.

I: Und das machen Sie dann auch ganz bewusst ?

P 03:Ja, schon.

I: Gibt‘s jetzt noch irgendwas, und da wär es wichtig wenn Sie gut überlegen würden, wo

Sie sagen, dass wäre jetzt noch wichtig gewesen, hätten Sie das mal gefragt, oder, ...sei es zur Therapie, sei es zum Placebo, was hätte man anders machen können, das war ein Stress für mich , ..ja, einfach allgemein, Sachen die Ihnen jetzt noch einfallen.

P 03:Das Ganze ist wie gesagt aufwendig. Zeitintensiv. Gerade für Leute wie mich. Aber sonst, ja, es ist halt auf die Sicherheit geschaut worden, mit all den Untersuchungen und allem drum und dran,ja... ich denke, wenn es mal legal wird, muss es ja dann nicht mehr so sein

I: Das dauert glaub ich noch..

P 03:Das geht eben noch.. jaja

I: Ihnen war es zu viel Zeit oder zu viel Fragebögen oder zu viel Administratives oder...die Sitzung an sich zu lang oder die Dosis zu hoch ?..

P 03:Nein, einfach, wenn man alle Sitzungen nimmt mit Voruntersuchungen, der Tag und die Untersuchungen und am Schluss wieder das Gleiche...Das ist sehr viel Zeit und Energie reingeflossen --- und, es ist so beschrieben gewesen, man hat gewusst was einen erwartet, aber ich bin froh gewesen, als ich sagen konnte " so jetzt geh ich das letzte Mal" und nachher kann ich das abschließen.

I: Sie hätten auch nicht - das ist jetzt völlig utopisch, aber wenn der Hr. Gasser gesagt hätte, sie können noch eine 3. und 4. Sitzung haben und Sie können alle 3 Monate wieder kommen ...

P 03:Das würde ich im Moment überlegen. Weil jetzt wo s mir gerade schlecht ging, hab ich mich auch wirklich wieder mit dem befassen können und hab mich auch gefragt "Nützt das nochmal?" , und ich muss sagen , eben schon, die Ängste, die vorher da waren "wie läuft das wohl ab?", hätte ich alles nicht mehr. Ich könnte das ja ganz locker, entspannter angehen und das ist ein positiver Gedanke. Die Erfahrung vom ersten Mal...

I: Klar, das ist jetzt abschätzbarer. Also würden Sie es theoretisch eigentlich befürworten, abgesehen von den ganzen Fragebögen....

P 03:ja...

I: Was mir noch einfällt. Wem haben Sie denn davon erzählt? Wer wusste denn das Sie die Therapie machen?

P 03:Das sind Frau und Kind, die sind informiert gewesen * unverständlich* Der Tochter ist das sehr eingefahren, die hatte rechte Angst gehabt.

I: Wie alt ist sie?

P 03:Sie ist 18. Sie hat sich da schon recht Sorgen gemacht, was denn da passiert. und vor allem, sie hat Angst gehabt, was ist nachher mit mir, wie bin ich nachher, bin ich

nachher anders...Und sie hat das auch ganz klar ausgedrückt, die Angst. Beim Sohn, der 2 Jahre jünger ist, weniger, der war weniger besorgt.. und mit der Frau, die hat ganz sicher auch ihre Bedenken gehabt...ja..

und im weiteren Umfeld, ja, im engeren Kollegenkreis, hab ich s gesagt was ich mache, aber sonst eigentlich niemand

I: Die Tochter hat sich dann aber nicht bestätigt gefühlt dass Sie anders geworden sind?

P 03:(lacht)nein

I: Ich glaube von meiner Seite aus war s das. Wenn Sie jetzt nichts mehr los werden möchten...

P 03:Nein, ansonsten hab ich eigentlich nichts mehr.

I: Sie haben zu Anfang gesagt die Therapie ist ziemlich weit weggerückt ... Die Effekte haben sich weitergezogen, außer dass Sie weniger Suizidgedanken, aber ansonsten nichts mehr...

P 03:neee

I: Hat ihre Psychologin in Bern, eine Veränderung gemerkt. Wie hat die denn der ganzen Sachen gegenüber gestanden?

P 03:Positiv. Sie hat es gut gefunden dass ich es mache. Sie hat es als Chance gesehen... Sie hat aber nicht gesagt dass ich mich veränder hätte.

I: und es hat sich auch für sie nichts in der Therapie mit ihr verändert?

P 03:Nein.

Ende. Danke

Wife/Ehefrau P 02 (EP 02), *Interview 04, Placebo, 20 min*

EP 02: Also, angefangen hat es im Januar 08. Zuerst der J. (Sohn) und dann der Mann. Mit der Lungenentzündung. Da haben wir nach Olten gemusst, ins Spital, in den Notfall und schon dort ist mir nicht wohl gewesen, weil Niemand hat etwas machen wollen und das ist für mich das Zeichen gewesen da stimmt etwas wirklich nicht. Ich hab einfach das Gefühl gehabt da kommen und gehen sie und ...ja...und ich bin dann schlussendlich, weil‘s am Abend spät war, wieder heim und am morgen um 9 wieder hin.

Ja und als ich dann in Spital in O. angekommen bin, hab mich die Ärzte eigentlich gerade abgefangen. Und da bin ich in so einem Kreis von 4 Ärzten gewesen und die haben mir dann das erläutert was da los ist und sie haben angefangen zu reden und zu reden, und für mich ist eigentlich sonnenklar gewesen er hat Lungenkrebs. das ist für mich so klar gewesen wie das Amen in der Kirche. Er hat mir s am Telefon nicht genau sagen können , oder, ja, und irgendwie kam es mir komisch vor wie sie geredet haben und schlussendlich haben wir das dann aufgeklärt, oder . Dann haben sie mir erklärt es sei auf der Niere, es sei nichts auf der Lunge in dem Sinn. Es sei da schon etwas, aber es sei auf der Niere. Und dann ist eigentlich das erste Mal für mich wie eine Erleichterung gewesen, weil irgendwie der Gedanke dagewesen ist " die kannst du rausnehmen" es ist noch eine da. soo. das ist so ein Blitzgedanke gewesen. Irgendwie hab ich gefunden, da gibt‘s einen Weg.

Und nachdem Gespräch eigentlich, ja ich hab ihnen ziemlich auf den Zahn gefühlt. Ich hab sie gefragt wie lang wie breit, wieviel, mit was ist zu rechnen. Und ich hab von allen 4 die Aussage bekommen "ihr seid eine junge Familie, ihr habt noch einen so kleinen Sohn, es ist selbstverständlich wir machen alles" . Und die Aussage ist für mich, ja da hab ich gewusst es geht nicht einfach nur zu Ende, wenn s jetzt so wär, es geht irgendwie, wie auch immer, aber es geht , es kommt schon wieder. Das für mich ein gewisser Boden der mir Halt gegeben hat, ich hab gewusst, es ist eine schwere Zeit, aber es wird gut kommen irgendwie am Schluss. Und dann ist das ja eigentlich losgegangen. Dann ist er operiert worden und der Tag ist eigentlich noch schlimm gewesen für mich...

I: Die OP?

EP 02: Ja, das ist eigentlich fast schlimmer gewesen als zu wissen, dass er Krebs hat. Weil ich einfach das Gefühl hatte es könnte noch so viel sein oder so... Aber das ist dann ja auch gut gekommen und gewesen.

Und wir haben wohl miteinander geredet, das schon, was wird, und er hat schon einmal (gli einisch) geredet davon, es kommt gut, es wird gut, ich weiß es. Und trotzdem hatte ich das Gefühl, da ist etwas wo tiefer ist. Das wir 2 nicht miteinander bereden können. und ich hab das dann dem Hausarzt unter 4 Augen besprochen. Ich hab zu ihm gesagt: " Mein Mann ist ein verschlossener, er ist nicht der große Redner gewesen, wir haben nicht...,ja...es wird...er hat nie alles offen gelegt in dem Sinn. Und ich hab irgendwo gespürt es ist etwas wo ich als Frau nicht auffangen kann. wo ich nicht tragen kann. und ich hab das nachher mit dem Hausarzt so besprochen. Ich hab gesagt gehabt " gibt es nicht eine Möglichkeit in irgendeiner Form das man...ja... ich hab es nicht gesehen dass ich das sein muss. Ich hab einfach gewusst, es muss irgendwas von außen sein. Und er hat das dann in die Finger genommen, der Hausarzt. Und kam dann mit dieser Studie, mit dem Hr. Gasser. und allem zusammen. Und ich muss eigentlich sagen, von dieser Studie weiß ich relativ wenig. Also ich weiß dass es um LSD gegangen ist. Das ist das was ich weiß. Ich weiß dass er Sitzungen gehabt hat. Aber ich weiß nicht was geredet wurde. Ich weiß nicht, was gegangen ist. und ich hab auch nie gefragt. Es ist ihm seins. Es ist ihm sein Weg und ich hab das so stehen lassen.

I: Sie haben selbst nie mit dem Hr. Gasser geredet?

EP 02: Nein. Nein. Es ist wirklich... Ich hab es wirklich einfach so stehen lassen. Es ist ihm sein Weg, es ist ihm sein Weg es zu verarbeiten, oder, oder. eine Lösung für sich selbst zu suchen. Wir haben auch nie, drüber geredet. Ich hab auch nie gefragt, in dem Sinn, was hast du gemacht? oder wie lang oder wie breit?. ich hab mich wirklich... Klar, hat es mich Wunder genommen, aber ich hab mich einfach zurückgenommen, weil ich gefunden habe, wenn er mir etwas sagen will, dann sagt er es und sonst ist es einfach ihm sein Weg.

Und darum, im Endeffekt, ich weiß nicht viel mehr. Ich weiß nur dass er Placebo bekommen hat. Dass es nichts gewesen ist, in dem Sinn.

Verändert?...Ich hab einfach gemerkt wie wichtig ihm der J. geworden ist. Was für einen großen Stellenwert der eingenommen hat, der Bub. Das ist noch ganz.., für mich sehr frappant gewesen. Das ist eine Veränderung, so... eppis Familie. wirklich Familie, Familienleben. Es hat glaub ich mehr Bedeutung bekommen. Vielleicht aus dem Grund, weil er keine Eltern mehr hat, schon, so lang, weil es so weit weg ist, zu seinen Brüdern. Und so (gli) auch gemerkt hat , dass er hier getragen wurde, oder... das sie... Meine Familie ist da gewesen, meine Schwester sind da. Es ist alles einfach..., ja, es hat zusammen gehört. Es ist vielleicht auch eine Bestätigung, dass er wirklich einer von uns ist, von unserer Familie. Nicht einfach..., sondern dass er hier, hier! zu Hause ist.
Er ist nach wie vor nicht der große Redner. Wohl, es ist besser geworden. Wir können, es gibt mehrere Momente in denen wir miteinander einfach *unverständlich* können

Wo es nicht nur ein "ja " und ein "nein" ist, und "es geht gut" , "es geht nicht gut". Ja...- wo es einen Austausch gibt... Was vorher gar nicht gewesen ist in dem Sinn. Es ist so ein .... Er ist einfach nicht der große Redner gewesen.

I: Haben Sie das Gefühl das hat sich jetzt verändert mit der Krankheit oder mit den Gesprächen mit Hr. Gasser? Mit der Therapie?

EP 02: Ich glaub es hat beides etwas damit zu tun. Sowohl einerseits, so eine Grenzerfahrung zu machen, oder.. an einen Punkt zu kommen wo alles und nichts sein kann im Grund genommen. Aber ich denke auch, dass vielleicht Sachen besprochen wurden, die einfach gelöst haben, irgendwo, die vielleicht, ja... einen neuen Horizont eröffnet haben oder die verarbeitet werden konnten. ich weiß es nicht. Also.. irgendwie, ich denke es ist beides gewesen - wo geholfen hat.

I: Sie können also auch nicht so zeitlich sagen, ja, eine Woche nachdem hat sich das geändert?

EP 02: (redet rein)Nein! nein, nein. Überhaupt nicht, überhaupt nicht. Das ist über die Zeit, hat sich das entwickelt. Ja...

I:...Und...Wie hat denn das Umfeld reagiert auf, also, .. Ihr Mann hat schon gesagt, es wussten nicht so viele, dass er diese Therapie macht, diese Studie..

EP 02: ..nein, es weiß wirklich nicht viele, dies mitbekommen haben...

I: und dann war die Reaktion vom Umfeld auch nicht...

EP 02: also, ich hab es glaub ich meiner Mutter und der Schwester erzählt. Aber das war so am Rand. Es ist wirklich etwas was allein ihm gehört hatte, wo er entschieden hat, wie weit, wie lang wie breit. Was mir auch persönlich wichtig gewesen ist. Weil ich eigentlich da drauf hinaus wollte. Ja... ich hab auch in dem Sinn nicht groß einbezogen werden, weil ich hab für mich selber auch den Weg gesucht, wie ich damit klar komme, oder aso... es ist mir einfach wichtig gewesen, dass er jemand hat wo... so in dem Sinn...

I: Dann kamen auch von außen keine Reaktionen, dass sich ihr Mann verändert hätte? Im Guten wie im Schlechten

EP 02: Nein, nein..

I: Würden Sie das auch sagen wenn er nicht da sitzen würde (lacht) ? (Mann sitzt neben ihr)

EP 02: (lacht) Nein, gegen außen ist er dadurch nicht anders geworden. Also er ist.. In der Gesellschaft oder in der Familie, bei Familienanlässen, ist er weiterhin der wo am Tisch sitzt, gut im Stuhl Zurücklehen kann und einfach zuhört. Er ist.. ja... er ist weiterhin einfach der, den man kennt oder, es ist jetzt nicht, dass er mehr redet oder anders ist, oder depressiver, oder melancholischer, oder, überhaupt nicht! , von dem her. Es ist schon einfach, das in der Familie, unter uns 3 ausmacht.

I: und da hat sich die Qualität verbessert?

EP 02: Für mich schon. Ja...jaja...Ja, weil ich muss nicht mehr so...Es kommen auch Sachen von ihm aus. Mal ein Gespräch oder ein Lösungsansatz. Ich muss nicht immer "stürmen" oder drücken oder so... ich hab .. ja... so wie als ob der das Leben mehr in die Hand genommen hat. Nicht das er vorher nicht geschaut hätte, aber... ja...

I: .Mehr Initiative von ihm aus.

EP 02: Ja, ja ja...

I: Haben Sie etwas mitbekommen... Hatten Sie das Gefühl er hatte jetzt irgendwie Angst durch die Krankheit? oder....-große Nöte...

EP 02: Also, ich denke so für mich, wenn s auf die halbjährliche oder 3 monatige Untersuchung (Nachuntersuchung) zugeht, dann ist wahrscheinlich schon, gewisse Anspannung da. Aber das ist allgemein. Also das ist auch für mich irgendwie...ja... es ist einfach eine gewisse Unsicherheit oder Unruhe da, bis die 3 Tage rum sind (bis die Ergebnisse kommen)... dann denk ich aber, wenn etwas wäre, hätten sie schon lange angerufen, oder, so in dem Sinn. Ich denke, der Zeitpunkt ist sicher immer noch.. aber sonst ist s für ihn wie abgeschlossen. Wie...es ist... Das hatte er schon relativ bald mir gegenüber. Es war so , wir schauen nach vorne, wir reden nicht gerne drüber. Es ist jetzt gewesen, es ist gut rausgekommen, es ist gut, so einfach...*unverständlich* So ist er mir gegenüber gewesen, aber, ich denke aber schon, so gewisse Tage, so gerade wenn‘s wieder ansteht, und weil gleich wieder irgendwas gewesen ist, das da gewisse Unruhe, gewisse Angst da ist. Vielleicht kann er heute besser damit umgehen.

Ich hab wie das Gefühl... ich denke er "hat sich auch besser im Gefühl", er spürt sich besser.

I: und durch was jetzt?

EP 02: Es ist auch durch die Therapie, durch die Gespräche, durch sich wirklich selber -kennen lernen, spüren lernen..

Ehemann (P02), der wieder daneben sitzt: Da kann ich vielleicht noch ein Beispiel sagen: Nach der 2. Diagnose bzw. nach der Nachuntersuchung im Spital wo sie gesagt haben, dass sie was gesehen haben.. - ja- wie war das- Ich bin dann zur Nachbesprechung hingefahren, hab den Schlüssel im Auto gelassen, vor lauter, lauter .. (macht Gestik und Geräusch "Verwirrtheit") .. ja ich war irgendwie weg, weg vom Fenster. - Jetzt passiert das nicht mehr.

I: Als Mensch, als Charakter oder Persönlichkeit hat er sich jetzt nicht verändert?

EP 02: Nein, nein,, es ist...ja, nein...

I: Hat sich den Ihre Einstellung zu der Krankheit an sich verändert in dem ganzen Prozess?

EP 02: Ich hab so eine gewisse Grundunsicherheit, Grundunruhe.. und ich hab auch ganze Szenarien im Kopf, die in der hintersten Schublade, die ich ziehen kann. Wo ich genau weiß, wenn der und der Fall kommt, weiß ich was ich zu tun hab. Das hab ich mir angeeignet. Das ist so meine Überlebensstrategie. Also ich weiß ich bin gewappnet, ich hab die Sache durchstudiert, ich weiß was los ist, ich weiß was ich machen muss... so in dem Sinn. Das ist einfach für mich, für mich persönlich.

I: So verschiedene Notausgänge?

EP 02: Ganz genau, ganz genau. Das ich nicht, wenn s dann wieder kommt, wenn sie mir wieder was an den Kopf schmeißen, das ich genau weiß , "ah, das hab ich durchstudiert, jetzt kann ich schauen was dazu passt". Einfach, ich mich nicht selber in ein Loch fallen lasse.

I: Sie haben vorhin gesagt Sie haben von der Therapie eigentlich nicht viel mitbekommen. War das auch so ein bisschen gewollt? Sie haben gesagt, das ist sein Ding und das... dann haben sie jetzt auch... Also wenn Sie jetzt eine Wunsch äußern könnten: Wären Sie lieber eingebunden, oder...

EP 02: nein, ich nicht. Weil es ist gut so wie es gewesen ist und ich hab es so gewollt und es ist auch so gekommen.

I: Und es ist auch so rausgekommen wie sie es sich vorgestellt haben. Sie haben ja gesagt, am Anfang, da ist etwas worüber er mit mir nicht reden kann und deswegen haben Sie sich an den Hausarzt gewendet und dann hat er diese Therapie gemacht. Und ist es denn so rausgekommen wie Sie es sich ungefähr vorgestellt haben, also..

EP 02: Also, das Problem ist, ich hab mir keine Vorstellungen gemacht was raus kommt. Ich hab jetzt nicht irgendwie Vorstellungen gehabt, kommt der so oder so zurück oder so...Ich hab auch nicht gewusst in welche Richtung er geht. Ich hab es einfach angesprochen und gefunden, für das ist jetzt der Hausarzt zuständig. Er muss jetzt wirklich schauen, weil mein! Mann wäre nie gegangen und hätte gesagt " da ist noch

etwas". Das hab ich gewusst. Das ist mir wichtig gewesen, dass ich den Stein ins Rollen gebracht habe. Einfach das Ganze hat angefangen können. Ich weiß es nicht... Ich hab es einen guten Weg gefunden .. im Nachhinein muss ich sagen es hat gepasst, es hat gepasst

I: Es hat etwas gebracht?

EP 02: Ja, genau.

I... Abschluss... Gibt es noch etwas was Sie gerne erzählen würden, wo Sie denken, dass sollte ich wissen...

EP 02: Zusammenfassend: Sie erzählt bis Abschluss, dass Sie nicht versteht, dass ihr Mann immer noch raucht. Was es denn noch braucht um ihm den Impuls zum Aufhören zu geben.."das er die kraft immer noch nicht gefunden hat, aufzuhören" , Lungenkrebs (Atem, Schnuuuf, Leben) wäre schlimmer, "Das der Schalter immer noch nicht umgelegt wurde"....

Wife/Ehefrau Patient 03 ***(EP 03),*** *Interview 05, Placebo & LSD, 20 min.*

I: Einleitung-Danke- wie lange leben Sie schon zusammen?

EP 03: Wie meinen Sie? also Zusammensein? jetzt muss ich studieren, 25 Jahre, glaub ich ..

I: und wohnen auch seitdem zusammen?

EP 03: ja.

I: Sie haben 2 Kinder hab ich mitbekommen.

EP 03: Ja.

I: Ihr Mann hat ja schon recht lange Migräne. Ich wäre froh wenn Sie mir kurz erzählen was Sie noch von der Therapie erinnern, also von der LSD- unterstützen Psychotherapie, was Sie mitbekommen haben überhaupt. Was Sie wissen und ob sich aus Ihrer Sicht etwas an ihrem Mann verändert hat. Sei es die Einstellung zur Krankheit, ist er verwirrter geworden, ist er ruhiger geworden.. Es ist jetzt schon ein Jahr her, von daher ist es vielleicht ein bisschen...

EP 03: Also von der Therapie hab ich einfach mitbekommen, dass er - aufgenommen wurde und dass man eben nicht wusste ob es eine Blindstudie gibt (meint Placebo) oder eine richtige**.** Es ist im Herbst gewesen und da ist die Migräne einfach immer am schlimmsten. Wir haben wir wirklich auf den Termin gewartet. Wir hatten das Gefühl, es bringe dann etwas oder es gebe wirklich mal eine Veränderung und so. .. und nachher ist er in die Studie gegangen, hat die Therapie gemacht und ist eben die Blindstudie gewesen wo er als erstes dabei war. Und er hat es eigentlich sofort ziemlich schnell gemerkt, hat er gesagt. Von daher ist dann eine ziemlich lange Zeit nichts passiert bis er nochmal gehen konnte und dort war dann das richtige (LSD).
Ich glaub er hat einfach wahnsinnige Ängste durchgemacht damals. Aber mehr könnte ich jetzt nicht sagen./hat er nicht gezeigt/gesagt?

I: Sie haben selbst nie mit dem Herrn Gasser reden können?

EP 03: Nein. Mit dem Herrn Gasser hab ich nie geredet.

I: Hätten Sie gerne?

EP 03: Nööö.

I: Für sie war‘s ok so?

EP 03: ja.

I: Nach dem ersten Teil der Studie, wo eben nichts passiert ist, hat sich da etwas

verändert?

EP 03: Nein. Verändert hat er sich ... ein Riesen!frust irgendwo. Vorher ist schon die Anspannung gewesen, was passiert, was geht da ab, was kommt und dann hat man auf den Tag gewartet und, ja, es ist für nichts gewesen. Das ist wirklich..Das ist ein Frust gewesen. Wenn die Anspannung für nichts da war.

und nach dem ersten Mal wo er es dann wirklich bekommen hat (LSD), da ich hab das Gefühl gehabt, er hat nachher ziemlich dran arbeiten müssen irgendwie, verarbeiten. Er ist auch müde gewesen, soweit ich das noch weiß. Gut, Ängste hat er gehabt oder während dem Trip.. aber nachher war nichts mehr …und dann hat er ja noch ein zweites Mal richtiges bekommen. Aber das hat ihn auch nicht weitergebracht, hatte er das Gefühl gehabt.

I: Und hatten Sie das Gefühl gehabt es hat sich irgendwas getan..

EP 03: Eigentlich ...also mehr...vielleicht gerade so danach, hab ich das Gefühl gehabt, nach dem, dass er so ein bisschen am überlegen (studieren) ist oder so ... Jaaaa, einfach auch an dem am nagen ist , aber auf längere Sicht hab ich nicht das Gefühl dass sich was verändert hat.

I: Sie hatten auch nicht das Gefühl dass sich in ihrer Beziehung etwas verändert hat? In der Zeit danach

EP 03: nein, das nicht.

I: Hat er noch genauso viel gearbeitet wie vorher?

EP 03: mmmhh.

I: Wenn Sie nicht gewusst hätten, dass er diese LSD-Therapie gemacht hat, hätten Sie keine Veränderung an ihm gemerkt

EP 03: Nein. .. Ja vielleicht gerade danach, die erste Woche vielleicht nach der Therapie, einfach studieren /überlegen, dran nagen was er da erlebt hat, aber sonst

I: und das hat er für sich gemacht oder hat er Sie da mit einbezogen?

EP 03: Er hat mir schon auch gesagt was er gesehen hat, also, als er das LSD hatte, das hat er mir schon gesagt. Weiterhelfen konnte ich ihm aber nicht. Wir haben schon diskutiert... einmal hat er ja auch den Tod gesehen. Das hat er ja sicher auch gesagt. Wir haben nachher schon diskutiert, ob das war, weil es ihm als Kind so schlecht ging, als er ganz klein war, ging es ihm richtig schlecht. Er hat Zöliakie (Glutenunverträglichkeit), ich weiß nicht ob Sie das auch wissen. Er hatte einen Hungerbauch.. Wir haben nach wirklich überlegt ob DAS der "Kant" gewesen ist, aber er ist einfach nicht weiter gekommen.

I: Er hat mir noch erzählt, dass er eine Zeitlang recht krasse Selbstmordgedanken

gehabt hatte. Hat sich da was geändert, was Sie mitbekommen haben?

EP 03**:** Also im Moment hat er das nicht mehr, aber ich könnte jetzt nicht die Zeit definieren seit wann das gewesen ist, das weiß ich gerade nicht mehr. (ganz leise) ist noch schwierig wann die Phase mit den Selbstmordgedanken war (*irgendwie sowas*) Ich könnte jetzt nicht mal mehr sagen, ob es vor dem LSD war oder nachher. Das weiß ich nicht mehr.

I: Scheinbar war es jedenfalls nicht so prägend, dass Sie gesagt hätten, stimmt, danach war es weg.

EP 03: Nein (nhhnn).

I: und er hat sich auch als Mensch, charakterlich nicht wirklich verändert?

EP 03: Nein.

I: Ok. Was hatten Sie denn für eine Einstellung,... oder ich weiß gar nicht, hatten Sie vorher schon mal was von LSD gehört oder von Psychotherapie mit LSD:. Wie war denn ihre erste Reaktion?

EP 03: Also wir haben einfach gesagt, wenn das eine Möglichkeit ist und das machen kann, in einer Studie, kontrolliert und so...dann fand ich schon, dass müssen wir probieren. Ich denke, wenn er das Gefühl hat es wird ihn weiterbringen...

I: dann war das für Sie auch ok?

EP 03: Ja. Ich hab einfach das Gefühl gehabt, wirklich kontrolliert, so in einer Studie und nicht irgendwie ... ich denke man könnte es auch sonst machen wenn man wollte... Ja... aber so in einer Studie unter Kontrolle, das kam mir gut vor, das er die Möglichkeit hat und das machen kann.

I: Wie ist denn das? Die Migräne belastet schon, belastet die ganze Familie

EP 03: (nickt) ganz sicher.

I: Er hat das ja jetzt schon seit paarundzwanzig Jahren...

EP 03: Ja, seit ich ihn kenne..

I: ist das mal besser oder mal schlechter geworden?

EP 03: Es sind wie Zyklen...Was im Moment, die letzten Jahre, ganz klar ist, ist immer der Herbst, nach den Herbstferien. Es fängt nach den Herbstferien an und geht bis Ende Jahr. Das ist immer die schlimmste Phase, das ist im Moment auch wieder gerade die Phase…Er ist jetzt seit 3 Wochen mehr oder weniger zu Hause. Er ist schon in der Schmerzklinik gewesen, auch in der Zeit, es ist immer wenn*unverständlich* ... Er hat dann schon Zeiten wo es viel besser ist. Einmal die Woche oder nicht mal... dann merkt

er es nicht mal groß, dann leidet er auch nicht. Aber er hat das schon so lange, ... und wenn er die Anfälle hat..(sehr leise).und er ist dann schon kaputt und klar, er mag nicht mehr, das ist klar, und jeden Tag Medikamente nehmen... Aber es gibt immer wieder Phasen wo es ruhig ist, wo er weniger hat, aber nie über längere Zeit. 2-3 Wochen ist das Maximum. (lacht)

I: Und Sie haben dann einfach für sich so Mechanismen gefunden dass Sie ihren Alltag trotzdem auf die Reihe kriegen .. Wie gehen Sie denn damit um? Klar für ihn ist es die Hauptbelastung, aber für Sie..

EP 03: ja.. Ich hab einfach meine Sachen, mein Sport und so, und das mach ich auch wenn er da ist ...und sonst, es ist schwierig. Eben es gibt schwierige Zeiten und auch einfacherer Zeiten. Aber in der Phase in der jetzt ist, ist es immer schwierig.

I: Er hat ja die Studie beim Hr. Gasser gemacht und er ist ja auch in Bern bei einer Psychologin. Haben Sie das Gefühl es bringt was, die Psychotherapie allgemein. So im Vergleich LSD -PT und die andere Psychotherapie, hat sich das was getan?

EP 03: Also ich könnte, ich weiß nicht wie es wäre... also die ganzen Sachen über LSD, die Berichte von Leuten hab ich ja auch gelesen.. und ich hab mich dann schon gefragt, wie es wäre wenn man da weiterfahren würde. Ich hab irgendwie das Gefühl das ist noch nicht gelöst. Das ist irgendwie ein Problem, das noch nicht gelöst ist (hustet, braucht Schluck Wasser).. Wenn er dort noch ein oder zweimal, dass es dann gelöst wäre, ich weiß es nicht, ich kann es mir nicht vorstellen,... wohl ich könnte es mir vorstellen

I: von dem was er erzählt hat, was er erlebt hat, das sie das Gefühl haben, wenn das noch 2-3 mal passiert, wär dass dann vielleicht irgendwie..

EP 03: Vielleicht... ich weiß es nicht, ich könnte es mir vorstellen...

I: Sie haben aber jetzt danach nicht das Gefühl gehabt, dass er mehr Zeit mit der Familie verbringen will oder...

EP 03: nein.

I: Wer hat denn davon mitbekommen? Ihre Familie, richtig? Wie waren denn die Reaktionen?

EP 03: Ja, den Kindern haben wir "weiß nicht wieviel" gesagt ...

I: Da gab es niemand der irgendwie..

EP 03: Nein.

I: Sie selbst haben mit dem Herrn Gasser nicht geredet und haben auch von der Erfahrung nicht profitieren können?

EP 03: Inwiefern?

I: Das er mit Ihnen Sachen besprochen hat, die er gesehen hat, und dass das sich bei ihm jetzt Sachen so arg verändert haben, das Sie sagen "Jawohl , stimmt eigentlich... das müsste man eigentlich so angehen"... mmhh.. zum Beispiel dass er beschlossen hätte, ich arbeite jetzt nur noch 50% - ich weiß das ist bei ihm nicht der Fall-weil mir ist die Arbeit nicht mehr wichtig genug,..

EP 03: nein...

I: und die Kinder haben auch nicht gesagt, dass der Vater komisch geworden wäre..

EP 03: nein..

I: Ja gut.. -- im Alltag.. Er trinkt jetzt nicht auf einmal Kaffee statt Tee oder Tee statt Kaffee.

EP 03: Nein, also nicht s anders..

I: Ja das ist halt so.. keine Veränderung ist auch gut..
Wären Sie lieber in die Therapie mit einbezogen worden, wenn Sie einen Wunsch hätten äußern dürfen

EP 03: Also das ich dabei gewesen wäre?

I: Ja entweder dabei oder halt bei manchen Gesprächen vorher oder nachher ..

EP 03: neein. ich muss sagen, ich bin auch manchmal ziemlich am Anschlag und von der Zeit hätte ich das nicht gekonnt.
Mitgehen, wenn er das gewollt hätte, hätte man ihn ja begleiten können. Und wenn er das gewollt hätte, wäre ich sicher mit, aber er hat es nicht gewollt..

I: Es ist schon so dass die Krankheit dominiert, oder recht viel bestimmt, und nicht irgendwie die Therapie drumherum

EP 03: ja..mmmhh..

I: Haben Sie das Gefühl, dass es jemals lebensbedrohend war? Ich meine, von Migräne selbst kann man nicht sterben, das ist ja klar, aber halt, er hatte ja..

EP 03: Ja, ich denke schon.(wird viel leiser, undeutlicher) Er hat schon.. so schlimm dass er es manchmal fast nicht mehr erträgt... Er erträgt es sehr wahrscheinlich einfach wegen uns.. Also ich denke wenn er alleine wäre, dann.... wär es auch anders. Aber ich habe das Gefühl es gibt Zeiten wo er es fast nicht mehr erträgt.
Ich denke, wenn man jeden Morgen mit solchen Schmerzen aufwacht, ...

Unterbruch

EP 03: vielleicht wieder jemand anderes sucht [Therapeut], ich denke manchmal, nein, das stimmt einfach nicht und das ist sehr wichtig, dass es stimmt. Und beim Dr. H. (ex Psychologe) hat es einfach gestimmt.

I: da hat man gemerkt das die PT gut getan hat ?

EP 03: ja, es hat ihm auch sonst gut getan, ja, ...

I: Beim Hr.Gasser war es auch viel zu kurz um ...

EP 03: ja , es ist halt rein um die Studie gegangen.